LABOR HOSPITALARIA

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

2

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona

Año 48. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 1996
Número 240. Volumen XXVIII

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director
MIGUEL MARTÍN

Redactores
MARIANO GALVE
JOAQUÍN PLAZA
CALIXTO PLUMED
FRANCISCO SOLA

Administración
LUIS GARCÍA IMAS

Secretaría de Dirección
MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.ª CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN

Curia Provincial
Hermanos de San Juan de Dios
Doctor Antoni Pujadas, 40
Teléfono 630 30 90
08830 SANT BOI DE LLOBREGAT
(Barcelona)

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido.
Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268
Depósito Legal: B. 2998-61
EGS - Rosario, 2 - Barcelona

Sumario

1 **EDITORIAL** 66
Crisis económica y atención sanitaria
Relevo en el Pontifico Consejo 67

2 **ACTITUDES SOCIALES ANTE LA MUERTE** 71
Olga Domingo Cárceles y Rosa González Torrecillas

3 **DECLARACIÓN DE BARCELONA** 84
IV Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos
I Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos
Joan Bertran

4 **IGLESIA Y SALUD** 88

5 **LOS DILEMAS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA** 96
Omar França Tarragó

6 **PROBLEMAS OBSTÉTRICOS Y ÉTICOS EN TORNO AL INICIO DE LA VIDA HUMANA** 104

6.1 **Dignidad de la persona y estatuto del embrión humano** 106
Manuel Cuyás, S. J.

6.2 **Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: la decisión ética** 113
Francesc Abel, S. J.

6.3 **Testimonio e interrogaciones de un toco-ginecólogo católico** 123
Michel Chartier

6.4 **Reducción embrionaria** 132
M.ª Pilar Núñez-Cubero

6.4.1 **Proyecto de declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la reducción del número de embriones** 141
M. Masson

6.4.2 **Opinión sobre las reducciones embrionarias y fetales** 143
Comité Consultivo Nacional de Ética (Francia)

1. EDITORIAL

CRISIS ECONÓMICA Y ATENCIÓN SANITARIA

Parece evidente que corren tiempos de crisis económica. La entrada en plenitud en el marco europeo obliga a ajustar severamente el engranaje económico nacional impidiendo que determinadas piezas del mismo (déficit público, inflación, tasa de paro...) distorsionen el mismo. Son, una vez más, tiempos duros.

Afrontar los mismos obliga a los poderes públicos a buscar, por un lado, el incremento de los ingresos en el erario público y, por otro, a evitar el flujo de gastos del mismo. Son presupuestos restrictivos.

En tal contexto, la sanidad aparece como un tema de encendido debate por cuanto, en los Estados modernos actuales, se constituye en una de las partidas más significativas en el paquete presupuestario nacional.

Y el Gobierno actual no ha dejado pasar la oportunidad para incidir en el mismo. De momento no ha llegado a conclusiones determinantes, pero ha insinuado medidas, leyes, criterios que quizá sin tardar demasiado, vaya poniendo en la práctica.

Por otro lado, la importancia social que tiene la atención sanitaria, junto con los sistemas de pensiones, la introduce en el juego más brutal del debate político –frecuentemente centrado en exclusiva en la conquista del voto–, y en las presiones de los medios de comunicación, articuladores de la opinión pública. De ahí que resulte tan difícil situar el debate sobre algo tan esencial en la vida ciudadana como es la sanidad, en coordenadas de racionalidad.

LABOR HOSPITALARIA no pretende dar soluciones sobre un problema tan importante. Pero sí que, desde su humilde voz quisiera aportar unos pequeños puntos de reflexión en ese debate.

- En primer lugar, pedir a todo el mundo un esfuerzo por situarnos en un marco de sensatez y objetividad evitando la demagogia por principio.
- El mundo sanitario actual es susceptible de un análisis sobre su eficacia y sobre su rentabilidad sin dejar por ello de realizar las prestaciones que tiene asignadas.
- Afirmado lo anterior, resulta peligroso hablar de rentabilidad –pura y dura– en el sistema sanitario sin matizar bien qué es lo que entendemos con dicho vocablo.

- Habrá que buscar los sistemas más adecuados para educar a la población sobre las posibilidades y limitaciones que todo sistema, por principio, ha de tener. Una educación que promueva desde una concepción más integral de lo que es la salud, hasta la necesidad de colaborar activamente con auténticos planes de prevención sanitaria.
- Pero lo que fundamentalmente pretende LABOR HOSPITALARIA es subrayar la necesidad de tener muy claro que los costos sociales y económicos que sean necesarios imponer, no recaigan fundamentalmente sobre los más débiles de la comunidad.

Sería totalmente injusto no valorar en su medida los logros conseguidos, entre ellos el de la práctica universalización del derecho a la atención sanitaria. Pero tampoco sería justo no advertir que todavía hay colectivos de una u otra forma marginados desde el propio sistema. Enfermos crónicos, ancianos, enfermos mentales, discapacitados...

Hágase la reforma que se considere más adecuada. Racionalícese la asistencia sanitaria lo más posible. Pero téngase siempre como criterio la justicia social, la solidaridad, y todos aquellos parámetros que garanticen el reparto equitativo de las cargas en función de las posibilidades y necesidades reales de los ciudadanos.

LH

RELEVO EN EL PONTIFICIO CONSEJO

Cumplidos los ochenta años por el Cardenal FIORENZO ANGELLINI, el relevo del mismo al frente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud era cuestión de pocos meses. Roma aplica con rapidez sus propias normativas de funcionamiento.

Así pues, ha nadie ha extrañado que el «Santo Padre haya aceptado» la dimisión del Cardenal ANGELLINI como Presidente de dicho Pontificio Consejo y haya provisto su sucesión en la persona de Monseñor JAVIER LOZANO BARRAGÁN, obispo de Zacatecas (México).

Las cosas pasan, las personas se suceden, las instituciones continúan y más cuando éstas, como la Iglesia, tienen en su interior la promesa del Señor.

Pero siendo ello cierto, no sería lógico permitir la sucesión normal de las personas sin agradecerles los servicios prestados a las grandes causas; en nuestro caso a la «causa de la Pastoral de la Salud».

El Cardenal ANGELLINI ha sido el primer Presidente de la entonces Pontificia Comisión creada por Juan Pablo II para la promoción y el cuidado pastoral

- Habrá que buscar los sistemas más adecuados para educar a la población sobre las posibilidades y limitaciones que todo sistema, por principio, ha de tener. Una educación que promueva desde una concepción más integral de lo que es la salud, hasta la necesidad de colaborar activamente con auténticos planes de prevención sanitaria.
- Pero lo que fundamentalmente pretende LABOR HOSPITALARIA es subrayar la necesidad de tener muy claro que los costos sociales y económicos que sean necesarios imponer, no recaigan fundamentalmente sobre los más débiles de la comunidad.

Sería totalmente injusto no valorar en su medida los logros conseguidos, entre ellos el de la práctica universalización del derecho a la atención sanitaria. Pero tampoco sería justo no advertir que todavía hay colectivos de una u otra forma marginados desde el propio sistema. Enfermos crónicos, ancianos, enfermos mentales, discapacitados...

Hágase la reforma que se considere más adecuada. Racionalícese la asistencia sanitaria lo más posible. Pero téngase siempre como criterio la justicia social, la solidaridad, y todos aquellos parámetros que garanticen el reparto equitativo de las cargas en función de las posibilidades y necesidades reales de los ciudadanos.

LH

RELEVO EN EL PONTIFICIO CONSEJO

Cumplidos los ochenta años por el Cardenal FIORENZO ANGELLINI, el relevo del mismo al frente del Pontificio Consejo para la Pastoral de la Salud era cuestión de pocos meses. Roma aplica con rapidez sus propias normativas de funcionamiento.

Así pues, ha nadie ha extrañado que el «Santo Padre haya aceptado» la dimisión del Cardenal ANGELLINI como Presidente de dicho Pontificio Consejo y haya provisto su sucesión en la persona de Monseñor JAVIER LOZANO BARRAGÁN, obispo de Zacatecas (México).

Las cosas pasan, las personas se suceden, las instituciones continúan y más cuando éstas, como la Iglesia, tienen en su interior la promesa del Señor.

Pero siendo ello cierto, no sería lógico permitir la sucesión normal de las personas sin agradecerles los servicios prestados a las grandes causas; en nuestro caso a la «causa de la Pastoral de la Salud».

El Cardenal ANGELLINI ha sido el primer Presidente de la entonces Pontificia Comisión creada por Juan Pablo II para la promoción y el cuidado pastoral

de una parcela tan importante en la Iglesia como la que constituye el mundo de la salud (y que por supuesto integra la enfermedad). A buen seguro que el Santo Padre confió el nacimiento y primer desarrollo de un ser tan apreciado por él, como era esta Comisión, a la experiencia y vitalidad de esta persona.

Y a fe que nació y creció con fuerza. Dentro de la propia Iglesia recibió el respaldo en el nuevo organigrama vaticano pasando a ser Pontificio Consejo; Monseñor ANGELLINI recibió el capelo cardenalicio que, si bien recae en su persona, no es menor cierto que ello supuso un nuevo reconocimiento del Papa a la labor por él desarrollada.

Pero también creció con fuerza en su misión, desarrollada en la universalidad de la propia Iglesia y orientada hacia toda la sociedad. Los múltiples viajes realizados –quizá parangonando el magisterio itinerante del propio Pontífice– que ha hecho presente su mensaje en la práctica totalidad del mundo; los encuentros tenidos con todo tipo de personas e instituciones relacionadas con el mundo de la salud; el constante intercambio con los episcopados de las diversas naciones, que les llevaba a hacerse presentes en la propia sede del Pontificio Consejo en sus respectivas visitas *ad limina* a Roma...

¡Cómo no resaltar las Conferencias Internacionales promovidas por dicho Pontificio Consejo! Auténticos foros de hombres de ciencia que de todos los rincones del mundo acudían a las mismas para ofrecer su punto de vista respecto a los grandes problemas sanitarios que hoy tiene sobre la mesa la Humanidad.

El Cardenal ANGELLINI deja, a su marcha, un organismo vivo, muy vivo. Y mucha de esa vida se le debe a él; a su talante, a su vitalidad, a su esfuerzo, a su laboriosidad. Su característica personalidad habrá marcado dicho itinerario: en sus aspectos positivos y en otros más discutibles. Y es que nadie podrá discutir la implicación personal del Cardenal en su trabajo. Y cuando una persona se implica tanto *contamina,* en lo bueno y en lo malo, su propia obra. Una obra que él siempre llevó y, creo poder afirmar, siempre llevará en su corazón.

LABOR HOSPITALARIA agradece al Cardenal ANGELLINI su labor al frente de este campo. Le agradece toda la semilla desparramada por él que, a buen seguro, llegará el momento de la espléndida cosecha. Y *LABOR HOSPITALARIA* le agradece, cómo no, la disponibilidad que siempre ha tenido hacia ella y que nos ha facilitado diversas entrevistas en exclusiva para nuestros lectores. Nos consta que nos quiere y que reconoce nuestra humilde pero significativa labor.

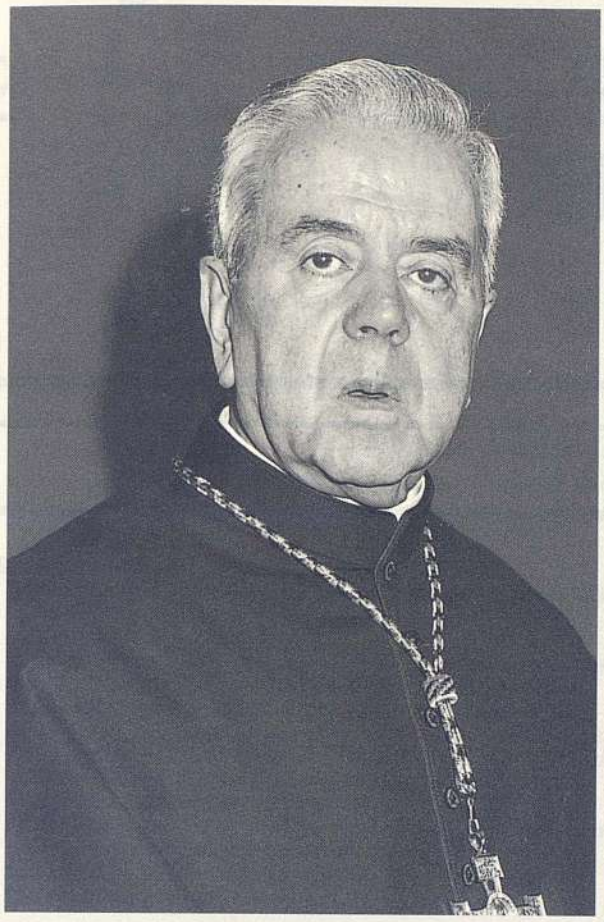
Desconocemos la biografía y el talante del nuevo Presidente Monseñor LOZANO, más allá de los propios datos de su currículum recogidos en estas mismas páginas. Creemos que cuando ha sido designado por Juan Pablo II para esta misión será la persona adecuada para llevarla a término.

Intuimos que, tras el nacimiento y sus primeros años de intensa vida, el Pontificio Consejo entrará en una etapa de consolidación de lo realizado, de integración, de maduración. Y que el nuevo Presidente deberá de dirigir todo este proceso.

Monseñor JAVIER LOZANO tiene toda nuestra confianza. Nos ponemos a su entera disposición para cuanto podamos serle de utilidad. Le deseamos éxito en su nueva misión. Una misión que también es la nuestra.

¡¡Gracias, Cardenal ANGELLINI!!

¡¡Bienvenido Monseñor LOZANO!! LH



RELEVO AL FRENTE DEL PONTIFICIO CONSEJO PARA LA PASTORAL DE AGENTES SANITARIOS

SU EMINENCIA EL CARDENAL FIORENZO ANGELLINI
ha presentado al Santo Padre, al haber cumplido 80 años, su dimisión como Presidente del Pontificio Consejo para la Pastoral de Agentes Sanitarios.

Su santidad, Juan Pablo II, ha enviado una carta al Cardenal Angellini en agradecimiento por su generoso servicio y disponiendo que continúe en su puesto hasta fin de año.

Al mismo tiempo, el Sumo Pontífice ha anunciado el que será su sucesor al frente del Pontificio Consejo,

MONSEÑOR JAVIER LOZANO BARRAGÁN,
Obispo de Zacatecas (México), que asumirá su puesto a principios del próximo año. No obstante, Juan Pablo II ha nombrado al Cardenal Angellini su enviado especial a la celebración de la Jornada Mundial del Enfermo que tendrá lugar en el Santuario Ntra. Sra. de Fátima (Portugal) el próximo día 11 de febrero de 1997.

JAVIER LOZANO BARRAGÁN
Obispo de Zacatecas

- Hijo de Vicente y María Dolores, nació en Toluca, México, el 26 de enero de 1933.
- Hizo los estudios eclesiásticos en el Seminario de Zamora de 1944-1954. Obtuvo la Licencia y el Doctorado en Teología Dogmática en la Pontificia Universidad Gregoriana de Roma, Italia (1954-1958).
- Incardinado a la Diócesis de Zamora, recibió la Ordenación Sacerdotal en Roma, el 30 de octubre de 1955.
- Fue profesor de Teología Dogmática, Historia de la Filosofía, Pedagogía, Política Educativa en el Seminario de Zamora (1958-1978).
- Fue Presidente de la Sociedad Teológica Mexicana (1973-1975) y dirigió el Instituto Teológico Pastoral del CELAM, en Medellín, Colombia, de 1974-1979.
- Ha sido maestro en algunas Facultades extranjeras: en la Facultad de Misionología de Comillas, España, en el Collegium pro América Latina, Lovaina, Bélgica, y en CEIAL, Verona, Italia (1977-1979).
- Participó en calidad de Teólogo de la CEM en la III Conferencia Episcopal Latinoamericana en Puebla (1979). Fue nombrado miembro del Equipo Teológico-Pastoral del CELAM en 1975.
- Recibió la Ordenación Episcopal el 15 de agosto de 1979 y durante 5 años colaboró en la Archidiócesis de México en calidad de Obispo Auxiliar y Vicario episcopal de la III Vicaría (1979-1984). En la misma Archidiócesis fue Promotor de la formación permanente del Clero.
- En 1980 colaboró en el Sínodo de los Obispos sobre la Familia, como Secretario especial del mismo.
- Fue fundador de la Universidad Pontificia de México.
- Fungió como responsable académico de la misma ante la Santa Sede, y fue miembro del Consejo Superior de dicha Universidad (1982-1985).
- Tomó posesión como Obispo Residencial de la Diócesis de Zacatecas, el 26 de enero de 1985.
- Fue nombrado Presidente del Departamento de Educación y Cultura del CELAM (1986-1991) . El 3 de octubre de 1988 fue designado miembro del Pontificio Consejo para el Diálogo con los no Creyentes, y al año siguiente, miembro de la Congregación para la Evangelización de los Pueblos (3-1-1989). De 1991-1995 fungió como Presidente del Departamento de Catequisis del CELAM. En julio de 1993 fue designado miembro del Consejo Pontificio para la Cultura. En mayo de 1995 fue nombrado Presidente del Comité Económico del CELAM.

SUS OBRAS PRINCIPALES SON:

- SÍNTESIS TEOLÓGICA, México 1968.
- PUEBLA, PUEBLO, LIBERACIÓN, EDUCACIÓN, México, 1980.
- CRISTO ALIANZA DE LA FAMILIA, México, 1983.
- LA IGLESIA DEL PUEBLO, TEOLOGÍAS EN CONFLICTO, México, 1983.
- TEOLOGÍA MORAL HOY, CERTEZAS Y DUDAS, México, 1984.
- MARÍA EN LA HISTORIA DE LA SALVACIÓN DE AMÉRICA LATINA, Bogotá, CELAM, 1986.
- HACIA EL TERCER MILENIO, TEOLOGÍA Y CULTURA, México, 1988.
- POR QUÉ SOY CATÓLICO, RESPUESTA A LAS SEXTAS, México, 1991.
- SECTAS ¿QUÉ PENSAR? Zacatecas, 1992.
- DIÁLOGOS ECUMÉNICOS SOBRE LA EUCARISTÍA, Zacatecas, 1993.
- SANTO DOMINGO, PUERTA GRANDE HACIA EL TERCER MILENIO (en colaboración), Bogotá, 1994.

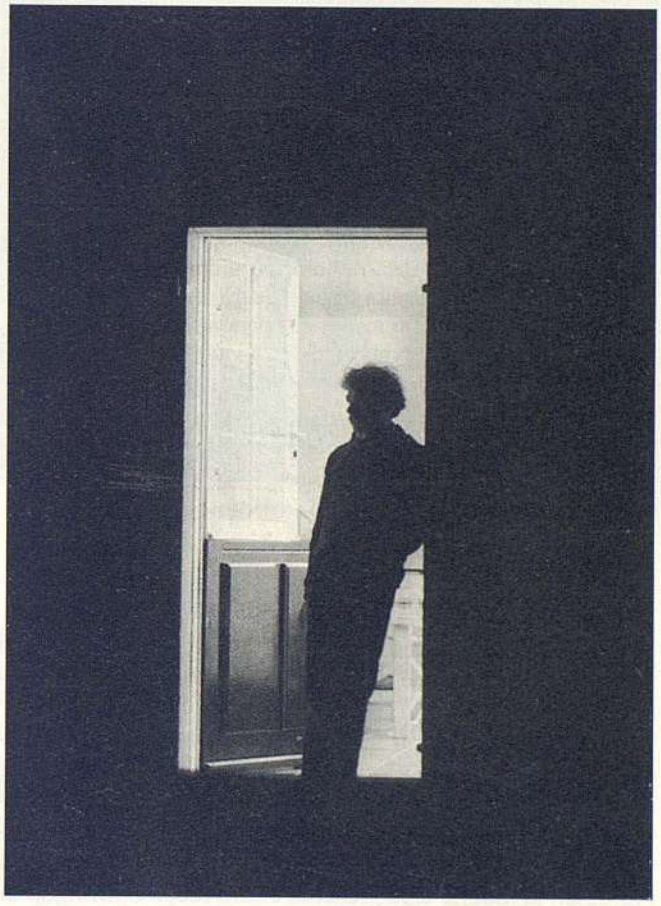
2. ACTITUDES SOCIALES ANTE LA MUERTE

Olga Domingo Cárceles
Rosa González Torrecillas

El presente artículo corresponde a un trabajo universitario correspondiente a la asignatura de Sociología de la Educación llevado a cabo por las alumnas qe suscriben el mismo.

LABOR HOSPITALARIA ha considerado oportuno publicarlo entre sus páginas basándose en la frescura que implica el mismo al ser desarrollado por personas inicialmente ajenas al campo propiamente sanitario y, al mismo tiempo, por el deseo de objetivación de sus hipótesis adentrándose en el campo –si bien que de forma sencilla– de la investigación sociológica en el mismo.

De fácil lectura, resulta sugerente para los profesionales de la salud, y en general para todo ser humano –sujeto en última instancia de su propia muerte–. Sugerente por lo que dice y por cómo lo dice.



«Vemos la muerte del otro como espectadores, desde fuera, y esto nos hace consciencia de nuestra propia finitud».

CENIT

Yo no seré yo, muerte,
hasta que tú te unas en mi vida
y me completes así todo;
hasta que mi mitad de luz se cierre
con mi mitad de sombra,
–y sea yo equilibrio eterno
en la mente del mundo;
unas veces, mi medio yo, radiante;
otras, mi medio yo, en olvido–.

Yo no seré yo, muerte,
hasta que tú, en tu turno, vistas
de huesos pálidos mi alma.

JUAN RAMÓN JIMÉNEZ. De Belleza, 1923

INTRODUCCIÓN

Al plantearnos el sistema para el trabajo de sociología de este curso, nos pareció enormemente interesante el tema de la muerte. Nos surgieron una serie de cuestiones: ¿qué es la muerte?, ¿por qué en nuestra sociedad no se habla nunca de ella a la vez que la tenemos constantemente presente en los telediarios, y otros medios de comunicación?, ¿en qué se diferencia la vivencia de la muerte del otro –conocido y querido– de la muerte del otro –desconocido y extraño–?, ¿cómo se vive la muerte en un centro hospitalario, donde se trata de un fenómeno más habitual?, ¿qué soluciones hay al tema de esta vivencia de la muerte?

Intentamos esbozar una respuesta para algunas de estas cuestiones. No creemos poder dar una respuesta definitiva a ninguna de ellas. Todas tocan un hecho existencial intrínseco al hombre, muy ligado a cuestiones afectivo-emo-

cionales sobre las que convergen multitud de variables. Pero, desde nuestra visión de estudiantes de pedagogía, consideramos que la escuela todavía tiene mucho que hacer en este terreno.

CONCEPTO DE MUERTE

Como aproximación al concepto de muerte nos ha parecido adecuado realizar una pequeña recopilación de diversas denificiones que aparecen en diccionarios y libros de consulta.

Morir. Cessar de viure (Pompeu Fabra, 1932).

Morir. Dejar de vivir. Terminar del todo. Fallecer, sucumbir, perecer, expirar (Varios, 1979).

Muerte. Cesación o término de la vida. *Muerte aparente:* estado en que dejan de percibirse los signos característicos de la vida, pero que si se aplican los cuidados necesarios puede ser reversible. *Muerte civil:* mutación de estado por la cual la persona en quien acontecía se consideraba como si no existiese para el ejercicio o la ordenación de ciertos derechos. *Muerte natural:* la que sobreviene como consecuencia de un proceso biológico ordinario. *Muerte senil:* la que viene por pura vejez o decrepitud, sin accidente ni enfermedad, por lo menos en apariencia. *Muerte violenta:* la que sobreviene tras agresión o violencia de forma accidental o provocada (Varios, 1983).

Muerte. Definitivo e irreparable cese de la vida. Coincide con el detenimiento y parada de las funciones vitales fundamentales (Varios, 1978).

MUERTE BIOLÓGICA

En nuestra sociedad la muerte se vive como un hecho sociológico, pero tiene una dimensión biológica que debemos tratar.

Podemos considerar que todos los fenómenos del mundo físico tienden hacia la muerte. La muerte está presente en el universo físico que la ciencia percibe y estudia en forma de «homogeneización por ausencia de complementariedad antagonista» (Thomas, 1975). En nuestra materia biológica la muerte está presente como recurso limitado de energía.

> “La muerte se vive como un hecho sociológico pero tiene una dimensión biológica que debemos tratar”

La muerte es intemporal, es la certidumbre suprema de la biología, pero tiene un exponente concreto que es el cadáver. Su aspecto orgánico, concreto es el que más toca nuestra sensibilidad (nos sentimos aludidos). La muerte puede ser un proceso que se prolonga en el tiempo: se apodera primero de los centros vitales (muerte funcional) y se propaga luego a los órganos (muerte de los tejidos). No vamos a entrar en detalles sobre sus signos y manifestaciones de tipo físico.

> “La muerte es intemporal es la certidumbre suprema de la biología”

Podemos hablar de muerte clínica (paro cardíaco y cese de respiración), que puede ser reversible; muerte biológica (ruptura del equilibrio corporal y lesión de un órgano vital), que es irreversible y de muerte celular (destrucción de las células nerviosas por anoxia).

Estos conceptos de muerte son los que se abordan hoy día en las facultades de medicina y enfermería prioritariamente. Pero hasta hace 25 años, como afirma Kübler-Ross (1989), no se hablaba de la muerte en ninguno de estos lugares.

MUERTE SOCIAL

El hombre es el único animal que conoce que se va a morir, que tiene consciencia de ello, el resto de animales no conoce su anulación o la de sus congéneres. Y aunque cada individuo se enfrenta a la muerte solo, la muerte también puede definirse como un hecho social. Esto es así desde el punto de vista de la historia –la sociedad está constituida de muchas tradiciones– y desde el acto mismo de morir– que se convierte en realidad social. La muerte despierta en el plano individual y grupal conjuntos complejos de representaciones (creencias, valores, símbolos, etc.) y procova comportamientos de las masas y de los individuos (actitudes, conductas, ritos) que varían según el tipo de sociedad donde se den.

> “La muerte puede ser un proceso que se prolonga en el tiempo”

> “El hombre es el único animal que conoce que se va a morir”

Lo que aquí nos interesa es esta dimensión social de la muerte individual, aunque también podamos hablar de una muerte de los hechos sociales. Existen unos hechos socioculturales alrededor de la muerte que resultan de suma importancia para la antropología y para el conocimiento general de nuestra sociedad actual (significación de ritos funerarios, tratamiento de cadáveres, conductas de duelo,

> “La muerte también puede definirse como un hecho social”

> Se considera muerte social el dejar de pertenecer a un grupo dado

profesiones relacionadas con la muerte, sublimación de los difuntos, espíritu religioso, el culto a los antepasados).

Se considera muerte social el dejar de pertenecer a un grupo dado, por límite de edad, pérdida de funciones, destierro o desaparición del recuerdo (Thomas, 1975). En nuestra sociedad sólo algunos muertos célebres escapan durante algún tiempo al olvido. Los condenados, los exiliados en medio de los suyos (prisión, asilo hospicio) pierden su papel social, sus derechos y funciones y sufren una degradación pública.

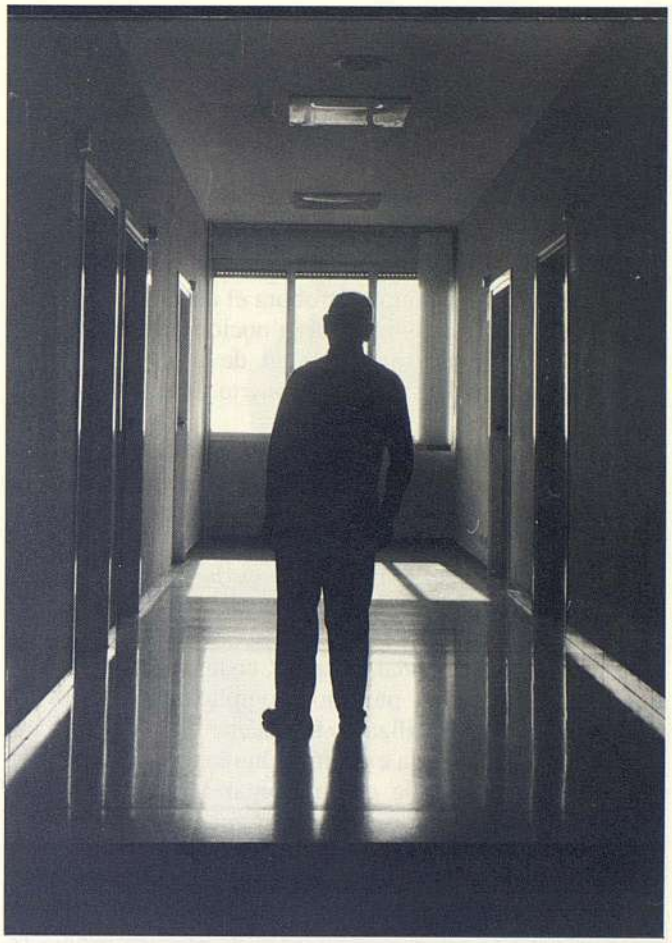
¿No es esta pérdida de identidad personal más cruel que la propia muerte física? En este mismo sentido pensemos en los jubilados, muertos en potencia, socialmente inútiles, que pierden sus funciones, sumidos en la soledad en muchas ocasiones. Asimismo pensemos en el asilo, que constituye más un «vertedero social» que un centro terapéutico y de readaptación. Este es un problema que nuestra sociedad actual tiene que plantearse muy seriamente a causa del descenso de natalidad y, en consencuencia, el aumento de la longevidad.

ESTATUS ONTOLÓGICO DEL HOMBRE

Si nos ubicamos en el marco de la sociología de la educación, lo que pretendemos es aproximarnos a la definición de persona como ser en el mundo, en una situación determinada. ¿Qué es el hombre? Podríamos pensar que existen múltiples teorías filosóficas que han elaborado un gran número de definiciones de lo que entendemos por hombre. Estamos de acuerdo en que resulta imposible dar una definición rigurosa ya que el concepto de persona es una realidad metafísica. El sujeto constituye algo más que un objeteo, necesitamos de la filosofía para explicarnos este concepto (Fullat, 1979). Cada uno de nosotros elabora un conocimiento intersubjetivo de lo que es el hombre (Berger y Luckman, 1988). El sujeto es sujeto –instancia inobjetivable– tanto del conocer como del actuar. El sujeto, en cuanto conciencia, es heterogéneo con referencia a lo demás del universo (Fullat, 1979). Es decir, que es la consciencia, el conocer, lo que hace diferente al sujeto. El hombre es un ser integrado y en él radica la capacidad de decidir, de ser consciente y responsable de sus actos (Freire, 1969).

> Es la consciencia, el conocer, lo que hace diferente al sujeto

> Sólo el hombre tiene conciencia de su muerte, ligada a su capacidad de proyectarse en el futuro



«La consciencia de la muerte de nuestra existencia provoca el sentimiento de angustia».

El hombre también es un ser de la naturaleza, es cuerpo, tiene un componente biológico. Y como ser de la naturaleza, también él tiende hacia la muerte. «Del más rico al más pobre, del más instruido al más inculto, todos seguimos el mismo camino» (Ruffié, 1986). La muerte es, pues, un fenómeno constante. Recordemos los versos de Juan Ramón que aparecen al inicio de este trabajo «yo no seré yo, muerte, / hasta que no te unas en mi vida / y me completes...». Es decir, el hombre es vida y muerte, está sometido a las leyes de la naturaleza.

Sólo el hombre tiene conciencia de su muerte, ligada a su capacidad de proyectarse en el futuro. El tiempo para el hombre es continuo y finito. Es justamente ese conocimiento que tengo de la inevitabilidad de mi muerte lo que hace que este tiempo me resulte finito (Berger y Luckman, 1988). Ésta es una de las características más significativas de la condición humana, la presencia de la muerte (Mélich, 1987).

ASPECTOS FILOSÓFICOS

Necesitamos de la filosofía para entender la estructura ontológica y antropológica de la muerte. Quizá la corrien-

> Necesitamos de la filosofía para entender la estructura ontológica y antropológica de la muerte

te filosófica que mejor plasma este hecho es la de los existencialistas. El existencialismo parte de una metodología fenomenológica. Heidegger dice que la finitud es ontología. Para Sartre, la muerte corrobora el absurdo de la existencia humana. Jaspers incluirá la noción de transcendencia. Marcel destaca la muerte del *tú,* de la persona querida como diferenciada de la propia muerte y de la muerte de *los otros.*

La existencia del hombre consiste en un *irse haciendo* ya que es un ser inacabado. La educación durará toda la vida, sólo se acaba con la muerte, al igual que la existencia. En este sentido es dramática, y trágica la propia existencia. Por otra parte, la muerte es la posibilidad más auténtica del hombre (si de algo puede estar seguro es de que va a morir).

La muerte es personal, singular, cada persona ha de vivir su propia muerte, morimos completamente solos, es una vivencia individualizada. La muerte en sí es transcendental, es inherente a la existencia humana.

El sujeto no puede experimentar la muerte puesto que morir es dejar-de-existir. La muerte la experimento sólo a través del otro. Y ni tan sólo podemos hablar de *experimentarla,* sino de contemplarle, asistir a la agonía. Vemos la muerte del otro como espectadores, desde fuera, y esto nos hace conscientes de nuestra propia finitud.

> La muerte es personal, singular, cada persona ha de vivir su propia muerte

> Vemos la muerte del otro como espectadores, desde fuera, y esto nos hace conscien-cia de nuestra propia finitud

La muerte no se halla en el fin de la vida, sino que desde el inicio de la vida forma parte del hombre. Y la consciencia de esta condición de nuestra existencia provoca el sentimiento de angustia. Esta angustia es el resultado de la existencia auténcia, conocimiento de la condición de la existencia humana.

La educación, por lo tanto, deberá enseñar esa condición humana para llegar a aceptarla. Pero actualmente el pensar en esta condición del hombre de *moriturus* está mal visto por el resto de la sociedad, una represión como intento de evadir la angustia. La sociedad actual no permite vivir auténticamente.

CONTEXTO CULTURAL DE LA MUERTE

La muerte es un hecho social, toda cultura vive de una manera distinta el hecho de morir. La familia, más allá del círculo nuclear, está unida por los muertos. La muerte implica una herencia histórica que nos permite tener una dimensión temporal (Ruffié, 1986). Se han ido transmitiendo la cultura, la lengua, la técnica, los mitos, las religiones. Se realiza un culto a los antepasados en la mayoría de las culturas que defiende la existencia de un alma inmortal. Por estos motivos la mayoría de las culturas han dado tanta importancia a la muerte. La muerte está presente a través de los ritos mortuorios. Estos ritos tienen la finalidad de expulsar la violencia y de preparar el paso al más allá. Parece ser que en todas las civilizaciones, y sobre todo en las primitivas, la muerte está presente en el centro de la vida social. Toda la comunidad toma parte en ella: familia, vecinos, pueblo asisten al moribundo.

> La consciencia de la muerte de nuestra existencia provoca el sentimiento de angustia

> La muerte explica una herencia histórica que nos permite tener una dimensión temporal

En la cultura primitiva la muerte es un fenómeno público, y aquí radica la gran diferencia con la cultura occidental contemporánea. En la cultura occidental actual, la muerte ha dejado de ser pública, es una muerte privada y, además, es tabú. La muerte ha llegado a ser un tabú más importante que el sexo. No se puede hablar de ella, hay que olvidarla, ante la muerte sólo cabe el silencio. En una de las entrevistas realizadas en este trabajo Miguel Martín nos decía que la muerte se vive hoy de manera pornográfica:

> «Yo estoy convencido de que el tabú sexo que nuestra sociedad ha tenido durante mucho tiempo ha desaparecido y entonces se ha pasado al tabú muerte. El tabú muerte personal, muerte cercana, la muerte es hoy entendida o como espectáculo o como pornografía (...). Ahora estamos intentando cambiar la ubicación de la morgue en el hospital, pero que se pongan los muertos al lado, esto nadie lo acepta y te dicen –oiga, es que los vamos a ver pasar cada día– y ¿qué quieres?, ¿que los saquemos en helicóptero por arriba?». Hoy el enfermo es ingresado en el hospital, por falta de lugar y de medios en la casa, y a partir de entonces ya no pertenece más, o pertenece muy poco a su familia, se hacen algunas visitas, pero en el momento de la agonía y cuando llega la muerte la familia no suele estar con él. Al muerto apenas se le ve en el momento de introducirlo en el ataúd. Además, existe una industria de pompas fúnebres que se ocupa de todo el proceso final de una manera rápida, eficaz y *aséptica.* En nuestras sociedades industriales se pone mucho cuidado en ocultar la muerte».

ANTROPOLOGÍA DE LA MUERTE

El estudio de las costumbres de otras sociedades nos puede resultar de gran ayuda para entender el fenómeno de la muerte en nuestra propia sociedad. Vamos a estudiar fundamentalmente las costumbres de las sociedades negro-africanas.

El negro-africano suele decir que la muerte es maduración, me define como mortal, como hombre, poniendo término a mis esperanzas.

Para el negro-africano el deterioro del cadáver es un signo de impureza, para *limpiarlo* se realizan ritus, duelos, que pretenden purificar al fallecido y suelen acabar con la aparición del esqueleto. En las culturas primitivas el difuto es objeto de atención, no se le deja de lado ni cae en el olvido con facilidad.

En el África negra no se muere solo, sino que se hace en compañía de la familia y la tribu, en el poblado, en armonía con los antepasados. También toda la comunidad participa en la celebración de los ritos. Estos ritos indican el pasaje de la muerte (en el mundo) al renacimiento (como antepasados) en el más allá.

> “Parece ser que en todas las civilizaciones, y sobre todo en las primitivas, la muerte está presente en el centro de la vida social”

En estos pueblos del África se distingue entre la buena y la mala muerte. La buena muerte es la que se realiza según las normas de tradición: morir en el poblado, morir viejo, cuando se han tenido muchos hijos, morir sin dolor ni accidente, morir en paz, sin rencor. La buena muerte es bella y dulce puesto que supone un reencuentro con el padre y los antepasados. La mala muerte revela la ira de los dioses. La muerte súbita es muy temida, por eso el viejo se esfuerza en conocer cuál será el día de su muerte.

Los niños aprenden temprano lo que es la muerte, participan de las ceremonias, ritos y duelo. En cambio al anciano, tiene pensamientos de muerte frecuente, pero no es un hecho muy traumatizante.

Podemos ver que todas estas características son muy diferentes a las de nuestra sociedad occidental actual, donde se da una negación de la muerte que podríamos calificar de «casi patológica».

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Evolución de la idea de muerte en el niño

Se pueden diferenciar diversas etapas respecto a cómo el niño se representa la idea de muerte. Haciendo una síntesis de los modelos de Thomas, Gesell y Cousinet (Mèlich, 1989), podemos decir que existen tres fases fundamentales.

«Los adultos muestran temor a familiarizar a los niños con los hechos relacionados con la muerte».

Desconocimiento absoluto de la muerte. No tiene consciencia de la finitud, entiende la muerte como un viaje o un sueño. Piensa que es un fenómeno reversible.

Descubrimiento real de la muerte del otro. Conoce e integra la muerte a través de las experiencias sociales (duelos, ceremonias). Descubre que es un fenómeno irreversible. Todavía no se plantea su propia muerte.

Descubrimiento de la propia muerte. Adquiere consciencia de la inevitabilidad de la muerte, de que es un fenómeno universal al que él mismo también se verá sometido.

Evolución de la idea de muerte en el enfermo terminal

El trabajo realizado por E. Kübler-Ross es una aproximación para comprender la evolución de la idea de muerte en el enfermo terminal. Ésta diferencia unas etapas: Negación y aislamiento, ira, pacto y negociación, depresión, aceptación.

> “La actitud hacia la muerte es diferente según las sociedades, los grupos humanos y los individuos”

> El cadáver es la imagen del destino de todos

El pasar por estas etapas significa morir con tiempo, por lo que morir a causa de accidente, entre otras situaciones de muerte, no son aplicables.

Las etapas anteriormente nombradas pueden darse en otro orden o sobreponerse, esto dependerá de las características del individuo, la edad y el sexo. Lo que importa es profundizar en el tema y poder ayudar a los moribundos, de modo que la muerte sea lo más tranquila y serena posible. Así, la agonía se comprendería como un proceso de crecimiento y no de deterioro y degradación.

> A pesar del intento de no pensar en la muerte, se dan con frecuencia reacciones de ansiedad y angustia

Otros autores (Archer y Smith, 1989) desarrollan un modelo holístico del duelo, que reconoce que cada persona se relaciona con el mundo que le rodea de modos muy diferentes, no tiene por qué pasar por las etapas típicas del duelo. Este modelo hace referencia a la muerte del *otro,* no como el de Kübler-Ross, que se refiere más al propio enfermo (aunque en la práctica habitual se ha aplicado también a las familias). La muerte de un ser querido es una herida para el yo interno, este dolor interno se siente en todas las dimensiones de la vida de una persona: física, emocional, mental, social, familiar y espiritual.

Actitud hacia la muerte

La actitud hacia la muerte es diferente según las sociedades, los grupos humanos y los individuos. Sin embargo, en general, existe un rechazo hacia ella, incluso hacia las personas cercanas a la situación de muerte y a todo aquello que le rodea. El cadáver impulsa a conductas de ambivalencia: de repugnancia y respeto. El cadáver es la imagen del destino de todos. En definitiva, no se desea hablar de la muerte, a pesar de que está muy presente en lo cotidiano de nuestra existencia.

A pesar de este intento de no pensar en ella, se dan con frecuencia reacciones de ansiedad y angustia. La ansiedad, estado afectivo que aparece en todos los momentos críticos de la existencia, se convierte en angustia cuando la confrontamos con la imagen real de la muerte del otro –frustración y agresividad culpabilizadora de nosotros mismos–. Este miedo a la muerte es normal, si no se vuelve obsesivo y demasiado intenso. Pero el hombre de nuestra cultura occidental ha elaborado diversas maneras de aniquilar la angustia:

- Mitologización.
- Intelectualización.
- Exaltación religiosa.
- Droga.
- Negacion, simplificación y silencio.

> El gran desarrollo de la ciencia médica ha hecho que actualmente la muerte sea un fracaso, un error

El gran desarrollo de la ciencia médica han hecho que actualmente la muerte sea un fracaso, un error. El médico es «servidor de la vida». La actitud del médico es muy importante ya que condiciona la actitud del enfermo. Caben tres actitudes por parte del profesional sanitario: la verdad, la mentira y el silencio. Pero lo más aconsejable es no mantener una actitud rígida y estudiar cada caso (Thomas, 1975).

> Los adultos muestran temor a familiarizar a los niños con los hechos relacionados con la muerte

La conducta suicida

La conducta suicida constituye un grave problema en nuestra sociedad actual y normalmente se da debido a situaciones críticas, en sujetos para quienes vivir es un problema. El suicidio en la mayoría de las ocasiones, supone un fracaso de la comunicación. La incomunicación es uno de los problemas de nuestra sociedad *postmoderna,* en crisis de valores, sin cabida para las relaciones intersubjetivas (Mèlich, ...). Sufrimos una «neurosis noógena» o falta de principios morales, una frustración existencial (Frankl, 1990). En el suicida, este fracaso es llevado hasta sus últimas consecuencias, como una manera de escapar de la angustia de muerte y de la falta de «sentido existencial». Aunque el suicida quiere su propia desaparición, a menudo va dirigido contra el otro, al que se quiere culpabilizar y frustrar. Recordemos que la incomunicación es el fracaso de la relación con el otro. El suicidio es, aunque resulte paradógico, un medio de afferrarse a la vida, de reafirmar la propia identidad (aunque sea negativamente) porque la vida te la dan otros, pero la muerte depende, en el suicida, de uno mismo. No es un repudio al vivir, sino al malvivir.

ACTITUDES SOCIALES OCCIDENTALES HACIA LA MUERTE Y EL MORIBUNDO

Nuestra sociedad ha ido evolucionando a lo largo de los años. Podemos decir que con la sociedad industrial se producen cambios de valores, en las instituciones donde se muere y en las instituciones que se ocupan de la muerte.

En nuestras sociedades de consumo, los valores fundamentales son la belleza y el sexo, el ideal de ser joven y activo. La muerte es algo que sólo ocurre a los viejos. El

sexo ha dejado de ser un tema tabú –los niños ya no vienen de París–, pero por el contrario la muerte sí lo es –los muer-tos se van de viaje–. Podemos decir que existe una firme creencia en la inmortalidad personal. La muerte se olvida y soslaya en el vivir cotidiano, pues la vida se hace más larga y la muerte se aplaza más. La muerte del *otro* hace nuestra propia muerte más real y más cercana. Ante esto se elaboran una serie de fantasías colectivas como medio para sobreponerse al conocimiento humano del hecho de la muerte, para reducir el miedo ante la propia finitud.

La muerte estorba, por eso se efectúan entierros rápidos y discretos. También molestan los muertos, por eso se adecentan y se tiende a disminuir el culto al cadáver.

Los adultos muestran temor a familiarizar a los niños con los hechos relacionados con la muerte. Sin embargo se le permite jugar a juegos de muerte, se le compran armas, se le dejan ver películas bélicas, etc. Hay una tendencia a la ocultación mediante una censura social rígida. Esta censura lleva incluso a engañar al moribundo, no diciéndole que va a morir. Con lo cual no se le facilita la despedida de los seres queridos.

El moribundo ya no es dueño de su propia muerte, sino que los dueños son el personal médico-asistencial de los centros sanitarios. La medicina y sus adelantos nos permiten escamotear la muerte, pensando que siempre puede esperar. La función de los médicos es curar enfermedades, la llegada de la muerte siempre es un fallo, un error.

La muerte se ha convertido en una experiencia solitaria y desesperada, deshumanizada. El moribundo deja de ser considerado una persona por los demás. Se dan sentimientos de embarazo por parte de los demás en presencia de ellos a la hora de hablar y comunicarse con el enfermo sin sentir inhibición alguna. Hay, pues, una imposibilidad de ofrecer apoyo y consuelo, mostrando ternura y afecto por parte de las personas allegadas o vinculadas al moribundo.

Pero parece ser que en la actualidad se empieza a perfilar un cambio de actitudes, una salida a la crisis ante la vida y la muerte. Ésta consideramos que es necesaria y urgente.

Investigación

LAS ACTITUDES ANTE LA MUERTE DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS QUE TRABAJAN CON ENFERMOS TERMINALES

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A partir del análisis teórico del estado de la cuestion en torno al tema objeto de estudio, nos planteamos cuáles eran las actitudes de los profesionales (enfermeras, médicos y sacerdote) que trabajan con niños enfermos terminales.

OBJETIVOS

Nos planteamos dos objetivos fundamentales:

- Llevar a cabo una encuesta entre profesionales que trabajan con niños enfermos oncológicos sobre las actitudes ante la muerte (de estos profesionales, de los familiares y de los enfermos).
- Recopilar datos sobre las necesidades presentadas en la atención de estos niños (terminales y no terminales).

HIPÓTESIS

En función de los objetivos formulados, las hipótesis que planteamos son:

- La función de los profesionales (médicos, enfermera y sacerdote) que trabajan con niños enfermos oncológicos (y algunos de ellos terminales) no es puramente asistencial.
- La muerte para estas personas es un hecho traumático.
- Mayoritariamente, las reacciones de la familia ante la muerte son de no aceptación.
- A medida que estos profesionales adquieren más experiencia, tienen una actitud más positiva ante la muerte.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Tomamos como población todos los profesionales sanitarios del Hospital San Juan de Dios de Barcelona. Nos centramos en un sólo hospital por las facilidades y colaboración que nos proporcionaron y porque no disponíamos de tiempo para realizar un estudio más profundo de la cuestión.

Seleccionamos una muestra de 5 profesionales. La selección se realizó al azar, en función de las orientaciones que recibimos. La muestra consta de: 2 enfermeras (una trabaja con niños con enfermedades oncológicas y la otra trabaja en pediatría general), 2 médicos (especialistas en enfermedades oncológicas), 1 capellán del hospital.

INSTRUMENTOS

En la investigación sociológica, la entrevista de gran importancia debido a que nos permite una recogida cualitativa de datos. La entrevista se basa en la importancia de la intersubjetividad entre dos personas y su objetivo es obtener información sobre ciertos aspectos de la conducta (opiniones, sentimientos, comportamientos).

En nuestra investigación utilizamos la modalidad de entrevista no estructurada. Se trata de preguntas abiertas que son respondidas dentro de una conversación. La persona entrevistada responde a la cuestión general formulada de forma exhaustiva, con sus propios términos y dentro de su cuadro de referencia. El entrevistador alenta al entrevistado a que hable en torno a una cuestión que se le ha planteado.

Nuestra entrevista consta de 7 preguntas que son:

1. Háblanos de cuál es tu función en el hospital en estos momentos.
2. ¿Qué es la muerte para ti?
3. A lo largo de tus años de experiencia en el trabajo con enfermos terminales, ¿cuáles han sido las reacciones que has observado en el niño y en los padres al conocer la noticia de la posible muerte?
4. ¿Cómo evoluciona en los familiares y en el niño esta actitud a lo largo del desarrollo de la enfermedad? ¿Cuál es la evolución después de la muerte del niño?
5. En cuanto a tu propia vivencia ante la muerte, ¿cómo han cambiado tus reacciones ante ésta a lo largo de estos años de experiencia?
6. ¿Qué necesidades se presentan en la atención a los niños moribundos en el hospital?
7. Si estuviese en tu poder cambiar la situación de los hospitales, ¿qué harías?

Los pasos preparatorios requeridos antes de la realización de la encuesta fueron:

Presentación del encuestador. Una vez elegida la muestra y seleccionados los profesionales que han de ser entrevistados se les envía una carta de presentación anunciando nuestro propósito y exponiendo nuestros objetivos, así como pidiéndole su colaboración.

Concertar la entrevista por anticipado. Para ello tuvimos que conocer la distribución del tiempo de cada profesional para elegir mejor la ubicación del momento de la entrevista.

Selección del lugar para celebrar la entrevista. Se trata de establecer el lugar del encuentro con el fin de realizar la entrevista en las mejores situaciones ambientales.

Como método de registro de las respuestas se utilizó la grabación magnetofónica.

METODOLOGÍA

Los métodos que se basan en las ciencias empírico-naturales utilizan instrumentos de tipo cuantitativo, pero en ciencias sociales, donde lo fundamental es la interacción entre las personas y los datos pueden resultar muy subjetivos, consideramos que es más adecuada la utilización de métodos cualitativos. Escogimos dos metodologías de tipo cualitativo: análisis del discurso y análisis del contenido.

El análisis del discurso y el análisis del contenido parten de las teorías psicolingüísticas que afirman que el lenguaje es esencial para entender las relaciones sociales.

Análisis del contenido

El análisis del contenido es una técnica de recopilación de información que nos ha permitido estudiar el contenido manifiesto en las respuestas de la entrevista, clasificando sus diferentes partes conforme a unas categorías que hemos establecido, con el fin de identificar de manera sistemática y objetiva dichas categorías dentro del mensaje. Las fases del análisis son:

- A partir de una primera lectura, encontrar las ideas, significados, temas y frases del discurso. Nos centramos en el análisis de los vocablos utilizados.
- Contar el número de veces que aparecen las ideas clave seleccionadas y hacer un análisis desciptivo a partir de los tantos por ciento. Esto nos permite un estudio cuantitativo del texto.
- Conclusión e interpretación teórica de los datos.

Este método ha sido aplicado en las preguntas 1, 3, 4, 6 y 7 de nuestra encuesta. Se han reagrupado las preguntas 3 y 4, así como la 6 y 7. Esta decisión se ha tomado a partir de observar que en la mayoría de respuestas obtenidas, se repetían en una y otra pregunta, además de que los entrevistados no las diferenciaban, volvían sobre la misma idea, decían en la 4, por ejemplo, que ya estaba contestada la pregunta en la anterior.

Análisis del discurso

Este método intenta ver cómo el conjunto de prácticas lingüísticas mantienen y promueven ciertas relaciones sociales, sacando a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa.

Las fases fundamentales que seguimos son:

- A partir de una lectura inicial se busca los argumentos claves.
- Recoger un material variado que ejemplifique estas argumentaciones y relaciones. Es decir, a través de los textos ir buscando todas las lecturas posibles, identificando aquellas más adecuadas a la argumentación que se ha definido.

Este método ha sido aplicado a las preguntas 2 y 5 que considerábamos que eran las que más nos podían dar en cuanto a la variedad y contenidos de los argumentos. Ambas preguntas hacen referencia a experiencias y conceptos muy subjetivos, por lo cual un análisis del contenido, de tipo más descriptivo no nos habría permitido profundizar.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Primero vamos a analizar las preguntas 2 y 5 mediante el análisis del discurso.

PREGUNTA 2: ***¿Qué es la muerte para ti?***

Hay dos puntos de vista a la hora de analizar las respuestas; por un lado cómo se posiciona el sujeto y por otro el tipo de definición empleado.

Algunos sujetos vivencian la muerte desde su propio rol o categoría social. Desde el rol de médico «la muerte tiene muchas vertientes, por eso le digo que es una pregunta filosófica, pero yo no le contesto filosóficamente. Para el médico la muerte es...». «O sea, el médico es el primero que tiene el duelo anticipado». Desde el rol de sacerdote «entonces para mí, la muerte es una situación más, que ciertamente es dolorosa, que es semidramática, creo que vivida desde la fe y yo pienso que desde una buena salud mental humana yo pienso...».

Otro de los entrevistados nos decía: «no me lo he planteado, filosóficamente no me lo he planteado, de cara a mi vida o de cara a los niños que veo morir, no me lo he planteado», y más adelante decía: «la muerte en sí la vives de cara a la relación que tienes con el niño y con la familia».

En cambio otros sujetos entrevistados se plantean la muerte desde un punto de vista más personal: «no sé. Es que esto supone que para cada persona puede tener un concepto diferente... Para mí, personalmente, soy católica pero no practicante...».

Hallamos tres tipos de definición sobre el concepto muerte. Para alguno de ellos, la muerte es un fracaso: «para el médico la muerte es un fracaso... Y cuando sabes que no hay nada que hacer es el máximo fracaso de la medicina... Esto es lo que debemos evitar, que a pesar de la sensación de fracaso, seguimos apoyando al niño y seguimos apoyando a la familia, pero a veces es difícil. Porque no hay cosa que desanime más que el fracasar». Para otros la muerte es ruptura: «Pero hay momentos en que pienso que aquí se acaba todo y basta... Pienso que bueno, que cuando llegue el momento, sea por la causa que sea, pues se te acaba, quiero decir que dejas de funcionar y se acabó». O «siempre cuando se acaba una cosa supone una ruptura». Otro punto de vista es la muerte como paso aunque también como dolor: «Yo diría que es un paso necesario, pero que es paso, que es doloroso, pero que es paso».

PREGUNTA 5: ***Sobre la propia vivencia ante la muerte***

Cabe destacar que en la mayoría de los casos utilizan los mecanismos de defensa. Uno de los más utilizados es la separación de la vida privada y el trabajo en el hospital: «Tienes que dar una imagen de que tú puedes con todo. Después, cuando llegas a casa es diferente». La separación de los sentimientos personales y la práctica profesional: «y primero es este apoyo y después vienen tus sentimientos». Asimismo: «Tienes unos mecanismos de protección. Cuando estás en el hospital estás en el hospital y cuando estás en casa, estás en casa, y haces una barrera, o intentas hacerla», «no llevar el hospital a tu casa ni tu casa al hospital tampoco. Yo, los problemas que tengo en mi casa son de mi casa, y los problemas que tengo en el hospital, aunque los niños te llamen por teléfono o los padres, pero no vivo con la angustia de que en mi casa puede ocurrir lo mismo que aquí». Otro de los mecanismos de defensa es la relación con los padres: «Aún así, lo que sí te gratifica mucho es que, bueno, los niños se van pero los padres se quedan... que siguen una relación muy buena... las madres se apoyan muchísimo... tienen como un vínculo de unión muy fuerte».

Todos argumentan que el tipo de contacto que has tenido con el niño condiciona tus actitudes: «desde luego ahora mucho más humana... ahora llevas más contacto con los niños... cosas más agudas que no era un enfermo crónico como llevo ahora... y sin embargo, pues ahora son niños que tú vas siguiendo durante mucho tiempo. Ahora estoy más afectada, claro». Y también: «Pero los médicos, no te afectaba tanto esto, porque claro, uno debe hacerse cargo que es muy diferente conocer... Es más difícil en aquel niño en el que tienes puestas todas las esperanzas y que quizás te va bien, durante un tiempo va bien, pero, de repente recae y eso es un golpe muy duro».

Además: «Es muy distinto la muerte de un niño que te has encariñado con él pues que de la muerte de un niño que a lo mejor hace dos días que lo conoces... En la parte sentimental, de cariño, de vivencia no es lo mismo».

En líneas generales. se observa que no afrontan la muerte: «Yo ahora he visto que es que el miedo lo tenía yo porque no lo tenía asumido plenamente el tema de la muerte... Hoy no me apetece la muerte, es decir, cuando hay, cuando tengo un papel que me dice que a las doce tengo un entierro, a mí se me remueven las carnes todavía.

También: «Claro, tú ves una que va mal y como ves el mismo día que hay otros que van muy bien, piensas –mira éste va bien– y compensa de verdad».

Y: «Es un golpe muy fuerte, porque te cuesta, te cuesta acostumbrarte a la presencia de la muerte... me costará mucho tiempo, igual que me ha costado mucho siempre... te cuesta hacerte a la idea de que una persona ya no está».

Y finalmente: «Pero con el paso de los años, quizás te sepas mover mucho mejor, quizás sepas adaptarte mucho mejor no de cara a ti misma, sino de cara a la familia».

En las preguntas en que se realizan un análisis del contenido, los datos obtenidos han sido:

PREGUNTA 1: ***Funciones que realizan los profesionales***

Observamos que la función que obtiene una mayor puntuación es la de evangelización (31,5 %) seguida de la asistencia entendida como las funciones estrictas de cada rol profesional (28,7 %). Pero también una elevada proproción (21,9 %) de funciones más relacionada con la asistencia humana, más integral. Después le seguiría la función de acompañar (13,7 %) respecto a la mera proximidad física o contacto (gráfico 1).

PREGUNTAS 3 y 4: ***Actitud de los padres y niños***

Aunque hemos unido estas dos preguntas, en conjunto se han diferenciado los conceptos referidos a la actitud de los padres y los referidos a la actitud de los niños, realizando así dos gráficos diferentes.

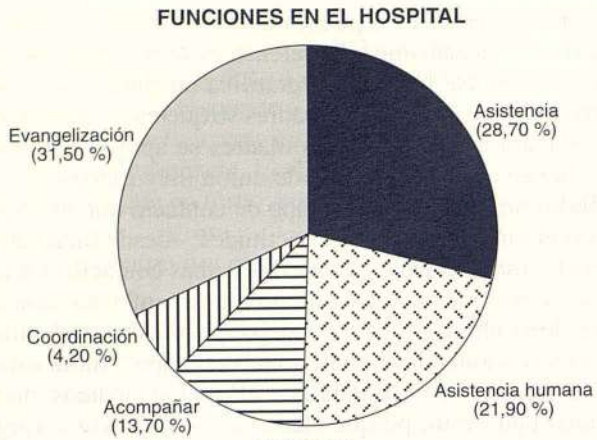


Gráfico 1

En la actitud de los padres observamos como mayoritaria la no asimilación (22,2 %) seguida de la normalidad (18,2 %) (gráfico 2). Éste nos muestra empezando por abajo una gradación de las actitudes de las más negativas a las más positivas. Vemos que las actitudes que hemos considerado de término medio son las menos frecuentes. La evolución de estas actitudes a lo largo de la enfermedad no queda reflejado en el gráfico, aunque por regla general, los encuestados afirman que la evolución suele ser en sentido positivo, sin llegar a rebasar todas la variedad de actitudes.

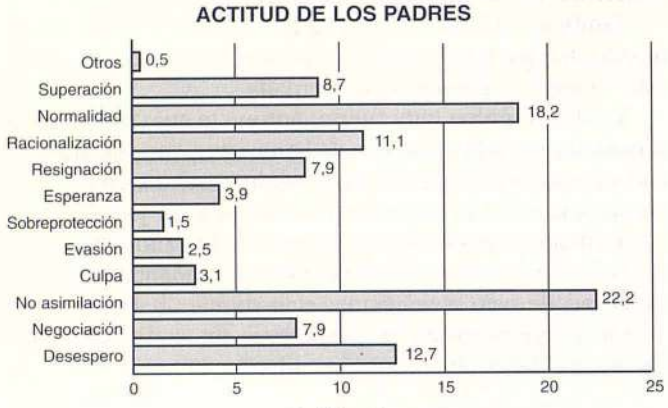


Gráfico 2

Respecto a las actitudes del niño, vemos que con frecuencia se da un cambio de carácter (25 %) y este cambio suele ser negativo, el niño se vuelve «un pequeño tirano» y manifiesta conductas antisociales. Seguidamente, se da la

Gráfico 3

no aceptación (17,9 %). Aunque le sigue el pensar que se curará con un (15,38 %), igual que la propoción que parece manifestar una intuición, un conocimiento de que se va a morir (gráfico 3).

PREGUNTAS 6 y 7: *Necesidades del hospital*

La necesidad que parece más destacable es la del apoyo profesional de un psicólogo como «recurso integrable dentro del equipo» (28,3 %) (gráfico 4). Le sigue la de valoración personal, es decir, el reconocimiento de la labor de estos profesionales (20,2 %). Seguidamente le sigue la necesidad de un cambio de mentalidad en nuestra sociedad (9,4 %). Una necesidad importante es la de un lugar para el velatorio (8,10 %).

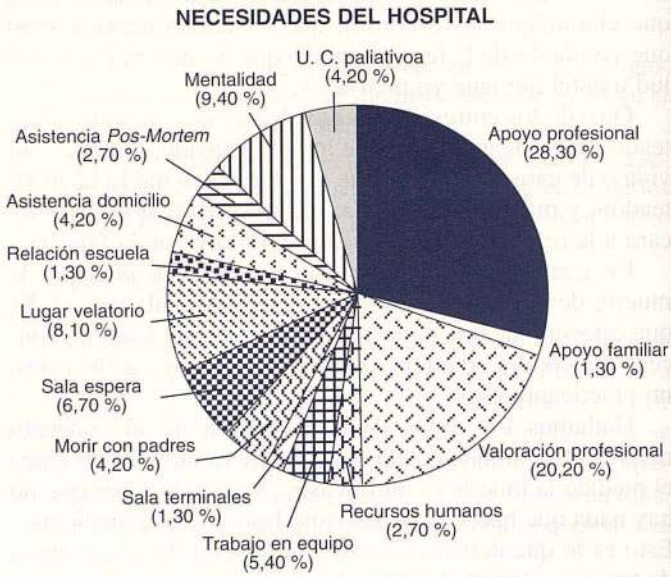


Gráfico 4

INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

A partir del análisis de los datos, podemos comprobar las hipótesis.

HIPÓTESIS 1: *Se confirma la hipótesis*

Así, la función de los profesionales que trabajan con niños enfermos oncológicos (y algunos terminales) no es puramente asistencial. La función que aparece con mayor frecuencia es la de evangelización, pero cabe decir que se debe al rol del sacerdote y al tipo de respuesta extensa e insistente. Además el rol del sacerdote tiene esta función prioritaria. De esta manera, aunque lo tengamos en cuenta, lo podríamos considerar como sesgo de la investigación ya que el resto de profesionales no la citan. Si tomamos las funciones que quedan, la de más frecuencia es la de la asistencia, la habitual a cada rol, sin embargo, le sigue, con una

frecuencia muy similar la asistencia humana, más centrada en la persona y que pretende rebajar la angustia. Una función que consideraríamos fundamental, aunque más propia de las familias, es la de acompañar.

HIPÓTESIS 2: ***Se confirma la hipótesis***

A partir del análisis del discurso, podemos comprobar que las definiciones dadas hacen referencia a ruptura, trauma (conceptos con connotaciones violentas y peyorativas). Esto nos hace pensar en que el concepto de la muerte es todavía muy difícil de asumir.

HIPÓTESIS 3: ***Se confirma la hipótesis***

Así las actitudes mayoritarias de la familia y del niño también, son de no aceptación. En este sentido, cabe recordar algunos comentarios de los profesionales al decirnos que la actitud del niño depende de la actitud de la familia. Aunque en la gráfica aparecen respuestas de elevada frecuencia de normalidad y racionalización, podemos afirmar en función de las entrevistas que estas actitudes no indican una aceptación y superación del hecho de la muerte ya que, según las informaciones posteriores que llegan a los profesionales, no son más que una contención extrema de la angustia que acaba en una crisis.

HIPÓTESIS 4: ***No se confirma la hipótesis***

Como alternativa se puede afirmar que el hecho de que los profesionales adquieren más experiencia no significa que acepten la muerte, sino más bien al contrario. Pensamos que esto no se atribuye a la cantidad de experiencia sino al tipo de contacto que tiene el niño. También, en la pregunta 2, vemos que hay sujetos que se posicionan únicamente desde su categoría profesional. Esto podría ser interpretado como un mecanismo de defensa. También aparecen otros mecanismos de defensa. Pero en definitiva, podemos concluir que aunque hay un esfuerzo positivo, estos profesionales no afrontan el hecho de «tener que convivir con la muerte».

CONCLUSIONES

En general, podemos afirmar que ni los padres, ni los enfermos, ni los profesionales, aceptan la muerte. Esto se puede constatar en varias ocasiones a lo largo de la entrevista. Por ejemplo, en la pregunta 2, donde abordamos directamente el tema, existe un rechazo a contestarla o, si más no, una actitud de sorpresa. También, vemos que a lo largo de toda la entrevista, en contadas ocasiones aparecen el término muerte. También debemos tener en cuenta que las únicas fuentes directas de que disponemos vienen mediatizadas por las opiniones, vivencias, actitudes de los profesionales. Pensamos que habría sido muy útil entrevistar directamente a los padres y niños enfermos pero esto no ha sido posible debido a las dificultades de elaborar un tema tan tabuizado en nuesta sociedad actual.

Respecto a las condiciones de aplicación necesaria para la utilización de este método, hay que destacar que supone una gran inversión de tiempo y esfuerzo. Además hacer coincidir todos los factores no ha sido fácil; quizás un día estaba concertada la hora, el lugar, pero otras condiciones imprevistas (como la muerte de una niña) nos hacía considerar más oportuno ubicarla en otro momento.

Respecto a uno de los sujetos, el sacerdote, cabe decir que su rol está mucho más claro, pues lo vive en momentos más allá puramente profesionales. Y esto condiciona algunas de sus respuestas. Además, la seguridad que le proporcionan sus creencias, de algún modo, pensamos, que le facilita la aceptación de la muerte, aunque aún así la considere dolorosa.

A lo largo de las entrevistas, todos los sujetos utilizan adjetivos posesivos cuando hablan del niño muerto, por ejemplo: «se nos van», «si un niño se te muere», etc. Esto constata la idea de que resulta que es muy doloroso la muerte del otro cuando el otro se ha convertido en tú, es decir, ha existido un tiempo para la intersubjectividad (en el sentido en que Berger & Luckmann lo citan, 1988). Además, como Miguel Martín afirma, es más fácil aceptar la muerte del otro cuando el otro es desconocido.

Consideramos fundamental la eliminación de la angustia, o por lo menos las posibilidades de manifestarla, ya que la angustia quizás no se pueda eliminar pues, en el sentido existencialista, forma parte de la persona y de la consciencia de ser mortal. Por tanto, debemos aprender a vivir con angustia. Pero esto requeriría un cambio de mentalidad como dice Miguel Martín en una de las respuestas. Entonces para conseguirlo, es necesario un cambio en la estructura del sistema educativo, una «Pedagogía de la finitud» (Mèlich, 1987).

De las informaciones obtenidas sobre las actitudes del niño, extraemos que al niño no se le permite «vivir su propia muerte». El niño sólo sabe de ella a través de su intuición, pero existe una proporción elevada de pensamiento favorable de su cura, aunque ésta sea ya imposible. Algunos de los profesionales consideran este hecho enormemente positivo, en gran medida porque esto favorece la colaboración por parte del niño. Pero otros, reconocen que se trata de una faceta deficitaria y que en algunos casos no se plantea por desconocimiento del tema.

En cuanto a la respuesta sobre las necesidades del hospital, existen dos aspectos mayoritarios, uno es el apoyo profesional de un psicólogo que permita una orientación al equipo de profesionales. Además se considera como una carencia de tipo afectivo, como catalizador de las propias emociones de los profesionales, que recogen toda la angustia de la familia y de los niños, pero que tienen pocas vías de escape. Otro de los aspectos importantes, es la valoración profesional dentro del contexto del hospital. Pero consideramos que existe un sesgo también debido a que ésta es una opinión dada sólo por una de las profesionales que se hallaba en un momento de crisis personal y pro-

fesional. Lo consideramos un aspecto importante, pero no generalizable a toda la investigación. Respecto al resto de las necesidades remitimos al lector al gráfico de respuestas.

Como conclusión general consideramos que es necesaria una reflexión por parte de los profesionales sanitarios que tendrían que saber más sobre el tema de la muerte para permitirles comprender mejor la situación de los moribundos y prestar su ayuda. Ésta no tiene que ser sólo una labor de los profesionales, sino de todas las esferas sociales: escuela, familia, etc.

Respecto a los niños, consideramos favorable darles a conocer los hechos de la muerte humana como una cosa natural, hacerles saber que su vida es finita. Para eso, debemos incidir directamente en el sistema educativo, destabuizando, así la muerte. También consideramos que debería reflexionarse sobre el derecho del enfermo a conocer la proximidad de su muerte, para poder elaborar su propia despedida, para que su agonía no se convierta en un proceso de deterioro.

Para próximas investigaciones, sugerimos la importancia de profundizar en diversos temas. Resultaría interesante realizar un estudio de características similares a éste pero centrándonos en sujetos adultos. Tendríamos que profundizar en el estudio del entorno familiar. Un tema que no hemos abordado directamente, es la reflexión sobre la eutanasia, si bien algunos de los entrevistados han hecho referencia de manera indirecta refiriéndose a la importancia de la «muerte digna». Consideramos importante una reflexión que se centre más en el enfermo que intente aclarar conceptos que aparecen aquí de manera ambigua, como por ejemplo qué se entiende por ayudar a un niño.

La sociedad NO prepara a sus miembros para la muerte, por lo tanto, al personal integrante de los centros sanitarios, no le es fácil enfrentarse directamente con él. Porque: ¿Qué es más difícil afrontar la propia muerte o la muerte del otro?

BIBLIOGRAFÍA

ANDER, E. (1986): *Técnicas de investigación social.* Buenos Aires: Editorial Humanitas.

ARCHEN, D. & SMITH, A. (1989): *La aflicción tiene muchas caras.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 1, págs. 14-16.

BERGER, P. & LUCKMANN, T. (1988): *La construcció social de la realitat.* Barcelona: Herder.

DOLAN, M. (1989): *Ayudar a Luis a que siga viviendo.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 8, pág. 84.

EARL, A. GROLLMAN (1986): *Vivir cuando un ser querido ha muerto.* Barcelona: Ediciones 29.

ELÍAS, N. (1987): *La soledad de los moribundos.* Madrid: Fondo de Cultura Económica.

FABRA, P. (1981): *Diccionari General de la Llengua Catalana.* Barcelona: Edhasa.

FRANKL, V. E. (1990): *El hombre en busca de sentido.* Barcelona: Ed. Herder.

FREIRE, P. (1986): *La educación como práctica de la libertad.* México: Siglo XXI.

FULLAT, O. (1979): *Filosofías de la educación.* Barcelona: CEAC.

IÑIGUEZ, L. & ANTAKI, Ch. (1990): *El análisis del discurso en psicología social.* En: CLEMENTE, M. Barcelona (inédito).

KÜBLER-ROSS, E. (1975): *Sobre la muerte y los moribundos.* Barcelona: Ediciones Grijalbo S.A.

L. M. THOMAS (1975): *Antropología de la muerte.* México: Fondo de Cultura Económica.

L. T. COL. DIANE K., CORCORAN, RN. PHD. (1989): *Experiencias cercanas a la muerte.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 5, págs. 8-15.

MARTÍN, M. (1989): *Cartas desde el dolor y la esperanza.* En: *Labor Hospitalaria,* núm. 211, págs. 55-58.

MARTÍN, M. (1989): *Doctora Elisabeth Kübler-Ross. Morir con dignidad significa morir con mi carácter, con mi personalidad, con mi estilo.* En: *Labor Hospitalaria,* núm. 212, págs. 106-111.

MARTÍN, M. (1990): *La asistencia a los enfermos terminales.* En: *Labor Hospitalaria,* núm. 216, págs. 103-115.

MÈLICH, J. C. (1987): *Pedagogía de la finitud.* Bellaterra: Departament de Ciències de l'Educació de la U.A.B.

MÈLICH, J. C. (1989): *Situaciones límites y educación. Estudio sobre el problema de las finalidades educativas.* Barcelona: Ed. P.P.U.

MÈLICH, J. C. (1990): *L'eclipsi de la comunicació.* En: *Qüestions de vida cristiana,* núm. 154. Barcelona: Publicacions de l'Abadia de Montserrat.

RAIMBAULT, G. (1975): *L'enfant et la mort.* Tolouse: Edouard Privat.

RODRÍGUEZ, I. (1990): *Actitudes ante la muerte.* En: *Ressò,* núm. 11, pàgs. 15-17. Barcelona.

RUFFIE, J. (1986): *El sexo y la muerte.* Madrid: Plaza y Janés.

SAHLER, O. (1983): *El niño y la muerte.* Madrid: Alhambra.

UFEMA, J. (1988): *Cómo hablar a los pacientes moribundos.* En: *Revista Nursing,* vol. 6, núm. 3, págs. 21-24.

UFEMA, J. (1989): *Reflexiones sobre la muerte y el paciente moribundo.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 3, pág. 79.

UFEMA, J. (1989): *Reflexiones sobre la muerte y el paciente moribundo.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 4, pág. 79.

UFEMA, J. (1989): *Reflexiones sobre la muerte y el paciente moribundo.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 7, pág. 70.

UFEMA, J. (1989): *Reflexiones sobre la muerte y el paciente moribundo.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 8, pág. 83.

UFEMA, J. (1990): *Sobre la muerte y el morir.* En: *Revista Nursing,* vol. 8, núm. 1, pág. 59.

UFEMA, J. (1990): *Reflexiones sobre la muerte y el paciente moribundo.* En: *Revista Nursing,* vol. 8, núm. 3, págs. 78-79.

UFEMA, J. (1990): *Reflexiones sobre la muerte y el paciente moribundo.* En: *Revista Nursing,* vol. 8, núm. 4, pág. 78.

VARIOS (1983): *Diccionario Enciclopédico Salvat Universal.* Barcelona: Salvat Editorial, vol. 14.

VARIOS (1978): *Gran Enciclopedia Médica Sarpe.* Madrid: Editorial Sarpe, vol. 5.

WITT, D. (1989): *Más allá de las palabras; confortar al paciente con leucemia en fase terminal.* En: *Revista Nursing,* vol. 7, núm. 1, págs. 29-35.

3. DECLARACIÓN DE BARCELONA

IV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS
I CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS

Barcelona, 6-9 de diciembre de 1995

Joan Bertran

Los Cuidados paliativos van labrándose su propia idéntidad dentro del marco científico de la medicina y de la estructura asistencial sanitaria. También en nuestro país se va notando su presencia, cada vez más valorada y respetada.

El Congreso celebrado en Barcelona conjuntamente –IV de la Asociación Europea y I de la Sociedad Española– es un signo más de la vitalidad de filosofía asistencial.

Recogemos en las páginas de LH una breve crónica del desarrollo de dicho Congreso elaborada por uno de los asistentes –el doctor Joan Bertrán Muñoz– y la «Declaración de Barcelona» surgida en el mismo.

Catedral de Barcelona.

Los días del 6 al 9 de diciembre de 1995 se celebró en Barcelona el IV Congreso de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos conjuntamente con el I Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

El marco elegido fue el Palacio de Congresos y el Hotel *Fira Palace,* de la Feria de Barcelona, uno de los pocos entornos que puede atender con comodidad a los más de 1500 participantes de 35 países que compartieron sus conocimientos e inquietudes. Sin embargo, esta reunión tuvo gran importancia por su significado intrínseco. Los cuidados paliativos se están haciendo presentes en las realidades asistenciales de muchos países, gracias a la difusión que de ellos se está haciendo. Se trata de una expansión fundamentada en conocimientos científicos actuales y en una revalorización de las necesidades de la persona, consideradas a partir del enfoque del propio individuo enfermo, devolviéndole la capacidad de decisión que le es posible ejercer en cada momento.

Partiendo de estos rasgos característicos de los cuidados paliativos: atención científica y potenciación de la autonomía personal, no nos sorprende que la Asociación Europea de Cuidados Paliativos llegue a su Cuarto Congreso. El primero de sus congresos celebrado en París en 1990 reunió una gran cantidad de experiencias incipientes junto a las consagradas durante años y en él, muchos establecieron su primer contacto con los cuidados paliativos.

El Segundo Congreso tuvo su sede en el Palacio de Congresos de Bruselas y ya en 1992, se produjeron aportaciones importantes de diversos equipos de toda Europa,

que se consolidaron y ampliaron en el tercer Congreso celebrado en Bergen (Noruega) en 1994.

Este cuarto Congreso supone una consolidación de la Asociación Europea y el fortalecimiento de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL), que anunció ya su Segundo Congreso para la primavera de 1998.

La forma en que se han previsto sus sesiones ha favorecido el intercambio científico y la relación personal entre los asistentes.

La estructuración de los contenidos en tres niveles: de iniciación, básico y avanzado ha permitido que cada congresista siguiera correctamente la exposición de los ponentes. Además, esta estratificación de la complejidad de los temas, permitió aportar experiencias y discutir temas que, en principio, no tenían espacio como ponencias oficiales.

En cuanto a la relación personal, a pesar del gran número de reuniones y temas simultáneos, se crearon lugares comunes mediante la realización de conferencias plenarias a primera hora del día y un amplio espacio simultáneo para el almuerzo, lo que permitió la continuación de las controversias iniciadas. Además, la Organización facilitó el contacto para realizar comidas de trabajo con los expertos de un área concreta y las personas interesadas en profundizar dicho conocimiento.

Por lo tanto, fue fácil captar gran cantidad de información, no sólo en las sesiones oficiales, con hasta 12 salas funcionando simultáneamente, sino en los almuerzos y cenas de trabajo y en la lectura de las comunicaciones en póster. La mecánica respecto de las comunicaciones orales fue incluirlas en una de las sesiones relacionada con el tema, integrando también la discusión de los pósters en el coloquio final.

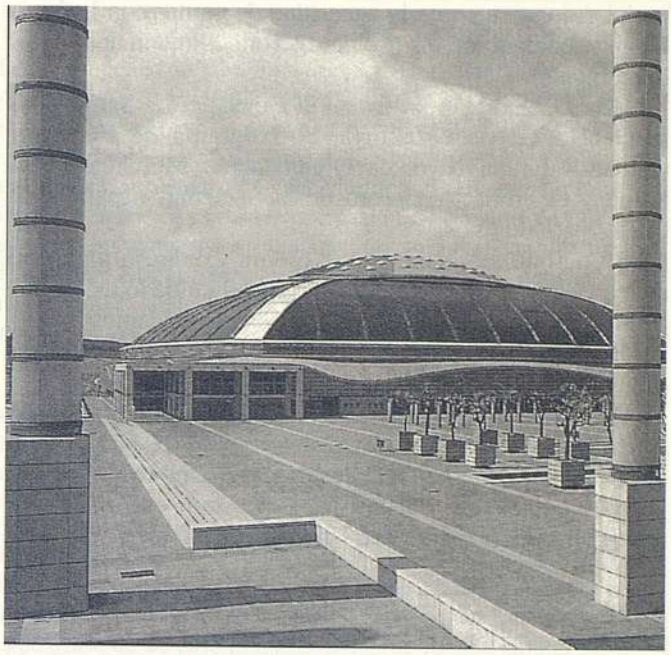
En cuanto a innovaciones, aparte de la exposición técnica de la industria farmacéutica, pudimos acudir a una sala con soluciones informáticas para los problemas diarios de gestión en cuidados paliativos. Quizás una de las salas más visitadas fue la de proyecciones donde se visionaron diversas películas y vídeos sobre tratamientos del dolor, de otros síntomas y reportajes de diversas realidades asistenciales, así como testimonios de pacientes y familiares.

Dado que no podemos extendernos en los temas más importantes de las 14 áreas de conocimiento propuestas en el Congreso y que reseñamos aparte, les remitimos al Libro de Actas del IV Congreso Europeo o a las del Congreso de la Sociedad Española, éstas últimas publicadas en dos número especiales de la revista *Medicina Paliativa.*

Queremos resaltar la excelente convivencia durante los días que duró la reunión, muestra de la acogida y atención humana que los presentes suelen dispensar a sus pacientes.

Por último, pero no para terminar, vamos a relatar el acto de clausura, destacando su parte humana y su parte simbólica.

La finalización del Congreso tuvo una nota de altura con la sencilla representación por miembros del comité Directivo de la Asociación Europea, de una pequeña obra



El Palau Sant Jordi enmarcado en pleno Anillo Olímpico.

de teatro, a modo de un *entremés* de Lope de Rueda. Su duración fue de diez minutos y resumía en breves cuadros las deficiencias actuales de la atención a los enfermos terminales. A continuación proponía gráficamente situar al paciente en el centro del proceso asistencial y cuidar exquisitamente al paciente, a su familia y a todos los profesionales implicados.

La parte simbólica de la clausura fue también oficial. Aprovechando que el Congreso se celebraba en Cataluña, donde entre 1990 y 1995 se ha desarrollado un *Demonstration Project* en cuidados paliativos de la Organización Mundial de la Salud, se proclamó la «Declaración de Barcelona».

La experiencia catalana ha consistido en la definición, implementación y desplegamiento de un plan de cuidados paliativos que atiende, de forma interdisciplinaria e integral, a una gran parte de la población de Cataluña.

Partiendo de una realidad positiva y efectiva, la «Declaración de Barcelona sobre los Cuidados Paliativos» se estructura en tres partes bien definidas: planteamiento del problema de la enfermedad terminal, incluyendo la constatación de la existencia de un sufrimiento por enfermedad incurable, que alcanza al 70 % de la población afectada.

La segunda parte, define los cuidados paliativos como colaboración interdisciplinar necesaria: para resolver la compleja problemática que supone el estadio terminal y para incorporar los avances científicos, que se han producido en las distintas áreas del conocimiento humano.

En la tercera parte se insiste en incorporar los cuidados paliativos a la política sanitaria de los países, preservando el principio de equidad y de no discriminación, no sólo racial, social o cualquier otra, sino también económica. Establebe la posibilidad real de efectuar un alivio comple-

to del dolor y remarca la necesidad de contar con la familia en el cuidado de los pacientes. Todo ello con apoyo gubernamental.

Esta Declaración la firman el Conseller de Sanidad de la Generalitat de Catalunya, el Programa de Cáncer y Cuidados Paliativos de la Organización Mundical de la Salud y el primer Congreso de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos.

En definitiva, creemos que fue un Congreso muy rico en experiencias científicas, en favor del cuidado de los enfermos terminales y los que asistimos nos llevamos los conocimientos, pero también una vivencia amplia, contrastada y amistosa de los cuidados paliativos.

Sin embargo, esperamos que la «Declaración de Barcelona», resultado oficial del encuentro, sirva como ayuda a la implantación y desarrollo de los cuidados paliativos donde aún existen pacientes con enfermedades incurables, que están sufriendo sin una atención adecuada.

Próximos Congresos previstos son:

- V CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE CUIDADOS PALIATIVOS.
  Londres, septiembre de 1997.
- II CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS
  Santander, mayo de 1998.

Anexo I
TEMAS DEL CONGRESO

DOLOR
OTROS SÍNTOMAS
POLÍTICA DE CALIDAD
ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS
POLÍTICAS DE SALUD PÚBLICA EN CUIDADOS PALIATIVOS
ATENCIÓN PSICOSOCIAL
PALIACIÓN EN CÁNCER
GERIATRÍA
SIDA
CUIDADOS PALIATIVOS EN NÍÑOS
ASPECTOS ÉTICOS
INTERACCIÓN CON LA SOCIEDAD
INVESTIGACIÓN
FORMACIÓN

Anexo II
DECLARACIÓN DE BARCELONA SOBRE LOS CUIDADOS PALIATIVOS

El problema. 52 millones de personas mueren cada año en todo el mundo. Aproximadamente una de cada diez muertes es debida al cáncer y millones más sufren de otras condiciones que hacen peligrar su vida, incluyendo el SIDA y enfermedades propias de la vejez. Un 70 % de los pacientes con cáncer avanzado tienen dolor. En los países en vías de desarrollo las personas con cáncer se dignostican en estadios incurables de la enfermedad. Es inaceptable e innecesario no aliviar el sufrimiento desde esta perspectiva.

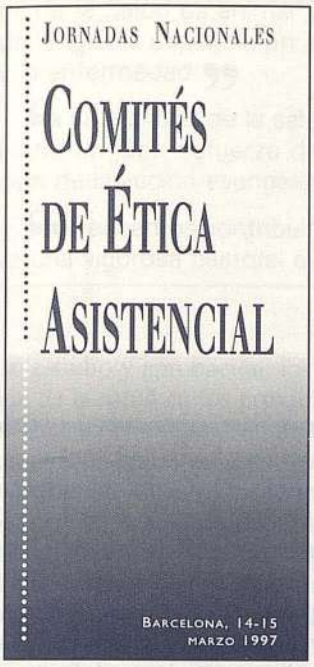
Lo que sabemos. En los últimos años, los mayores adelantos se han dado en el ámbito del control del dolor y otros síntomas de personas con enfermedades progresivas incurables. Otros grandes pasos han sido logrados en la comprensión de los aspectos psicológicos, sociales y espirituales en cuanto al hecho de morir y de la muerte. Profesionales de la salud, miembros de la familia, voluntarios y otras personas trabajan conjuntamente para crear una colaboración dinámica para aliviar el sufrimiento en el final de la vida. Los cuidados paliativos incorporan la medicina, la enfermería, el trabajo social, la atención pastoral, la fisioterapia, la terapia ocupacional y disciplinas relacionadas.

Lo que hay que hacer. Los cuidados paliativos deben ser incluidos como parte de la política gubernamental sanitaria, tal como recomienda la OMS. Cada individuo tiene derecho al alivio del dolor. Los cuidados paliativos deben ser dispensados según los principios de equidad, sin tener en cuenta raza, sexo, etnia, estatus social, nacionalidad o el poder pagar tales servicios.

La experiencia obtenida de los cuidados paliativos debe extenderse a las personas con otras enfermedades crónicas incurable. Existen métodos efectivos y baratos para aliviar el dolor y la mayoría de otros síntomas. El coste económico no debe ser ningún impedimento. Los gobiernos deben usar los conocimientos sobre los cuidados paliativos de una manera racional para el establecimiento de políticas claras y reguladas, la implementación de servicios específicos, la educación de profesionales de la salud y hacer accesible los fármacos necesarios.

La evaluación sistemática de las necesidades de los cuidados paliativos debe preceder al establecimiento de cualquier servicio a nivel local, regional y/o nacional. Las familias y otros cuidadores informales son contribuyentes esenciales para la dispensación eficaz de los cuidados paliativos. Deben ser reconocidos y apoyados por la política gubernamental.

CONSELLER DE SANIDAD, GENERALITAT DE CATALUNYA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, PROGRAMA DE CÁNCER Y CUIDADOS PALIATIVOS
PRIMER CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS



JORNADAS NACIONALES

COMITÉS DE ÉTICA ASISTENCIAL

Las inscripciones se pueden formalizar a través de

Ana Sáez Ortuño

HOSPITAL
SANT JOAN DE DÉU

Pg. de Sant Joan de Déu, 2
08950 ESPLUGUES
(BARCELONA)
Tel. y fax (93) 280 41 79

El precio de la misma es de 25.000 pesetas si se formaliza antes del 31 de enero de 1997 o de 35.000 pesetas si se formaliza después del 1 de febrero de 1997.

El Hospital Sant Joan de Déu ha organizado para los días 14 y 15 de marzo de 1997 unas Jornadas Nacionales de Comités de Ética Asistencial en el Centro "la Caixa" de Barcelona. Los organizadores son el padre Francesc Abel, presidente del Comité de Ética Asistencial del Hospital Sant Joan de Déu, el profesor Rafael Jiménez, catedrático de pediatría y miembro del mismo Comité, y el hermano Miguel Martín, jefe del servicio religioso del hospital. Los objetivos se centran en fomentar la creación de Comités de Ética Asistencial a nivel de los hospitales; en conocer los fundamentos que justifican la ética clínica y sus relaciones con el derecho; en el desarrollo, de la metodología de actuación y en la articulación de la confesionalidad con la ética civil. También se mostrarán aspectos prácticos de la ética asistencial en las situaciones más habituales en las que ésta se desarrolla.

Las Jornadas van dirigidas a miembros actuales de los Comités de Ética Asistencial a nivel estatal; a personas interesadas en el conocimiento de la ética asistencial y a componentes de las Delegaciones Pastorales relacionadas con la salud.

Las Jornadas se desarrollarán en dos fases. En la primera, se expondrán en forma de lección magistral las bases de la Bioética por profesorado conocedor de la temática a desarrollar. En la segunda, se realizarán reuniones en forma de grupos de trabajo de las que saldrán unas conclusiones prácticas que se presentarán al final de las Jornadas. El sistema de trabajo se iniciará con la exposición de un caso práctico, punto de partida para la discusión, de la que se derivarán los conclusiones. La inscripción a los diferentes grupos será voluntaria.

PROGRAMA

14 de marzo de 1997

09,00 a 09,15 h. Inauguración.
09,15 a 10,00 h. Historia y funciones de los Comités de Ética Asistencial. *Francesc Abel i Fabre.*
10,00 a 11,00 h. Fundamentos de la ética clínica. *Diego Gracia Guillén.*
11,00 a 11,30 h. Café.
11,30 a 12,30 h. Metodología práctica del funcionamiento de un Comité de Ética. *Rafael Jiménez González.*
12,30 a 13,30 h. Ética y Derecho. *Victoria Camps Cervera.*
13,30 a 15,30 h. Almuerzo de trabajo.
15,30 a 17,30 h. Reunión de grupos de trabajo sobre aspectos éticos en:

1. ENFERMOS TERMINALES. Coordinador: *Jesús Conde Herranz.*
2. ENFERMOS MENTALES. Coordinador: *Mariano Galve Moreno.*
3. ASISTENCIA GERIÁTRICA. Coordinador: *Joan Bertrán Muñoz.*
4. PERINATOLOGÍA. Coordinador: *Rafael Jiménez González.*
5. DIAGNÓSTICO PRENATAL Y NUEVAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN. Coordinador: *Javier Gafo Fernández.*

17,30 h. Reunión de coordinadores con el coordinador general. Coordinador general: Miguel Martín Rodrigo.

15 de marzo de 1997

09,00 a 10,00 h. Ética cristiana y ética civil: *José M. Setién Alberro.*
10,00 a 11,00 h. Lectura de conclusiones por los coordinadores.
11,00 a 11,30 h. Café.
11,30 a 12,30 h. Lectura de conclusiones por los coordinadores (continuación).
12,30 h. Conclusiones por el coordinador general. *Miguel Martín Rodrigo.*

4. IGLESIA Y SALUD

INFORME PRESENTADO A LA LXIV ASAMBLEA PLENARIA DE LA CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA POR EL DEPARTAMENTO DE PASTORAL DE LA SALUD

El Departamento de Pastoral de la Salud de la Conferencia Episcopal Española presentaba el 22 de noviembre de 1995 a la Asamblea Plenaria de la misma el presente Informe.

Informe que es fruto de una larga trayectoria de pastoral en el campo de la salud por parte de la propia Iglesia en el que existen hitos tan señalados como la creación del propio Departamento –que este año cumple los 25 años de andadura– y el Congreso «Iglesia y Salud» celebrado el año 1994 en Madrid y que fue considerado como punto altamente significativo de la experiencia acumulada así como del diseño de los cauces por los que la Iglesia debería orientar su relación con el mundo de la salud.

El presente Informe que recoge de una forma sintética las luces y sombras del camino recorrido, hace a la Asamblea Plenaria diez propuestas claras y concisas que pretenden hacer viable en el futuro la evangelización de nuestro actual mundo.

INTRODUCCIÓN

En 1996 celebraremos los 25 años de la constitución del Secretariado Nacional de Pastoral Sanitaria –hoy Departamento de Pastoral de la Salud– como órgano de la Confe-rencia Episcopal cuya finalidad es animar y coordenar la acción de la Iglesia española en el mundo de la salud y la enfermedad.

En el transcurso de estos años, la pastoral de la salud en España ha realizado un gran esfuerzo de reflexión y renovación de la acción evangelizadora en este sector. Y lo ha hecho siguiendo las líneas orientadoras de la Conferencia Episcopal, en contacto muy estrecho con el mundo sanitario, en diálogo abierto e interdisciplinar con personas e instituciones, con la ayuda de las ciencias humanas, de la Sagrada Escritura, *leída desde la sensibilidad que proviene del contacto diario con los enfermos,* y también con la ayuda del Magisterio de la Iglesia. Su punto culminante ha sido el Congreso «Iglesia y Salud», celebrado hace un año.

El Departamento de Pastoral de la Salud, así como las Delegaciones Diocesanas, han estado en permanente contacto con los señores Obispos para informarles y recibir de ellos su orientación y apoyo[1]. Hoy lo hacemos en el marco de la Asamblea Plenaria mediante este breve *Informe sobre Iglesia y Salud.* En él mostramos los desafíos y oportunidades que presenta el mundo de la salud y de la enfemedad a la acción de la Iglesia, hacemos memoria de las acciones más relevantes de ésta para darles respuesta, y proponemos,

1. Periódicamente han informado de sus actividades y proyectos a la CEE y a los señores Obispos, el Presidente de la Comisión Episcopal de Pastoral, el obispo responsable y el director del Departamento de pastoral de la Salud, y los propios Delegados Diocesanos de esta Pastoral.

En la XXV Asamblea Plenaria de la CEE –celebrada en noviembre de 1976– presentó el Informe sobre «La presencia y la acción de la Iglesia española en el mundo de la salud» con cinco propuestas operativas que fueron aprobadas por la Asamblea.

En la XXXV Asamblea de la CEE –celebrada en noviembre de 1981– presentó el Informe sobre «Iglesia y minusválidos».

> La finalidad del Departamento de pastoral de la Salud es animar y coordinar la acción de la Iglesia española en el mundo de la salud y la enfermedad

> La pastoral de la salud en España ha realizado un gran esfuerzo de reflexión y renovación de la acción evangelizadora

> Deseamos contribuir a impulsar con fuerza una vigorosa pastoral evangelizadora

para su estudio y aprobación, los objetivos y acciones de la pastoral de la salud en los próximos años.

Lo hacemos como miembros de la Iglesia española que está empeñada en un esfuerzo evangelizador que responda a las profundas transformaciones culturales experimentadas por nuestra sociedad, al debilitamiento de la fe y al crecimiento de la increencia. Y también sintiéndonos unidos a la Iglesia universal que se dispone a celebrar la «encarnación de la humanidad de Dios y su cercanía al ser humano» con motivo del *Tertio Millennio Adveniente.*

Deseamos contribuir desde nuestro sector a impulsar con fuerza una vigorosa pastoral evangelizadora –*nueva en su ardor, nueva en sus métodos y nueva en sus expresiones*[2]– que ayude a renovarse en la profundidad del corazón, a consolidar en la fe a los creyentes y llamar a la conversión a los que no creen, y a transformar la vida según las exigencias del evangelio con especial atención a las necesidades de los más pobres y de los débiles, entre los que se encuentran, sin duda alguna, los enfermos.

EL MUNDO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD, LUGAR PRIVILEGIADO PARA LA NUEVA EVANGELIZACIÓN

Consideramos que el mundo de la salud y de la enfermedad es hoy, igual que ayer, lugar privilegiado para la nueva evangelización.

Por varias razones:

1. En él se viven los *acontencimientos fundamentales de la existencia*[3]: la salud y la enfermedad, el sufrimiento y la curación, el morir y la muerte, la necesidad de ser asistidos y la prestación de la asistencia.
2. Dichos acontecimientos *afectan,* antes o después, de la manera más personal y directa, *a todo el hombre*[4] *y a todos los hombres y mujeres* por encima de cualquier diferencia. La Iglesia ha de ir a su encuentro, ya que ellos son el camino que ha de recorrer para cumplir su misión[5].
3. En dichos acontecimientos se viven horas cruciales de la existencia humana y se nos *plantean,* aun sin pretenderlo ni poderlo evitar, *los interrogantes últimos* de la existencia: el sentido de la vida y la salud, el por qué del dolor y la muerte, etc.[6].
4. El mundo de la salud y de la enfermedad *refleja* la verdad desnuda de *los valores de la cultura y de la sociedad,* así como su incidencia en la forma de afrontar y vivir los mencionados acontecimientos. Muestra de ello son la lucha por la vida, el combate del sufrimiento, la entrega generosa...; pero también, la marginación de ciertos co-lectivos de enfermos, el ocultamiento de la muerte, la deshumanización de la asistencia, la eutanasia, el aborto...
5. En el mundo de la salud y la enfermedad *se percibe la labor de la Iglesia,* con sus virtudes y carencias. En él palpamos a diario el vigor y la debilidad de la fe de los cristianos, pero también la incultura e indiferencia religiosa...
6. Y en este mismo mundo se presenta una buena parte de los *graves problemas humanos, sociales, éticos y morales* a los que se enfrentan hoy la humanidad y la Iglesia y que reclaman una atenta reflexión e iluminación desde la fe.
7. Estos acontecimientos fundamentales son *uno de los momentos más propicios para anunciar a Jesucristo,* prolongando y actualizando su acción sanante y salvadora[7]. De hecho, fue precisamente en ellos donde el Señor eligió encontrarse más asiduamente con los hombres de su tiempo, en concreto con los enfermos y sus familiares. En su actuación Cristo reveló y realizó la ternura del Padre y su designio de salvación integral del hombre y de todos los hombres, no sólo de los oficialmente enfermos.
8. La acción evangelizadora de la Iglesia en este campo autentifica a la Iglesia, la devuelve a sus raíces y *hace creíble el Evangelio* que anuncia.

> Consideramos que el mundo de la salud y de la enfermedad es hoy lugar privilegiado para la nueva evangelización

> Para evangelizar el mundo de la salud y de la enfermedad la Iglesia necesita conocerlo y descubrir los retos y desafíos que le plantea

La nueva evangelización tiene, pues, en el ámbito propio de la pastoral de la salud un lugar del todo preferente, y la pastoral de conjunto ha de poner a la pastoral de la salud en el centro de su interés y de sus objetivos nucleares.

2. Juan Pablo II «A la Asamblea del CELAM» 1983.
3. Juan Pablo II, D1H 3.
4. «La enfermedad y el dolor no son experiencias que afectan exclusivamente a la condición corporal del hombre, sino a todo el hombre en su integridad» Juan Pablo II, D1 H 2.
5. Juan Pablo II, RH 14,21; SD 3.
6. GS 10; NAe 1; SD 9.
7. «Queremos señalar las posibilidades evangelizadoras que se presentan muchas veces con ocasión de la enfermedad y de la muerte; son momentos de especial necesidad y receptividad de la Palabra de Dios y de su gracia, tanto para el enfermo como para sus familias». Plan Pastoral para la Conferencia Episcopal Española (1994-1997), pág. 35.

RETOS Y OPORTUNIDADES DEL MUNDO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD A LA NUEVA EVANGELIZACIÓN

Para evangelizar el mundo de la salud y de la enfermedad la Iglesia necesita conocerlo y descubrir los retos y desafíos que le plantea. Señalamos algunos de los que consideramos más significativos:

En el campo de la cultura de la salud: evangelizarla

En nuestra sociedad del bienestar observamos actitudes contradictorias ante la salud: se exalta a idealiza el vigor y la salud física y se olvida la salud afectiva, mental y espiritual; se destinan medios y esfuerzos ingentes para mantener y recuperar la salud y jugamos con ella irresponsablemente viviendo y fomentando un estilo de vida poco sano. Evangelizar esa búsqueda tan intensa y ambigua de la aslud constituye hoy para la Iglesia un reto[8].

> “Para evangelizar el mundo de la salud y de la enfermedad la Iglesia necesita conocerlo y descubrir los retos y desafíos que le plantea”

Este reto ofrece a la Iglesia la oportunidad de:

- Confrontar e iluminar los conceptos de salud, de calidad de vida y de enfermedad; los actuales modelos de salud y de asistencia sanitaria; los estilos de vida; la visión de la corporeidad; las actitudes y comportamientos ante la salud, el sufrimiento y la muerte, etc.
- Promover la dimensión humana y social de la salud y de la enfermedad, del sufrimiento y del morir, de las instituciones y de la actividad de los profesionales sanitarios.
- Intervenir sobre las experiencias que los hombres y mujeres de hoy hacen de la salud, la enfermedad, el dolor, la asistencia a los enfermos... a fin de ayudarles a encontrar el verdadero sentido.
- Contribuir a sanar a nuestra sociedad, cuyas patologías, de diverso orden. ponen de manifiesto el carácter comunitario de la salud y de la enfermedad y la incidencia colectiva de actitudes, hábitos y comportamientos patógenos[9].

8. Mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal. Día del Enfermo 1991, en Los *10 Días del Enfermo en la Iglesia española,* Edice 1994, pág. 125.

9. «La presencia cada vez más eficaz e incisiva de la Comunidad cristiana en la sociedad es una exigencia especialmente sentida en nuestro tiempo... Nuestra civilización está enferma por el desencadenado egoísmo, por el utilitarismo individualista propuesto a menudo como modelo de vida, por la negación o la indiferencia que, a veces, demuestra hacia el destino trascendente del hombre, por la crisis de valores espirituales y morales que tanto preocupa a la humanidad. La «patología del espíritu» no es menos peligrosa que la «patología física», y ambas se influyen recíprocamente» Mensaje de Juan Pablo II con motivo de la Tercera Jornada Mundial del Enfermo (1995).

En el campo de la asistencia sanitaria: promover la solidaridad

La Sanidad española ha conseguido importantes logros, pero presenta carencias y problemas preocupantes como: las largas listas de espera, la insuficiente atención a determinados colectivos de enfermos, el inadecuado aprovechamiento de los recursos o la injusta distribución de los mismos, el despilfarro insolidario de los medicamentos, el desencanto y desmotivación crecientes en no pocos profesionales de la salud[10].

Hacer más humano y solidario este mundo de la sanidad es un reto que presenta a la Iglesia la oportunidad de:

- Educar en los valores del respeto a los seres humanos, la solidaridad, la ayuda mutua, el socorro a los necesitados, la compasión, el despego de las realidades terrenas, el control del consumo desenfrenado, la búsqueda de objetivos distintos del mero disfrute...
- Ofrecer la aportación del Evangelio y de la rica tradición asistencial de la Iglesia a la asistencia sanitaria: la dignidad de la persona humana, el valor de los recursos que hay en cada ser humano para curarse y para curar; la importancia de la relación personal entre cuidador y enfermo; la imposibilidad de curar y cuidar al enfermo sin cargar con sus dolencias y sin darle una parte de uno mismo.
- Valorar la multiplicidad de gestos terapéuticos, semillas de evangelio presentes en el mundo sanitario.
- Promover la responsabilidad solidaria en este campo: donación de sangre y de órganos, consumo racional de los recursos, atención a los enfermos más necesitados, etc.
- Detectar y denunciar las insuficiencias y lagunas que existan en la cobertura sanitaria real, representando la voz de los más débiles o indefensos, suplir las carencias del sistema sanitario e impulsar todas aquellas iniciativas que traten de cubrirlas.

En el campo de la pastoral: desplegar su dimensión evangelizadora

La acción pastoral de la Iglesia se ha centrado y, a veces, reducido a la asistencia caritativa y sacramental. Uno de los retos hoy es desplegar más visiblemente su dimensión envangelizadora, desarrollando, entre otras, las siguientes acciones:

- Iluminar, desde la fe, el sentido del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte y el valor evangélico de las profesiones socio-sanitarias.
- Acompañar a los enfermos y sus familias en el itinerario de su enfermedad.
- Celebrar de forma personalizada y comunitaria, en la oración y los sacramentos, la presencia salvífica de Dios y la solidaridad humana.
- Hacer visible el valor insustituible de la esperanza cristiana en el combate de la vida y como horizonte permanente de la existencia.

10. Mensaje de los Obispos de la Comisión Episcopal. Día del Enfermo 1992, en *Los 10 Días del Enfermo en la Iglesia española,* Edice 1994, pág.153.

- Explicitar al máximo el signo de comunión eclesial y el sentido de la colaboración entre agentes e instituciones, entre los pastores y los laicos y entre los profesionales cristianos y los demás profesionales.

En el campo de la ética: Iluminar sus problemas

En este sector se plantean hoy delicados y graves problemas de naturaleza ética, cada vez más numerosos y complejos. Unos, relacionados con el *inicio de la vida:* demografía y regulación de la natalidad, técnicas de reproducción asistida, ingeniería genética, diagnóstico prenatal y asesoramiento genético, estatuto antropológico del embión, aborto... Otros, con *el final de la vida:* la vejez y los ancianos, el morir y la muerte, selección de pacientes para trasplantes, retirada de tratamientos de soporte vital, cuidados intensivos y cuidados paliativos, tratamiento del dolor, SIDA, eutanasia, huelga de hambre... Finalmente, con la relación clínica: consentimiento informado, objeción de conciencia, huelga sanitaria, distribución de recursos, calidad asistencial, ética de los comités de investigación clínica y de la asistencia clínica...

Responder a este importante reto de iluminar estos problemas invita a la Iglesia a:

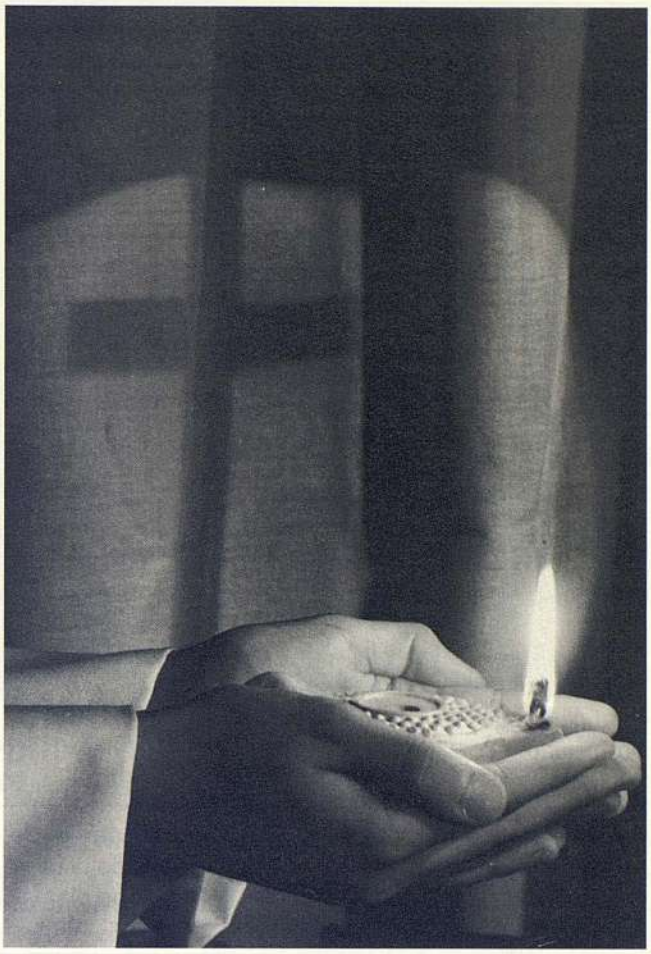
- Seguir de cerca los problemas que se plantean.
- Colaborar en la búsqueda interdisciplinar de solución a estos problemas.
- Promover la formación ética de los profesionales sanitarios y de los ciudadanos.
- Impulsar la participación activa de los profesionales sanitarios cristianos en la creación y funcionamiento de los comités de ética.
- Cuidar el asesoramiento ético a los enfermos y familiares.

LA RESPUESTA DE LA IGLESIA ESPAÑOLA: LA PASTORAL DE LA SALUD

El *Congreso Iglesia y Salud* sirvió, entre otras cosas, para evaluar la presencia actual y la acción de la Iglesia en este sector. La pastoral de la salud en la Iglesia española no llega hasta aquí con las manos vacías. Su tarea evangelizadora ha ido dejando un rastro fecundo.

He aquí, algunas de sus realizaciones.

1. La existencia de *delegados de Pastoral de la Salud* en todas las diócesis, y el gran impulso dado por muchos de ellos a esta pastoral, mediante la promoción de las correspondientes delegaciones.
2. El ejercicio de la *comunión y colaboración entre nuestras iglesias diocesanas* a través de cauces tan operativos como el Equipo Nacional de Pastoral de la Salud, las Reuniones Nacionales de Delegados, el periódico intercambio de sus actividades y materiales...
3. La pujante realidad evangelizadora del *Día del Enfermo,* que se celebra desde 1985 en la Iglesia española, iniciativa que el Papa Juan Pablo II ha extendido a toda la Iglesia al instituir en el año 1992 la Jornada Mundial del Enfermo.



«Jesús y su Evangelio son fuente de vida perenne para el hombre, en salud o enfermedad»

4. La regulación de la *asistencia religiosa en los hospitales* públicos mediante Acuerdo marco entre el Estado español y la Conferencia Episcopal y los sucesivos Convenios de aplicación firmados con las diversas Instituciones sanitarias. Asimismo el esfuerzo realizado para renovar y actualizar la pastoral en los hospitales.
5. La presencia creciente y vigorosa de la pastoral de la salud en las *comunidades parroquiales.*
6. La presencia cercana y eficaz de la Iglesia junto a los *enfermos más necesitados y desasistidos* de nuestra sociedad, sobre todo por medio de las congregaciones religiosas.
7. La *comunión* de criterios y actividades entre las diócesis y los institutos religiosos dedicados al mundo de la salud y agrupados en la FERS.
8. La incorporación de los *laicos profesionales sanitarios* a las tareas de las pastoral de la Salud, mediante la creación del sector de PROSAC (Profesionales Sanitarios Cristianos) en el Departamento Nacional y en las delegaciones diocesanas.

9. El protagonismo creciente de los propios *enfermos como sujetos* activos de la evangelización.

10. La ingente labor de *formación de agentes* de pastoral de la salud llevada a cabo a través de múltiples iniciativas nacionales y diocesanas.

11. La contribución de nuestro sector pastoral a la clarificación y resolución, desde el mensaje cristiano, de algunos de los *problemas éticos* que más preocupan a la Iglesia y a la humanidad de hoy, a través de iniciativas como la del Testamento Vital, publicado por la propia Conferencia Episcopal en 1989.

12. El esfuerzo desarrollado por promover el diálogo ciencia-fe en el seno del mundo de la salud, cristalizado en los numerosos contactos y colaboraciones con universidades y otras instituciones docentes, eclesiásticas y civiles.

La enumeración de estos logros suscita en primer término en nosotros un sentimiento de gratitud. Sin la constante ayuda del Señor, sin el aliento creciente de nuestros obispos y sin la orientación constante del papa Juan Pablo II –manifestada a través de numerosos gestos, mensajes e iniciativas[11]– y sin el apoyo del Pontificio Consejo, la pastoral de la salud en España no sería hoy un fruto granado y prometedor.

> “Somos conscientes de la desproporción existente entre lo que hemos realizado y la envergadura de las exigencias que se nos plantean”

No obstante, somos conscientes de la desproporción existente entre lo que hemos realizado y la envergadura de las exigencias que se nos plantean, de nuestros propios errores y deficiencias y de la inmensa tarea que aún nos queda por llevar a cabo al servicio del Evangelio y en nombre de la Iglesia.

Señalamos algunas de las lagunas o deficiencias.

1. La conciencia, aún escasa, en la generalidad de la Iglesia del valor sanante del evangelio vivido, proclamado y celebrado.

2 La poca atención que nuestra Iglesia presta aún a los problemas sanitarios y la falta de su voz iluminadora y profética.

3 La insuficiente presencia de las temas de la salud, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte en los programas de educación de la fe, dirigidos a los fieles de toda edad y condición.

4 El anonimato, a efectos evangelizadores, de numerosos laicos cristianos en el campo sanitario.

11. Baste mencionar, la Carta Apostólica *Salvifici Doloris,* la creación del Pontificio Consejo para la pastoral de los agentes sanitarios, la institución de la Jornada Mundial del Enfermo, su testimonio como enfermo, sus visitas a los hospitales, su contacto con los enfermos en sus viajes apostólicos y su magisterio.

5 La languidez con que muchos Servicios de Asistencia Religiosa Católica responden a los desafíos y oportunidades que el mundo hospitalario presenta a la acción evangelizadora de la Iglesia.

6 La todavía pobre conexión y coordinación entre la pastoral de la salud y la pastoral de conjunto entre la pastoral hospitalaria y la pastoral de la parroquia, entre los diversos agentes y organismos de pastoral de la salud.

> “Difícilmente podrá la Iglesia impulsar una nueva evangelización en la sociedad actual si no es capaz de anunciar y ofrecer hoy la salvación de Jesucristo como fuerza sanante”

> “Toda la actividad evangelizadora de la comunidad es y ha de ser saludable y sanante”

LÍNEAS DE FUERZA ORIENTADORAS DE LA ACCIÓN DE LA IGLESIA DURANTE LOS PRÓXIMOS AÑOS

Para los seguidores de Jesús, este mundo de la salud, de la enfermedad y la muerte forma parte nuclear de la obra, mensaje y actividad misionera del Señor, quien ha vinculado inseparablemente la acción sanadora de los enfermos y la proclamación del reino de Dios. Jesús evangeliza curando y evangelizando cura. En el interior de esa acción sanante, anuncia el Reino y revela el verdadero rostro de Dios. Jesús y su Evangelio son fuente de vida perenne para el hombre, en salud o en enfermedad.

La Iglesia, prolongación y encarnación de Jesucristo, sólo existe para hacer presente en el mundo actual la acción sanante y salvadora que comenzó con él y en él, para que también los hombres y mujeres de hoy «tengan vida y la tengan en abundancia».

Difícilmente podrá la Iglesia impulsar una nueva evangelización en la sociedad actual si no es capaz de anunciar y ofrecer hoy la salvación de Jesucriscro como fuerza sanante que puede ser experimentada ya ahora, aún dentro del sufrimiento y la fragilidad de nuestra existencia, como primicia y esperanza de vida eterna.

Por ello, desde la pastoral de la salud nos proponemos y proponemos a la Iglesia española unas líneas de fuerza para impulsar hoy una evangelización fiel a Jesucristo y al contenido sanador de su acción pastoral.

Son éstas:

1.ª *Recuperar en la Iglesia la conciencia de su misión sanante en la sociedad española actual.*

Esto comporta tener siempre como horizonte y estímulo de toda evangelización el ofrecer al hombre de hoy la salvación cristiana de tal modo que le haga vivir de manera más saludable y humana la vida entera: la enfermedad y la salud, el dolor y la muerte.

«Hemos sido enviados como pueblo al mundo de la salud para anunciar, celebrar y servir el Evangelio de la vida»

2.ª *Entender y construir las comunidades cristianas como fuentes de salud abierta a la salvación de Jesucristo.*

Toda la actividad evangelizadora de la comunidad, y no sólo la pastoral de la salud, es y ha de ser saludable y sanante. Sin desvirtuar las diversas actividades de la comunidad, hay que enriquecerlas y dinamizarlas desde la fuerza sanante que se encierra en la salvación ofrecida por Jesucristo.

3.ª *Recuperar la actitud evangélica de Cristo ante el enfermo y sus familiares, promoviendo una asistencia más humana e integral.*

La nueva evangelización en el mundo de la enfermedad ha de impulsar todo aquello que puede encarnar y prolongar hoy el servicio sanador de Cristo: la defensa de la salud y del bien del enfermo, la lucha contra la enfermedad y sus causas, la ayuda a la familia del enfermo, la solidaridad en el campo de la salud, la humanización de la asistencia.

4.ª *Encontrar el verdadero puesto de la Iglesia y de la pastoral de la salud junto a los enfermos más necesitados y desasistidos.*

Este servicio al enfermo pobre y desasistido ha de ser también hoy para la Iglesia criterio de discernimiento y punto de referencia para su acción evangelizadora en la sociedad.

5.ª *Evangelizar la cultura actual de la salud ofreciendo un modelo de salud más fiel a los valores evangélicos y una iluminación ética de los problemas sanitarios.*

La Iglesia no puede impulsar una verdadera evangelización en esta sociedad sin colaborar, desde la inspiración del evangelio, en la promoción de una cultura de la salud más atenta a todas las dimensiones del ser humano y más abierta a su salvación definitiva.

PROPUESTAS A LA ASAMBLEA PLENARIA

Recogiendo las líneas de acción emanadas del Congreso Iglesia y Salud para renovar y dar un nuevo impulso a la acción pastoral de la Iglesia en el mundo de la salud y de la enfermedad, presentamos a señores Obispos, reunidos en la Asamblea de la Conferencia Episcopal Española, las siguientes propuestas para que las asuman, si lo consideran oportuno.

Propuesta n.º 1

La Iglesia ha de hacer un esfuerzo mucho mayor por ofrecer su *iluminación evangélica y su orientación ética* para crear una cultura de la salud más humana y promover una asistencia sanitaria que respete y defienda la dignidad y los derechos de todo ser humano.

Para lo cual proponemos:

- Que se impulse y acompañe, a todos los niveles, la reflexión y el diálogo interdisciplinar sobre los temas relacionados con la salud, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, la asistencia integral a la persona y los problemas éticos que conlleva.
- Que se difunda mucho más en el seno mismo de la Iglesia, y por supuesto en la sociedad, su pensamiento acerca de estos temas.
- Que en la operación y elaboración de los pronunciamientos de la Iglesia sobre estos temas se cuente, sistemáticamente, con la presencia y colaboración de la pastoral de la salud, por su experiencia directa en la detección, evolución e implicaciones de los mismos.

Propuesta n.º 2

Los *sacramentos* son la celebración por antonomasia en la que actualizamos, en la fe de la Iglesia, la acción sanadora y salvífica de Jesucristo. Son momentos únicos en la vida del enfermo y su familia y de la comunidad, si se celebran bien.

Por lo cual proponemos:

- Que su celebración se integre en el proceso de la asistencia y acompañamiento al enfermo y en el conjunto de la acción evangelizadora de la Iglesia en el mundo de la salud.
- Que se renueve –siguiendo las Orientaciones del Ritual de la Unción y Pastoral del Enfermos y con la colaboración de la pastoral litúrgica y de catequesis– la celebración de los sacramentos en la enfermedad, de modo que sean momento culminante de la evangelización de los «acontecimientos fundamentales de la existencia».

> "La Iglesia ha de hacer un esfuerzo mucho mayor para ofrecer su iluminación evangélica y su orientación ética"
>
> "Las Iglesias diocesanas han de tomar una consciencia más viva y efectiva de su misión evangelizadora"

Propuesta n.º 3

Las *Iglesias diocesanas* han de tomar una conciencia más viva y efectiva de su misión evangelizadora en el mundo de la salud y de la enfermedad.

Para lo cual proponemos:

- Que ante todo se introduzca de manera más explícita y eficaz la preocupación sanante en toda la dinámica de la pastoral diocesana, singularmente en sus tres grandes campos: la catequesis, la liturgia y la pastoral de la caridad y del servicio a los marginados.
- Que el mundo de los enfermos tenga en los planteamientos pastorales de la diócesis el lugar significativo que tuvo en la actividad de Jesús.
- Que se impulse, aún más decididamente, la pastoral de la salud en la diócesis, por ser el cauce más apropiado para la evangelización del mundo de la salud y de la enfermedad.
- Que las Delegaciones de Pastoral de la Salud reciban el apoyo continuo necesario para animar y coordinar la acción evangelizadora de la Iglesia diocesana en el mundo de la salud.

Propuesta n.º 4

Las *parroquias* han de ser comunidades que prologan la actividad de Jesús con los enfermos y sus familias e irradian salud integral en medio de la soledad.

Para lo cual proponemos:

- Que se ayude a las parroquias a descubrir y asumir con más responsabilidad su acción evangelizadora en el mundo de la salud y de la enfermedad.
- Que se constituya en las parroquias el equipo de pastoral de la salud como cauce principal de su acción pastoral en ese campo.
- Que haya una colaboración cada vez más honda y efectiva entre la pastoral de la salud y las otras pastorales de la comunidad: familiar, de juventud, litúrgica, catequética, caritativa...

> "Las parroquias han de ser comunidades que prolongan la actividad de Jesús con los enfermos y sus familias"
>
> "El hospital es hoy un lugar clave para la evangelización"

Propuesta n.º 5

El *hospital* es hoy un lugar clave para la evangelización, pues por él pasan, antes o después, tanto los fieles como los alejados e increyentes; en él hay una feligresía permanente –el personal sanitario, con sus necesidades pastorales específicas– y se trata de una entidad científica, educativa y ética de primer orden.

Por lo cual proponemos.

- Que se dote a los Servicios de Asistencia Religiosa Católica de presbíteros idóneos y se promueva, con empeño y prudencia, la figura de la *persona idónea.*
- Que se urja y facilite la formación inicial y permanente –de los capellanes y personas idóneas– y se les anime y apoye en el desempeño de la misión encomendada.
- Que se estudie la consideración del hospital como una parroquia *sui generis.*

Propuesta n.º 6

«Nos duele la marginación asistencial y social, entre nosotros, de algunos colectivos de enfermos y los gravísimos problemas de salud que padecen los países del tercer mundo»[12]. Son los enfermos más necesitados y desasistidos[13] los primeros que han de escuchar la Buena Noticia de Dios.

Por eso proponemos:

- Que la pastoral de la salud ayude a la Iglesia a ocuparse de los enfermos más desasistidos, la impulse a defenderlos y a comprometerse en su asistencia.
- Que se promueva, desde la cúpula de las Iglesias diocesanas, una mayor compenetración y colaboración entre las delegaciones relacionadas con estos enfermos –Cáritas, Pastoral de la Salud, Pastoral Penitenciaria y otras– manteniendo el carácter propio de cada una de ellas.

12. Mensaje final del Congreso Iglesia y Salud, en *Congreso Iglesia y Salud,* Edice 1995, pág. 445.

13. Enfermos ancianos, crónicos, mentales, terminales, de SIDA, drogodependientes.

- Que la Iglesia colabore en la creación de una nueva conciencia y de actitudes evangélicas con los enfermos más desasistidos.
- Que se intensifique la solidaridad con los enfermos más necesitados del tercer y cuarto mundo.

> "Dependemos en gran medida de la presencia de un laicado mejor formado"
>
> "Dedicar especial atención a la formación íntegra de los agentes de la acción pastoral evangelizadora"

Propuesta n.º 7

El mundo de la salud es un ámbito cuya evangelización depende en gran medida de la presencia de un *laicado* mejor formado y más comprometido.

Por eso proponemos:

- Que la Iglesia anime a los profesionales sanitarios laicos a dar testimonio evangélico en su quehacer profesional, cuide su formación y fomente su corresponsabilidad dentro de la pastoral de la salud.
- Que las Delegaciones diocesanas de pastoral de la salud implanten y desarrollen el sector pastoral de PROSAC e impulsen la Asociación de Profesionales Sanitarios Cristianos aprobada por la Conferencia Episcopal Española.
- Que la Iglesia cuide con mayor esmero a los *cuidadores* –profesionales sanitarios y voluntarios comprometidos en este sector– cuyo servicio a los enfermos les desgasta y convierte en *sanadores heridos,* a imagen del servicio de Yahvé.

Propuesta n.º 8

Los *centros sociosanitarios de la Iglesia* constituyen un lugar de testimonio del servicio evangelizador a los enfermos y un punto de referencia de una asistencia sanitaria inspirada por los valores evangélicos.

Por eso proponemos:

- Que los centros se distingan por su servicio incondicional a la vida, la asistencia integral al enfermo, la atención preferencial a los más desfavorecidos, la preocupación ética por los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, y por el cuidado del personal que trabaja en ellos.
- Que la Iglesia diocesana reconozca la labor evangelizadora que realiza mediante sus instituciones sociosanitarias, la apoye y la fomente.
- Que las instituciones sociosanitarias de la Iglesia se consideren parte integrante de la pastoral diocesana.

Propuesta n.º 9

Hemos sido *enviados como pueblo* al mundo de la salud para anunciar, celebrar y servir el Evangelio de la vida[14] y hemos de realizar esa misión, desde el don que cada uno ha recibido, en comunión con toda la Iglesia y en alianza con cuantos trabajan en el mundo sanitario. Sólo así nuestra acción es eficaz y hace transparente el rostro de la Iglesia.

Por ello proponemos:

- Que se intensifique el sentido de comunión eclesial y la coordinación de los agentes de pastoral de la salud entre sí y con el resto de la Iglesia.
- Que los organismos de pastoral de la salud –Departamento de la Conferencia Episcopal, Delegaciones diocesanas, Secretariados interdiocesanos, Federación de Religiosos Sanitarios, etc.– y sus actividades sean cauces que expresen y fortalezcan la comunión eclesial.
- Que los enfermos ocupen en el Pueblo de Dios el lugar significativo que han de tener «no simplemente como término del amor y del servicio de la Iglesia, sino como sujetos activos y responsables de la obra de evangelización y salvación»[15].

Propuesta n.º 10

Dedicar especial atención a la *formación integral de los agentes* de la acción pastoral evangelizadora es uno de los objetivos centrales y comunes del Plan Pastoral de la Conferencia Episcopal[16]. En el campo de la pastoral de la salud este objetivo es una prioridad.

Por lo cual proponemos:

- Que se dé relevancia, en los planes de formación de los seminarios[17] y de formación permanente del clero, a los contenidos teóricos y prácticos de la pastoral de la salud.
- Que se favorezca la inclusión de la misma temática en las demás instituciones docentes que dependan de la Iglesia.
- Que se apoye la creación de escuelas, centros de formación de pastoral de la salud y otras iniciativas destinadas a la preparación de agentes de pastoral.

CONCLUSIÓN

Que abiertos a la acción del Espíritu, Señor y dador de vida, experimentemos y comuniquemos la presencia entre nosotros de Cristo con su fuerza sanante y salvadora.

Y como María, estrella de la evangelización, acojamos, celebremos y demos testimonio de Jesucristo, Evangelio de la vida.

Departamento de Pastoral de la Salud
Comisión Episcopal de Pastoral

14. Juan Pablo II, Encíclica *Evangelium vitae,* n.º 78 y ss.
15. Juan Pablo II, Ch L 54.
16. Plan Pastoral para la Conferencia Episcopal Española (1994-1997), pág. 29.
17. Juan Pablo II: «La función formativa de la pastoral sanitaria en los candidatos al sacerdocio es para ellos una auténtica escuela de vida y medio seguro de madurez personal, pues se inspira directamente en el ejemplo de Cristo Médico» Discurso a la Asamblea Plenaria del Pontificio Consejo para la pastoral de los Agentes Sanitarios, Roma 9/2/90.

5. LOS DILEMAS ÉTICOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA*

Omar França Tarragó
Profesor de Psicoética en la Facultad de Psicología de la Universidad Católica del Uruguay

Con el presente artículo, el autor nos introduce en la reflexión ética dentro de un campo tan delicado como el de la actuación terapéutica desde la psicología. Delicado por cuanto resulta un terreno de máximo acercamiento a lo que representa el centro de la persona, su capacidad de decisión, el ejercicio de la responsabilidad, el santuario de su intimidad.

La Psicoética es una temática de interés creciente en numerosos países. En una investigación hecha hace 13 años en los Estados Unidos de América (Tymchuk 1982), se encontró que el 37 % de los psicólogos graduados ya habían tenido cursos de ética profesional como parte de su formación psicológica. Simultáneamente, se comprobó que alrededor del 60 % de los psicólogos de aquél país consideraba que no tenía –entonces– suficiente formación en Psicoética de acuerdo a lo que necesitaba (Corey, 1984, 3) y casi un 90 % estimaba necesario que se incorporara a la formación de los estudiantes de psicología, cursos sistemáticos de Ética de la práctica psicológica.

En el momento presente se percibe, pues, una clara distinción entre el nivel técnico y el nivel ético en toda práctica profesional y, en concreto, en la práctica de la salud mental: «Es un error argumentar que las interrogantes éticas pueden ser evitadas por una correcta técnica; de la misma manera que es un error confundir lo que es básicamente un asunto de transferencia, con los asuntos éticos», afirman categóricamente los psicoanalistas británicos Holmes y Lindley (1989)[1].

Los dilemas éticos que suscita la práctica del psicólogo y del psiquiatra no son nuevos. Pero lo que sí es recente, es que se esté incluyendo la formación psicoética sistemática en los currículums normales de las facultades o departamentos de psicología y psiquiatría de las universidades de los países de América del Norte y de Iberoamérica[2]. En los Estados Unidos de América hace ya más de 15 años que la American Psychological Association (APA 1978) estableció en sus «Criteria for Accreditation of Doctoral Training Programs and Internships in Professional Psychology» que se formaran «en los patrones científicos y en ética profesional a todos los estudiantes de los programas de doctorado en Psicología».

Ya son numerosos los libros de texto de Psicoética que se han publicado como material de estudio y reflexión para los estudiantes de pregrado en psicología, al menos, en los Estados Unidos. La Psychological Abstract, de la American Psychological Association –quizá la bibliografía más importante del mundo en cuanto a psicología se refiere– tiene una entrada especial para la Ética Psicológica o Psicótica. Son cada vez más las revistas especializadas de Psicología y psiquiatría –del ámbito anglosajón– que publican artículos sobre el tema; de la misma manera que las revistas científicas de la medicina lo hacen con temáticas bioéticas.

En contraste con esta creciente preocupación por la Psicoética, en los Estados Unidos de América son cada vez más los *ex-pacientes* que demandan judicialmente

* El presente artículo es una reelaboración de la Conferencia pronunciada en las Jornadas de Psicoética organizadas por el Hospital Psiquiátrico de Ciempozuelos (Madrid) y la Cátedra de Bioética de la Universidad P. Comillas (Madrid) el 18 de mayo de 1995.

1. El tema de los valores es un problema de la «psicología del ego», que ha preocupado al Psicoanálisis de forma no muy entusiasta en los últimos 30 años. Desde el año 72 en que se publicó el libro de Post, S. hubo que esperar hasta 1981 para que se volviera a tocar de formar sistemática dicho tema. En cambio, desde esa fecha hasta hoy la literatura es cada vez más abundante.

2. En la Universidad Católica de Urugay, por ejemplo, hace ya 8 años que la docencia de la Psicoética conforma el currículo normal de la carrera de Psicología. Lo mismo puede decirse de la Universidad Javeriana de Bogotá, otro caso al que conozco de forma directa. En España la Universidad Comillas ha puesto esta asignatura como obligatoria en el nuevo plan de estudios.

a los psicológos y psiquiatras por causa de su mala práctica en la salud mental (Lakin, 1989).

La gran preocupación de la Psicoética es clarificar –de una forma sistemática y metódica– cuales son las ocasiones concretas de la práctica psicológica y psiquiátrica en la que se ponen en juego dilemas o valores éticos. Por otro lado busca pasar del *diagnóstico* al *tratamiento* y llegar a formular, de forma interactiva y consensuada, aquellos procedimientos adecuados para la correcta resolución de esos puntos conflictivos.

A exponer cuáles son los principales asuntos que aborda la Psicoética –como parte de un gran e importante capítulo de la Bioética y de la Éica Profesional en general– se dirige el contenido del presente artículo. Sin embargo, tenga en cuenta el lector que en este caso abordaremos fundamentalmente los problemas éticos de la práctica clínica. No ignoramos que el profesional de la psicología también desarrolla su labor en organizaciones de diverso tipo (educacionales, empresariales, policiales, etc.) que también suscitan una serie de problemas éticos. Pero no podemos ocuparnos de ellos en esta ocasión.

PRINCIPALES DILEMAS PSICOÉTICOS, COMUNES A LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA

Sin pretender ser exhaustivos, podríamos agrupar los diversos tipos de problemas psico-éticos en los siguientes rubros:

La implicación ética de la estructuración *técnica* de la relación

El dogmatismo escolástico. Nos referimos a la actitud del psicólogo o psiquiatra que da por supuesto que su propia orientación o escuela psicológica es la capaz de responder ópticamente a todos los problemas planteados por los pacientes. Con ese presupuesto *dogmático,* el profesional de la salud mental puede embretar a los pacientes en un carril determinado, sin ser capaz de derivarlos a profesionales que, por su propia orientación psicoterapéutica, podrían estar en mejores condiciones de ayudar al problema particular que presenta el paciente. Esto tiene que ver directamente con los problemas éticos de la capacitación teórica y práctica que hayan recibido en las Escuelas respectivas, tanto el psicólogo como el psiquiatra.

La actitud de imprudencia temeraria, es la del psicólogo o psiquiatra que acepta tratar a un paciente utilizando procedimientos o dinámicas terapéuticas que él no está capacitado para emplear. Presionados algunas veces por intereses económicos o de prestigio personal ciertos profesionales se exceden de los niveles de competencia personal, con el consiguiente riesgo de perjudicar al paciente. Esto tiene relación con la responsabilidad de la sociedad –a través de su sistema legal y control ético-social– de establecer las exigencias mínimas necesarias para asegurar efectivamente la capacitación permanente del profesional, una vez que éste adquiere el título que lo habilita para ejercer como tal en la sociedad.

Si el «dogmatismo escolástico» tiene que ver con la orientación teórica básica recibida por el profesional, la «imprudencia temeraria» se relaciona más con una actitud permanente y subjetiva del propio profesional cuando enfoca su práctica concreta. Pero tanto respecto a uno como a otro problema, la sociedad –ya sea a través de los organismos oficiales o de las organizaciones de profesionales– debe estar permanentemente alerta para evitar los problemas éticos que se pueden derivar de una u otra actitud, en perjuicio del bienestar mental de los ciudadanos.

Aspectos éticos de la estructuración *ética* de la relación

El imperativo de la veracidad. Se trata, sin lugar a dudas, de uno de los presupuestos éticos esenciales y básicos de toda *correcta* relación entre un profesional de la salud mental y una persona. Sin embargo, hay ciertas técnicas terapéuticas que recurren al engaño para alcanzar determinados propósitos en el paciente. Se basan en el hecho de que si se le dice al individuo el objetivo de una determinada técnica imprescindible para el cambio terapéutico, se invalida su eficacia. No obstante, la introducción de la *falsedad* en la relación, abre un gran interrogante con respecto a cuáles son los límites máximos aceptables éticamente. La dinámica de que el fin terapéutico justifica determinados medios –en este caso, la mentira– puede ser muy peligroso. No queremos cuestionar radicalmente los procedimientos *engañosos,* pero consideramos que tienen que estar específicamente justificados desde el punto de vista ético, a través de ese proceso tan imprescindible que es la confrontación con los colegas; aunque éste no sea el único modo de control social posible.

El consentimiento informado. ¿Debe el psicólogo o psiquiatra solicitar el consentimiento válido cuando inicia una terapia de tipo psicológico o psiquiátrico? ¿En qué consiste? ¿Cuáles son sus condiciones? ¿Cuál es el mínimo necesario que se debe exigir para hacerlo? Si hemos afirmado antes el imperativo ético de que toda relación psicológica o psiquiátrica debe estar basada radicalmente en la verdad es porque consideramos un derecho del paciente el decidir válidamente sobre lo que a él le compete sin perjudicar a otros. La forma como una persona es *informada* con respecto a las posibilidades, expectativas y molestias que puede aca-rrear el hecho de iniciar una relación psicológica determinada es esencial desde el punto de vista ético. Esto se debe a que en psicología y psiquiatría, a diferencia de las demás relaciones profesionales, la capa-

cidad de un individuo para decidir válidamente sobre sí mismo puede estar ausente o muy limitada. A su vez, la recuperación de la capacidad de decisión es algo progresivo y dinámico que no aparece de un momento para otro, sino como consecuencia del mismo proceso terapéutico. De ahí que el imperativo ético de lograr el consentimiento sea siempre un deber *prima fascie,* es decir, *en principio,* siempre y cuando el individuo esté en condiciones de hacerlo. Este horizonte debe estar siempre presente en la relación y el profesional debe estar permanentemente atento a no prolongar un paternalismo que dé por supuesto una incapacidad de decisión que ya ha dejado de ser tal a lo largo de un proceso de tratamiento.

Podría objetarse que un porcentaje significativo de personas consultantes no tienen la capacidad de decisión válida, precisamente por su problemática psicológica o psiquiátrica. Incluso muchos enfermos mentales nunca tendrán ya esa capacidad para la decisión informada. Es obvio, sin embargo, que la solución para estas circunstancias no es pensar que el profesional no debe buscar el consentimiento válido de la persona implicada en la relación sino que el Consentimiento debe ser dado por la familia o el representante legal del paciente. Es lo que se ha dado en llamar el Consentimiento Válido Sustituto. Pero en todo caso, este derecho a tomar la decisión sigue siendo uno de los imperativos más básicos de la Psicoética.

La confidencialidad o secreto profesional. Es un tema muy obvio como deber ético del profesional. Sin embargo no siempre es cumplido de la misma manera que se entiende su imperatividad ética. La revelación de datos que pertenecen al paciente, sin su autorización, puede hacerse de forma accidental o intencional. Es importante que el paciente sepa que sus datos serán confrontados con el supervisor terapéutico –en caso de que sea necesario– y por eso, al empezar la relación, deberá dar su consentimiento en ese sentido. Pero aparte de esta necesidad de tipo *técnica* la confidencialidad de los datos del paciente no siempre es custodiada como debería hacerse. Los comentarios que se hacen a colegas –sin un propósito que tenga directo beneficio en la terapia de un determinado cliente–, sólo es una de las tantas maneras en que el derecho a la confidencialidad es vulnerado.

Las consecuencias éticamente problemáticas de la relación

El riesgo de manipulación. El límite justificable entre el continuo de «respeto→orientación→persuasión→orientación» y «dirección→sugestión→coacción→imposición», no siempre es claro; especialmente para algunas técnicas psicoterapéuticas. El riesgo de manipulación del paciente está en el centro del problema ético de la práctica psicológica y psiquiátrica. Entre las distintas posibilidades de llevar a cabo esta conducta no ética, destacamos las siguientes:

La imposición de valores personales. Hay un continuo en las diversas posibilidades de hacerse: desde la actitud del psicoterapeuta que está centrado en sí mismo de tal manera que se hace incapaz de velar por el verdadero interés de su paciente, hasta la búsqueda más o menos consciente de influir en el mundo de valores y filosofía de vida de la persona. En ese sentido es destacable que la metodología empleada por algunas psicoterapias ofrece particulares riesgos de vulnerar la libertad de las personas, si el psicólogo no se sitúa de forma alerta ante esa posibilidad. La imposición de valores puede tener que ver con los roles y estereotipos sexuales en la pareja, con el ideal de familia, con los valores políticos, religiosos, laborales, o étnicos. Quisiéramos destacar en particular la imposición de valores relacionados con el aspecto religioso de la vida. Esto se puede dar –por ejemplo– cuando el profesional (que se confiesa ateo) atiende un paciente (considerado creyente) que consulta por una problemática de tipo religioso. También podría darse en los casos en los que, en nombre de una religión supuestamente *sana,* se quiere *liberar* a un individu determinado, de su pertenencia a una *secta.* Se han descubierto acciones organizadas de «lavado de cerebro» con esos objetivos y se han denunciado intervenciones de profesionales de la psicología en ese sentido.

La explotación económica. Puede darse cuando la relación psicológica o psiquiátrica se continúa sin un beneficio claro para el paciente, porque hay un interés pecuniario por parte del profesional de no perderlo como cliente. En otras ocasiones el resintirse a romper la relación no se debe al interés económico sino a los dinamismos psicoafectivos del psicólogo o psiquiatra que se niega a aceptar que el paciente ya no necesite de él.

Relaciones extraterapéuticas. Es el tema de si la relación humana entre el psicólogo o psiquiatra y la persona, fuera del contexto terapéutico, es conveniente o inadecuada. El asunto tiene un amplio espectro y va, desde los contacto triviales del profesional que se encuentra compartiendo con su paciente un mismo ámbito social, hasta la relación erótica genital. Mucho se ha escrito sobre el punto pero sigue siendo un tema que suscita muchos interrogantes éticos. Dentro del mismo rubro de problemas podemos situar el referido al grado de intimidad que un terapeuta puede compartir con su paciente. Algunas escuelas o corrientes psicológicas y psiquiátricas son decididamente contrarios a que la relación terapéutica sea bilateral y que el profesional comparta asuntos de su propia intimidad con su paciente. En cambio, otras corrientes son favorables y lo consideran un ingrediente necesario para el proceso terapéutico. Es un tema abierto y complejo que suscita muchos interrogantes éticos que merecerían ser abordados de forma más sistemática.

Asuntos éticos relacionados con determinados grupos humanos. Es un problema que recorre horizontalmente toda la práctica psicológica y psiquiátrica, pero al que sólo vamos a aludir sin entrar en él. Nos referimos a la atención psicológica o psiquiátrica a niños, adolescentes, ancianos y enfermos mentales crónicos. En relación con todos estos pacientes, hay terceros implicados que son los padres (en el caso de los niños, adolescentes y enfermos mentales crónicos) y los hijos

(en el caso de ancianos). ¿Debe el psicólogo o psiquiatra ser fiel al adolescente o a sus padres, al anciano o a sus hijos? ¿Cuánto dar por hecho que tiene que haber autonomía completa de parte de un paciente dado (por ej., un adolescente de 14 años) respecto a los terceros presumiblemente involucrados con su vida?

Aspectos éticos relacionados con la investigación en psicología y psiquiatría. La experimentación clínica es un viejo asunto en la historia de la medicina; pero aquí nos referimos a la investigación del psiquismo humano. Tratándose de ensayos clínicos con psicofármacos, existen legislaciones que regulan ópticamente los diversos problemas éticos implicados en ella. Sin embargo, la ética de la investigación propiamente psicológica con seres humanos merece una ponderación exhaustiva que todavía está por hacer.

Aspectos éticos relacionados con la psiquiatría y psicología forense (o jurídica). Tanto el psicólogo como psiquiatra tienen un gran poder de estigmatización legal de los ciudadanos. Un peritaje hecho por un profesional de la salud mental puede marcar la diferencia entre alguien que vaya a la cárcel y quien sea internado –de por vida– en un hospital psiquiátrico. La palabra de *perito* del profesional de la salud mental puede hacer que un juez decida dar la tutoría de un hijo de pareja separada al padre, en lugar de dárselo a su madre. Y así sucesivamente. Los riesgos de perjudicar en este ámbito son muy notables.

ALGUNOS PROBLEMAS ÉTICOS PROPIOS DEL PSIQUIATRA

Mencionaremos sólo tres de forma particular:

A) ***La adecuada información sobre los trastornos secundarios de la psicofarmacología.*** Descartando las situaciones en que se halla una emergencia psiquiátrica es de decisiva importancia ética la información que se pueda dar a los pacientes respecto a ciertos fenómenos secundarios: el síndrome parquinsoniano, la acatisia, la toxicidad conductal y las distonías. Y entre éstas, la más preocupante de todas es la discinesia tardía irreversible. Si bien hay cuadros psiquiátricos cuyos síntomas son infinitamente más molestos que estos trastornos secundarios que acabamos de mencionar, hay casos en que la sintomatología de los pacientes es leve y que una medicación psicofarmacológica merecería un sopesamiento pormenorizado y personalizado que, si no se hace, podría tener consecuencias catastróficas sobre el futuro bienestar mental y social de las personas. Pacientes cuyas actividades consistan en pintar o maniobrar con movimientos finos de los miembros podrían quedar definitivamente imposibilitados si, ante un cuadro psiquiátrico, se les aplica la psicofarmacología sin pensar otras alternativas terapéuticas.

B) Lo mismo podría decirse respecto a las ***otras dos grandes terapias orgánicas*** que pueden ser usadas en psiquiatría: la ***Terapia electroconvulsiva y la psicocirugía.*** En ambos casos debería informarse –si no al paciente, a su representante legal– sobre los siguientes puntos:

- Razones de por qué, en un determinado paciente, está indicada alguna de estas terapias.
- Posibles riesgos de su aplicación en el corto, mediano y largo plazo.
- Posibles riesgos de perjuicios de su no aplicación en condiciones óptimas, en el corto, mediano y largo plazo.
- Descripción de la técnica de aplicación en condiciones óptimas y de la técnica tal como se aplica en el lugar concreto.

C) Problemas éticos relacionados con la ***internación del enfermo mental crónico.*** Aquí se dan una serie de dilemas que van, desde la misma decisión de internar compulsivamente al paciente, hasta la forma de trato que se le dé dentro de una institución de internación permanente. En particular destacamos:

- Los problemas éticos relacionados con la elección de las diversas alternativas que existen para la continuidad asistencial del enfermo mental crónico.
- Los problemas relacionados con la internación institucional crónica.

ASPECTOS ÉTICOS MÁS PROPIOS DE LA PRÁCTICA PSICOLÓGICA (INDIVIDUAL Y ORGANIZACIONAL)

¿Eficacia comprobada de algunas psicoterapias?

El primer problema ético que se podría suscitar con la práctica de algunas psicoterapias es con respecto a su real eficacia y a si compensa la disposición de tiempo, esfuerzo y dinero que implica su empleo. Pero hoy en día la efectividad –en general– de las psicoterapias (no me refiero a ninguna en particular), parece estar bien establecida (Holmes y Lindey, 34). El célebre trabajo de meta-análisis de Smith & Glass (1980) en el que se muestra que el promedio de eficacia del conjunto de las psicoterapias es, al menos, de un 70 % (contra un 30 % de los pacientes que mejoran espontáneamente), parece ponerlo rotundamente en evidencia. Esto no quiere decir que no haya que hacer un seguimiento permanente del grado de eficacia que pueda tener cada una de las terapias psicológicas tomadas individualmente. Siendo un problema muy difícil de resolver de ninguna manera es neutro desde el punto de vista ético.

¿Qué metas y objetivos se proponen algunas psicoterapias?

Es obvio que no cualquier meta u objetivo buscado por un paciente es aceptable éticamente y digno de respetarse por parte del psicoterapeuta. Sin duda, a ningún psicólogo se le ocurriría justificar que la meta buscada por un paciente que quiere vencer su inhibición para animarse a matar a su cónyuge, fuese aceptable éticamente o un objetivo psicológico a alcanzar. Ojalá nadie dudara que es ilícito ayudar a un torturador que consulta para que el psicólogo le ayude a sobrellevar la *angustia* que le genera el tener que *interrogar vigorosamente* a sus internados o a matar mejor a sus enemigos. Pero, independientemente de que pueda decirse que esos casos «jamás se presentan en la realidad»[3] (¿¡?), son ejemplos que nos sirven para llamar la atención sobre el hecho de que no toda meta u objetivo terapéutico planteado por un paciente o un psicólgo, es de por sí justificable para una ética racional cuyos valores éticos básicos estén basados en la Declaración de los Derechos Humanos. Algunos dirían sin dudar, que el único objetivo que justifica la existencia de la psicoterapia es el intento de que el paciente recupere su autonomía de opción. Pero es evidente que este objetivo terapéutico ya es, de por sí, una toma de postura ética de larga tradición en filosofía. Cuando los psicólogos o psiquiatras enfocan todo su esfuerzo con el fin de que el individuo se vuelva responsable de él mismo y se haga cargo de que es el juez de su propio yo, están haciendo de la terapia una *ética aplicada.* Y aunque pensemos que dicha *meta técnica* sea la única *admisible* es innegable que se trata de una opción ética admitida normalmente como correcta por la profusión. En consecuencia, todas las psicoterapias –en un sentido o en otro– tienen una ética que, de hecho, se aplica, son «fundamentalmente métodos de implantación de una ética u otra» (Breggin, 1975).

¿La concepción de «lo sano» es neutra éticamente?

La psicología es una ciencia que no es nuetra desde el punto de vista antropológico. Las diversas ocasiones en las que el psicólogo toma postura frente a lo que es *normal* o *anormal, sano* o *enfermo,* implican concepciones no meramente *científicas* de lo que *es* el ser *humano* para llevar –implícitamente– un *deber ser,* con claras implicaciones de tipo ético. En este sentido es que Breggin piensa que «toda forma de terapia implementará una visión utópica del ser humano y sus relaciones con la sociedad y el estado».

Sin embargo, no todas las escuelas de psicoterapias o psicoterapeutas coinciden en lo anterior ya que se preguntan: ¿Existe la libertad o la autonomía, o son apenas *fantasías?;* ¿es posible y realista buscar que un individuo recupere su autonomía para decidir su propio mundo de valeroso lo único que se debería pretender es facilitarle la adaptación sintónica a aquellos determinismos que él reconoce como propios?

Sea que se considere que no es posible buscar nunca la autonomía del paciente o sea que se considere que esa meta es el único objetivo posible que una psicoterapia puede aspirar, es ineludible que, en un caso o en el otro, nos estamos introduciendo en el terreno ético y tomando posturas que van mucho más allá que lo meramente *científico* y *técnico.*

¿Cuando una praxis psicológica se vuelve «malapráctica»?

La inmensa mayoría de los psicólogos son profesionales competentes, responsables e implicados con la tarea de ayudar al paciente a que encuentre su propio camino de vida, libre de toda traba psicoemocional. Sin embargo, las psicoterapias pueden ser usadas de forma perjudicial para los pacientes. Numerosos autores lo han señalado repetidamente (Mays, 1985). La mala praxis no es rara en la práctica profesional. Pero con frecuencia creemos que son los miembros de otras profesiones los que hacen las cosas incorrectas mientras escuchamos de los colegas, las cosas positivas que hacen y sus éxitos terapéuticos en beneficio de sus pacientes. Por el contrario, sobre los errores hay una especie de «velo de silencio». La incompetencia, sin embargo, no es extraña; y quienes sufren las consecuencias suelen ser los pacientes que consultan desde su desconsuelo, su conflicto, o su desconcierto.

¿Un narcisismo éticamente irresponsable?

En todas las sociedades hay una minoría de psicólogos que no se sienten implicados por atenerse fielmente a los mínimos éticos comunes requeridos por los códigos de ética de los Colegios respectivos. Estos profesionales (a los que llamaremos psicólogos-B) se sienten comprometidos fundamentalmente con sus propios intereses. Un sentido de lealtad profesional mal entendida podría llevarnos a pensar que las conductas éticamente irresponsables de los Psicólogos B se arreglarán por sí solas «según las leyes del mercado». Con esto se hace referencia a que los pacientes, luego de haber sido perjudicados una y otra vez por los *psicólogos B,* recurrrirán a los profesionales *A* –y seguirán atendiéndose con éstos– mientras que los malos profesionales se quedarán sin clientes. Pero hay varios motivos para pensar que esto no será necesariamente así. En primer lugar porque los psicólogos *B* seguirán

3. La participación –aunque excepcional– de los profesionales de la psicología en el maltrato o manipulación de prisioneros políticos, ha sido denunciado en países donde hay regímenes autoritarios.

perjudicando individualmente a los pacientes que ingenuamente recurran a ellos; y seguirán consiguiendo pacientes sin que nadie se los derive. Pero, en segundo lugar, sucede que la impericia, negligencia o conductas éticamente improcedentes, son notorias sólo en un muy bajo porcentaje de casos: aquellos más graves. En la mayoría de las ocasiones, las conductas éticamente cuestionables de los B-psicólogos no pueden ser conocidas por los demás colegas porque:

- El-la psicólogo-a B no se supervisa, y por tanto ni siquiera un A-psicólogo podría darse cuenta de su forma de proceder.
- Los B-psicólogos nunca toman apuntes de sus propias entrevistas ni registran magnetofónicamente lo que hablan con el paciente; de manera que, ni el paciente ni ningún otro colega, podría saber –a posteriori– cómo han sido sus intervenciones, en caso de querer evaluarlas.
- Si el paciente protesta porque no progresa, los psicólogos B explican ese hecho atribuyéndolo a la *resistencia* del paciente; o los acusan de que no se esfuerzan suficientemente; o de que su ambiente está incidiendo de tal manera que invalida lo que él intenta hacer como psicoterapeuta.
- El-la psicólogo-a B atiende a sus pacientes a lo largo de un período de tiempo prolongado, de forma tal, que siempre es posible afirmar que la persona está en «un proceso de mejoramiento»; y que los *aparentes* deterioros no son más que «parte ineludible del proceso de recuperación». El paciente encuentra entonces, una explicación coherente, y los demás colegas, en caso de conocer al paciente, también encuentran lógica esa explicación del psicólogo B.
- El psicólogo B crea una *dependencia* afectiva con el paciente, de manera que éste nunca llega a ser consciente de un posible estancamiento del proceso terapéutico, ya que se siente cómodo y gratificado en la relación entablada con un psicólogo B.
- Los psicólogos B insisten en que el cliente ya ha cambiado, pero que todavía no es suficientemente lúcido como para darse cuenta de ello, y por eso manifiesta insatisfacción con relación terapéutica.

El psicólogo que no trabaja en la clínica individual

El poco espacio que dedicaremos a este rubro de problemas éticos no es –ni mucho menos– indicio de la importancia actual que esta área de trabajo del psicólogo tiene ya (y que continuará adquiriendo en el futuro). Las instituciones educativas, las empresariales o laborales y otras de muy diverso orden (como los ámbitos militares, de inteligencia policial, del tráfico, y un largo etcétera) son algunos de los *nuevos* sectores laborales donde el profesional del hecho psíquico actúa y «da orientaciones». La conducta profesional que pueda tener un psicólogo en relación con los niños y adolescentes de los centros educativos, los trabajadores de una empresa, o los miembros de un ejército está, sin lugar, a dudas, preñado de dilemas éticos de gran importancia.

¿Qué demandas judiciales se avisoran en el horizonte?

Pese a que, como acabamos de decir, no es fácil que la malapraxis *menuda* –aquella que es disimulada cotidianamente por los psicólogos B–, salga a la luz, se ha pronosticado (Lakin, 1988, 137) –teniendo en cuenta la experiencia de la American Psychological Association– que las demandas legales que se hagan contra los psicólogos en el futuro serán motivadas, fundamentalmente por las siguientes causas:

- Por **engaño** o porque el paciente considera que no fue suficientemente informado de las posibles consecuencias de la aplicación de una psicoterapia, antes de dar su consentimiento al inicio a la relación.
- Por **negligencia:** *a)* En la aplicación correcta de las psicoterapias de clínica individual y grupal; *b)* Al no haber recomendado el empleo de determinados tratamientos de corta duración (o por no derivar al paciente al psicólogo correspondiente) en los casos de que dichos tratamientos fuesen los indicados para la problemática concreta del paciente afectado.
- Por **impericia:** *a)* Al haber empleado tratamientos psicológicos ordinarios, pero de manera inefectiva; *b)* Al haber aplicado mal determinadas técnicas específicas (como el biofeedback, terapias de grupos, terapias familiares, etc.) que hayan tenido como consecuencia que los pacientes experimenten complicaciones emocionales no previamente informadas; *c)* Al haber aplicado procedimientos supuestamente perjudiciales cuando se trataba de niños o incompetentes.
- Por **imprudencia temeraria** al no haber derivado a los pacientes depresivos al psiquiatra y haberlos tratado sólo con psicoterapias verbales.
- Por **manipulación o explotación:** *a)* A causa de «influencias indebidas» llevadas a cabo por los psicólogos que han atendido, por ejemplo, a ancianos; *b)* A causa de explotación económica, como podría ser el caso del paciente que ha sido inducido a participar de ciertas terapias o metodologías terapéuticas, y luego se comprueba que éstas no seran las indicadas para su necesidad específica sino motivadas por los intereses económicos del psicólogo; *c)* A causa de manipulación sexual.

COMENTARIOS FINALES

Hemos pretendido mostrar un panorama de cuáles son los principales dilemas, problemas o incertidumbres éticas que surgen en la práctica psicológica y psiquiátrica. A la luz de los valores y principios éticos,

Los Buenos Gustos

DANONE

hemos intentado observar e interrogar esos dilemas de la práctica de una forma metódica y sistemática. La Psicoética –que indudablemente es una disciplina interdisciplinar con un pie sobre lo impírico y otro sobre lo teórico– intenta, primero que nada, clarificar los dilemas éticos de la práctica concreta, y luego, trata de encontrar, a través del diálogo interdisciplinar entre la psicología y la ética, posibles vías o criterios operativos que construyan una relación psicológica *correcta* y *justa* con las personas que acuden a los servicios de los profesionales.

El valor ético por excelencia para la Psicoética es dignificar a la persona humana. Esto significa intentar garantizar que toda la práctica psicológica y psiquiátrica tome al individuo siempre como fin y nunca como medio. Por consiguiente, implica la búsqueda –con los medios técnicos que disponen los profesionales de la salud mental– del perfeccionamiento de las notas de excelencia de toda Persona: la conciencia, la libertad y la comunitariedad (o capacidad de convivir con los demás). Para esta búsqueda, la psicoética utiliza como método a la razón ética intercomunicativa o deliberativa, que en un proceso dialéctico y pluralista vaya encontrando interdisciplinariamente los consensos mínimos para la práctica profesional. Esto significa la indagación de aquellos criterios éticos que converjan en el sentido de poner en práctica los «Valores éticos fundamentales», que todos conocemos con el nombre de «Declaración Universal de los Derechos del Hombre», pero en un ámbito concreto de actividad profesional: la psicológica y psiquiátrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APA COUNCIL OF REPRESENTATIVES: *Criteria for accreditation of doctoral training programs and internship in professional psychology.* Washington DC APA 1978.

AMERICAN PSYCHOANALYTIC ASSOCIATION: *Value Judgment in Psychoanalytic Theory.* Fall neeting of the Am. Psy. an. Ass. Diciembre, 1981. Psycho. An. Quar. 3:4 (1983).

BREGIN, P.: *Psychiatry and Psychotherapy as Political Processes.* Am. J. of Psych. 29 (1975) 369-382.

– *Psychoterapy as applied ethics.* Psychiatry 34 (1971).

COREY, G., SCHNEIDER, M. y CALANAN, P.: *Issues & Ethics in the helping professions Monterey.* California 1984 Brooks/Cole Publ. Co.

FRANÇA, O.: *Introducción a la Psicoética.* Montevideo 1994 (inédito).

HOLMES, R. y LINDLEY, R.: *The values of Psychotherapy.* Oxford: Oxford Univ. Pres. 1989.

LAKIN, M.: *Ethical issues in the Psychotherapies.* Oxford 1988, Oxford Univ. Press.

MCLEAN. H.: *Psychoanalysis as concerned with the problem of values.* En: MASSERMAN, J. H.: *Psychoanalysis and human values,* Grune & Stratton, New York 1960.

MAYS, D. T. y FRANK, C. M.: *Negative otucome in Psychotherapy and what to do about it New York.* Springer 1985.

POST, S.: *Moral values and the superego concept in Psychoanalysis.* New York Int. Un. Press. 1972.

SMITH, G. V. GLASS: *The benefits of Psychotherapy.* Baltimore: Johns Hopkins, Univ. Press. 1980.

TYMCHUK, A. J. y otros: *Ethical decision making and psychologists' attitudes toward training in ethics.* Professional Psychology 13: 3 (1982) 412-421.

6. PROBLEMAS OBSTÉTRICOS Y ÉTICOS EN TORNO AL INICIO DE LA VIDA HUMANA

Las noticias transmitidas por la prensa este verano, que afectan a situaciones y conductas que comprometen la vida humana en sus comienzos, han influido en este conjunto de artículos que publica LABOR HOSPITALARIA. Al margen de lo que pueda suceder al embarazo de octillizos de Mandy Allwood[1] hemos querido investigar los aspectos científicos de los embarazos múltiples y su repercusión en la salud de la madre y las probabilidades de supervivencia fetal.

La doctora M.ª Pilar Núñez tenía preparado desde el mes de julio de 1995 una exhaustiva revisión bibliográfica a este problema en el que apunta claramente la distinción entre el aborto selectivo de un feto por razones de malformación y la conducta de reducción embrionaria para salvar con cierta probabilidad el mayor número de vidas posibles. El problema de fondo, sin embargo, es el aspecto ético de la fecundación *in vitro* y el del criterio de número de embriones que deben implantarse. Agradecemos a la doctora M.ª Pilar Núñez haya accedido a publicar en LABOR HOSPITALARIA su artículo de gran rigor científico.

Las posibilidades diagnósticas que ofrece el diagnóstico prenatal y las dudas que se ofrecen al obstetra católico sobre cuál ha de ser su conducta ante casos obstétricos límite quedan vivamente reflejadas en el testimonio del doctor Michel Chartier, católico practicante, ex-jefe del servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Nôtre-Dame de Bons Secours. Nos preguntamos si la barrera que cruzó el doctor Chartier al autorizar un primer aborto en un hospital católico, en una paciente insulino-dependiente le llevó a disminuir el aprecio a la vida humana o por el contrario le obligó a radicalizar sus exigencias profesionales como obstetra católico comprometido. Nos preguntamos también cuántos obstetras se enfrentan hoy a los mismos dilemas y también sobre la decisión de conciencia cuando surgen conflictos de valores vitales y espirituales. Supuesto que la ética humana ha de articularse necesariamente sobre la realidad personal y no sobre unos principios abstractos, por muy objetivos y verdaderos que sean, existen casos en los que un médico católico puede sentirse obligado en conciencia a hacer una excepción a la regla. Su ejemplo, de todas maneras, puede llevarnos al respeto profesional mientras para muchos existen fundadas reservas respecto a la decisión y al proceso seguido para llegar a la misma.

Francesc Abel analiza en una ponencia algunos casos límites para los que apoya la profundización del principio del aborto indirecto, del correcto uso de la epiqueya y de la urgencia de promover el diálogo entre teólogos y científicos.

La destrucción en el Reino Unido de más de tres mil cigotos humanos congelados, al llegar al término fijado por la ley de mantenimiento en este estado, ha levantado de nuevo la discusión sobre la naturaleza e identidad propia del cigoto humano y otros estados sucesivos

1. Mandy Allwood, de Gran Bretaña, divorciada, de 31 años de edad y madre de un niño, quedó embarazada de 8 fetos tras un tratamiento para estimular la ovulación. Su médico le recomendó el aborto selectivo de seis fetos para salvar a dos y proteger su salud. Un periódico le ha ofrecido 25 millones por cada niño que nazca con vida. Hoy por hoy, ha perdido los 8 fetos.

del desarrollo del ser humano, brevemente del embrión y feto. La Instrucción *Donum Vitae* firmada el 22 de febrero de 1987 por el cardenal Ratzinger y aprobada por Juan Pablo II utiliza libremente los términos cigoto, pre-embrión, embrión y feto, atribuyéndoles un idéntico significado ético. Creemos que el uso del término embrión para todos estos estados del desarrollo crea confusiones aún cuando se acepte religiosamente que el ser humano ha de ser respetado –como persona– desde el primer instante de su existencia.

Por eso al estudio de la doctora M.ª Pilar Núñez sobre reducción embrionaria; al testimonio de un prestigioso obstetra francés, doctor Michel Chartier y a la ponencia *Diagnóstico prenatal y aborto selectivo: la decisión ética* del doctor Francesc Abel[2], unimos el magnífico trabajo del padre Manuel Cuyás que fue publicado ya en esta misma revista hace unos pocos años[3]. Su renovada actualidad, su calidad y claridad, y las peticiones que recibimos de su reproducción, nos ha convencido de la conveniencia de hacer una excepción en la línea editorial y reeditarlo de nuevo.

LABOR HOSPITALARIA
al ofrecer este bloque de artículos invita a sus lectores a la reflexión.

2. Ponencia presentada en las Jornadas sobre Consejo Genético: Aspectos biomédicos e implicaciones éticas organizadas en el año 1994 en Salamanca bajo los auspicios de la Fundación Humanismo y Democracia; Fundación Konrad Adenauer y Universidad Pontificia de Comillas, Madrid; y publicada en la colección de Javier Gafo, ed. «Dilemas éticos de la medicina actual - 8», U.P.C.
3. Véase LABOR HOSPITALARIA, 12 (1990) 4, págs. 334-338.

DR. F. M. DOMÉNECH TORNÉ

DR. J. SETOAIN QUINQUER

ESTUDIS MORFOFUNCIONALS

FUNCIÓ Y MORFOLOGIA TIROÏDAL • GAMMAGRAFIA ÒSSIA • FETGE I VIES BILIARS • PULMONS: VENTILACIÓ. PERFUSIÓ I GAL·LI • MORFOLOGIA I FUNCIONALISME RENAL • CARDIOLOGIA NUCLEAR • GAMMAGRAFIA SUPRARRENAL • GAMMAGRAFIA ESPLÈNICA • FLEBOGAMMAGRAFIA • LIMFOGAMMAGRAFIA INDIRECTA • ESTUDIS DE DEGLUCIÓ • VIES LLAGRIMALS • HEMORRAGIES DIGESTIVES • DETECCIÓ DE MUCOSA GÀSTRICA ECTÒPICA • RASTREIG CORPORAL AMB ^{131}I I AMB ^{67}Ga • HISTEROSAL PINGOGAMMAGRAFIA • MARCATGES CEL·LULARS ERITRÒCITS. (LEUCÒCITS. PLAQUETES).

DENSITOMETRIA ÒSSIA

DETERMINACIÓ DEL CONTINGUT MINERAL DE L'OS.

LABORATORI NUCLEAR

RADIOIMMUNOANÀLISI (HORMONES, FÀRMACS, DROGUES) • MARCADORS TUMORALS • RECEPTORS HORMONALS • BIOQUIMICA.

ECOGRAFIA

ABDOMINAL • TIROÏDAL • TESTICULAR • MUSCULAR • GINECOLÒGICA • PROSTÀTICA TRANSRECTAL • PUNCIÓ ECODIRIGIDA.

TERAPÈUTICA

TERAPIA METABÓLICA • ARTICULAR • BETATERAPIA OFTÀLMICA • CURITERAPIA INTERSTICIAL (^{192}Ir).

C. Londres n.º 6, D9 - Tel. 322 10 12 - Fax 410 87 74 - 08029 BARCELONA

6.1 DIGNIDAD DE LA PERSONA Y ESTATUTO DEL EMBRIÓN HUMANO*

Manuel Cuyás, S. J.

Se analizan críticamente diversas posiciones que buscan el estatuto del embrión en la respuesta a la cuestión del cuándo empieza a existir la persona humana. El autor considera que el problema queda así mal planteado y no tiene solución. Y que sólo el planteamiento ético puede plantear una respuesta coherente. Dada la incertidumbre de que la entidad biológica humana entrañe ya desde su inicio la dignidad personal, elige otorgar el beneficio de la duda a la protección del nuevo ser.

EL RESPETO A LA VIDA HUMANA COMO IMPERATIVO ÉTICO: FUNDAMENTACIONES BÍBLICA Y ÉTICA

El imperativo ético de respetar la vida humana personal es reconocido como principio básico indispensable para la vida en sociedad. Las personalidades de nuestro siglo en las que la humanidad se siente universalmente mejor representada desde el punto de vista civil (Bertrand Russell, Martin Luther King...) religioso (Mahatma Ghandi, Albert Schweitzer...) se han mostrado particularmente sensibles al proclamar su exigencia. La discusión versa exclusivamente sobre su fundamento o sobre los presupuestos de su vigencia.

Desde la teología y a la luz de la Biblia, la creación del hombre y de la mujer a imagen de Dios (Gn 1,27) les otorga una dignidad indiscutible, corroborada por el hecho de que el Creador reivindique para sí el tutelar su vida (Gn 4,9-15; 9,5; ,...), proclame una relación personal con cada uno (Is 43,1) y lo haya amado hasta hacerse Él mismo hombre en la persona del Hijo y dar su vida por él (Gal 2, 20). Entre los diez mandamientos de la ley de Dios ninguno ha sido más universalmente proclamado y aceptado que el quinto: no matarás (Ex 20,13; Dt 5,17; Mt 5,21).

Desde la filosofía y a la luz de la razón, el percibir la existencia de uno mismo como don recibido y, a la vez, como tarea a realizar mediante la prosecución autónoma y solidaria del propio destino, implica el imperativo ético fundamental de conservar la vida propia y de respetar la ajena como condición indispensable para el cumplimiento del deber percibido, llámesele «realización de sí mismo», «logro de la perfección», «consecución de algo trascendente vislumbrado o creído», etc.

DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS E INSTRUCCIÓN «DONUM VITAE»

Las reflexiones precedentes explican que la *Declaración Universal de los Derechos Humanos,* aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, diga así: «Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros... Artículo 3. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la se-guridad de su persona». Los términos «individuo» y «persona», no menos que la referencia del artículo primero a los que nacen, eluden pronunciarse sobre la dignidad y derechos del no nacido, así como sobre la posible existencia de vida humana no individualizada o no personalizada.

De modo semejante el Tribubal Constitucional de Alemania evita definirse acerca de si la dignidad del ser humano (art. 1, par. 1) y la defensa del derecho fundamental a la vida (art. 2, par. 2) quedan suficientemente garantizados en la ley fundamental del Estado, al afirmar que «según los conocimientos biológico-fisiológicos más seguros la existencia histórica del individuo humano se da ya en cualquier caso *(jedem-falls)* a partir del día 14 después de la concepción». No excluye la posibilidad de un inicio anterior, que no sería meramente específico sino incluso individual.

La misma Iglesia católica, aunque hable de la inmediata creación del alma por Dios (Instrucción de la Congregación para la Doctrina de la Fe (22 de febrero 1987) *Donum Vitae* (D.V.) Introd. 5; AAS 80 (1988) 70-102), porque «conoce las discusiones actuales sobre el inicio de la vida del hombre, sobre la individua-

* La Cività Cattolica 1989; 14/2: 438-51.

lidad del ser humano y sobre la identidad de la persona», no quiere comprometerse «expresamente con una afirmación de naturaleza filosófica» y se limita a afirmar que «el ser humano ha de ser respetado –como persona (no afirma que lo sea ya)– desde el primer instante de su existencia» (D.V. I, 1,).

Importa mucho no suponer que el valor ético de una norma se halla necesariamente vinculado a la concepción filosófica desde la cual se ha razonado. Al margen de ella, fundamenta la Iglesia el imperativo de respetar la vida humana desde el momento de la concepción en la obligación moral cierta de no asumir irresponsablemente el riesgo de atentar contra la vida de una persona inocente. Basta que probablemente se halle ya constituida, para que no se la pueda privar del derecho fundamental a la vida. No se trata de un principio dogmático, sino ético. Lo cual no obsta para que el habitual modo de expresarse el Magisterio otorgue presunción de verdad, también objetiva, al juicio de valor propugnado, aunque esta presunción no deba extenderse ni a los presupuestos científicos subyacentes, ni a la concepción filosófica concomitante. La Instrucción citada, en continuidad con la perenne doctrina de la Iglesia, quiere ser un alegato en favor de la vida y del amor con particular referencia a los más débiles (D.V., Conclusión).

Con el inicio del ser personal están vinculados diversos problemas morales inherentes a las técnicas de reproducción asistida (porcentaje de fracasos, embriones supernumerarios), a la experimentación con embriones para diversos fines (terapia, recombinación genética, diagnóstico previo a la implantación), a la limitación de la natalidad mediante antiimplantatorios (DIU, píldora del día siguiente), etc.

ESTATUTO DEL EMBRIÓN Y PERSONA: CORPORALIDAD Y TRASCENDENCIA

La problemática aludida en el documento antes citado se plantea con rigor al reflexionar sobre el *estatuto del embrión*. Con esta expresión significamos el conjunto de derechos y obligaciones a que da lugar su relación con el mundo que le rodea. Desde el punto de vista legal equivaldría al régimen jurídico que le corresponde y se le reconoce (una concepción positivista del Derecho diría que se le otorga), dada su condición de sujeto, individuo, persona. Se trata, por consiguiente, de percibir (o establecer) cuándo empieza a darse esa condición, atribuida primordialmente a la infusión del alma, cuando se habla de animación (presupone el hilemorfismo); a la existencia propia unificada y distinta, cuando se habla de individuación; a la adquisición de una conciencia autónoma, cuando se habla de personalización; y el reconocimiento legal de un titular o sujeto de derechos en el planteamiento meramente jurídico del tema.

Se ha convertido en clásica y sigue siendo un buen punto de referencia la definición de *persona* formulada por Boecio (†524): «Persona est rationalis naturae individua substantia» *(Contra Eutichen et Nestorium,* sec. 3: persona es la substancia individual de naturaleza racional). De acuerdo con él, santo Tomás de Aquino *(Suma Theologiae* I, q. 29, a. 1 c) reivindica el término persona para la singularidad especial de los individuos racionales, los cuales «habent dominium sui actus, et non solum aguntur, sicut et alia, sed per se agunt «(tienen dominio de sus actos y no solamente son movidas como las otras, sino que actúan por sí mismas), con lo cual apunta a ese algo más («prosopon» en el sentido de sobrepuesto), que trasciende incluso la realidad psicofísica mensurable del individuo como tal. La Declaración Universal de los Derechos Humanos alude a lo mismo con los términos, conciencia, libertad, derechos y obligación de un comportamiento fraternal con los otros.

Corporalidad (objetividad del ser en sí) y ***trascendencia*** (apertura relacional) equivalen a dos focos, en función de los cuales deben legitimar su postura las diversas soluciones propuestas al problema planteado por la necesidad de reconocer la presencia de un ser personal. En este cometido, ni la biología puede prescindir de una reflexión filosófica, ni la antropología puede desconocer los datos aportados por el progreso científico. La trascendencia inmanente al mismo sujeteo humano impone límites infranqueables, tanto al enfoque desde la fe en el Trascendente, como al enfoque desde el materialismo inmanente. Tal vez por ello los autores de este último tienden a acentuar el aspecto relacional (perspectiva psicológica y de las consecuencias sociales); los teólogos, por su parte, atienden primariamente al substrato biológico (perspectiva ontológica de interpretación genetista, o estructural, o del «día 14». Con todo, al razonar sobre la cuestión propuesta, nada impide que algunos creyentes neokantianos aproximen sus paradigmas a los del materialismo y que algunos materialistas se sientan más cómodos en los esquemas objetivos de quienes tienen fe. Los dos focos aludidos trascienden en mayor o menor proporción ideologías y concepciones religiosas.

PERSPECTIVA ONTOLÓGICA (INTERPRETACIONES GENÓMICA, ESTRUCTURAL Y NIDATORIA O «DEL DÍA 14»)

Desde la *perspectiva ontológica* la explicación más radical de los datos biológicos *(interpretacion genómica)* percibe en la constitución genética nueva del cigoto (primera célula del nuevo ser), aparte la indiscutible y específica naturaleza humana, toda la singularidad exigible para el reconocimiento de la persona, puesto que posee características propias, que lo distinguen de los demás (unicidad), y está dotado de un dinamismo

interno teleológicamente dirigido al desarrollo (crecimiento y diferenciación) que irá actualizando en él las potencialidades del ser personal. Ni la gradual diferenciación ontológica y orgánica, ni la posible interrupción del proceso por accidentes frustratorios o involutivos contradicen la unidad del substrato en la totalidad de un ciclo vital original, iniciado con la recién terminada fusión de los pronúcleos y mantenido en la permanente identidad del sujeto. Aunque los cambios lo afecten cualitativamente en la manifestación y posibilidad de sus virtualidades, el desarrollo tiene lugar sin solución de continuidad. El que este desarrollo requiera circunstancias indispensables y también influjos positivos del exterior no contradice la inmanencia radical del proyecto y de la actividad que rige todo el proceso.

El punto clave de esta explicación se halla en los indicios biológicos, que permiten suponer, a partir del genoma original, un centro unificador, tanto del progresivo crecimiento y diferenciación, como de la interdependencia de las partes. Cada estadio supone ciertamente el precedente y las nuevas características emergen de una diversificación gradual, virtualmente contenida en la fase previa, sin que se niegue con ello la eficacia de los influjos recibidos del exterior.

Sin salirse de la perspectiva ontológica, otra interpretación de los datos biológicos *(interpretación estructural)* considera insuficiente el contenido genético característico de la especie humana y la individualidad propia del cigoto para reconocer en él la dignidad que otorga valor ético al ser personal; carece aún de suficiente estructura interna y de la determinación biológica requerida para ello. Las transformaciones que sufrirá suponen saltos cualitativos en el sistema y el proceso no se ha fijado aún en una dirección única. Para adquirir una complejidad estructural y funcional suficientemente vinculada a la realidad biológica terminal necesita incorporar, a la información genética de sus cromosomas, nuevos materiales que cambian cualitativamente sus estructuras. La interacción con el sistema biológico informativo de la madre despliega una eficacia mucho más determinante que la mera aportación de elementos complementarios extrínsecos. Hasta el fin de la octava semana no alcanza el embrión la complejidad estructural y funcional requeridas para considerarlo vinculado en sí mismo al ser personal.

El punto clave de esta explicación se halla en ponderar la insuficiencia de las virtualidades contenidas en el cigoto, en el blastocisto e incluso en la gástrula para determinar todas las características del individuo humano al que dará lugar. Necesita informaciones exógenas para alcanzar la complejidad estructural constitutiva de la persona. Carlos Alonso Bedate equipara esa complejidad estructural a la «forma» en el sentido de la teoría hilemórfica (aquello por lo cual una realidad es lo que es y la constituye en cuanto tal). Reconoce, por otra parte, la dificultad que entraña distinguir entre el proceso de diferenciación, en el que también hay crecimiento, y el de sólo crecimiento con el sistema biológico definitivo. De todos modos, se trata antes solamente de una entidad biológica que inició y prosigue por sí misma un proceso ontogénico humano.

Extreman las exigencias de estructura quienes, para reconocer la dignidad humana, reclaman la presencia de actividad neuronal (un esbozo de cerebro). Piensan salvaguardar así un paralelismo entre el inicio del ser personal y su término, generalmente reconocido como definitivo en la muerte cerebral. Pero existe una diferencia radical entre ambos supuestos. Cuando el tronco cerebral pierde su actividad, desaparece todo principio unificador, tanto de la relación con el exterior, como de la relación entre tejidos y órganos en el interior; ha empezado la progresiva desintegración del individuo. Por el contrario, el desarrollo embrional muestra una interna relación entre células, tejidos y órganos, que acaba por actualizar posibilidades de relación también externas.

En lo interno de la perspectiva ontológica, entre las interpretaciones genómica y estructural de los datos biológicos, logra particular importancia el momento de la *nidación,* hasta el punto de conseguir que muchos lo identifiquen con el inicio de la persona. El cambio implica ciertamente un umbral importante en relación con la individuación.

La clave de su significación no procede del asentamiento, ni de la interacción ya iniciada antes con los influjos maternos, sino de que por este tiempo (el concordado día 14 en que suele terminar el proceso nidatorio) las células de la gástrula han perdido su totipotencialidad y se hace imposible, tanto el surgir de mellizos monovitelinos, como la formación de quimeras por la fusión en uno de embriones distintos. La interpretación estructural percibe en tales fenómenos la prueba de que el esbozo actualizado de la dignidad personal debe posponerse hasta que el nuevo ser haya adquirido la complejidad requerida para que exista una correlación física con el término al que se orienta. La interpretación genómica descubre en ellos, sea la frustración de un proceso (tal vez doble) ya iniciado, que da paso al inicio de otro nuevo, sea una especie de reproducción asexuada, mediante la separación de una o varias células aún totipotenciales. Éstas son también capaces de dar lugar, siguiendo un curso aparte, al desarrollo completo, definido en la misma constitución genética del cigoto. Mientras, el embrión original seguirá su propia carrera. Para que esta explicación de la formación de mellizos monovitelinos (posibilidad de reproducción asexuada en los primeros estadios de la vida humana) no contradiga la tesis de que la dignidad de todo ser humano exige una directa conexión entre su inicio y el acto conyugal (D.V. II, 5), este principio debe interpretarse como mera exclusión de una intervención exterior en el proceso iniciado con la unión de los gametos.

Desde la perspectiva ontológica, las tres interpretaciones indicadas muestran que los datos biológicos disponibles permiten diversas lecturas. Todas ellas acentúan la subjetividad substancial; la trascendencia queda implicada en la apertura relacional propia del término al que teleológicamente se halla ya orientado el cigoto desde el inicio, o a partir de un estadio ulterior de desarrollo. Sin confundir los conceptos, identifican por principio la persona con la entidad biológica en que cada una de las interpretaciones percibe su inicio. Desde la fe, el aspecto relacional queda consolidado, dado que el hombre es la «única criatura terrestre a la que Dios ha amado por sí misma» *(Gaudium et spes* 24); además, el ser creado dice ya de por sí relación innata al Creador.

PERSPECTIVA PSICOLÓGICA E INTERPRETACIÓN CULTURAL

A partir de la separación cartesiana entre alma y cuerpo ha tenido lugar en el pensamiento moderno una progresiva desubstancialización del ser personal a favor de las cualidades que lo especifican: el pensamiento (René Descartes, †1650), el sujeto noumenal (Immanuel Kant, †1804), la conciencia (Edmund Husserl †1938), la libertad (Jean-Paul Sartre †1980). Este trasfondo filosófico explica que la *perspectiva psicológica* exija el hecho de conocer para apreciar la presencia de una persona. No le basta siquiera que se dé ya el substrato biológico necesario para ejercer las funciones humanas. Ni el acráneo, ni el que morirá antes del parto, ni el nacido incapaz de llegar a conocer merecerán el respeto debido a la dignidad personal. Se explica el interés de la Iglesia por reivindicar la dignidad humana personal de la corporeidad: «cualquier intervención sobre el cuerpo humano no alcanza únicamente tejidos, órganos y funciones; afecta también, y a diversos niveles, a la persona misma» (D. V., Introd. 3).

La interpretación cultural, denominada también *ética,* lleva la perspectiva psicológica y su planteamiento relacional hasta las últimas consecuencias: persona es un sujeto libre, que juzga el bien por sí mismo y reconoce la misma prerrogativa en los demás. Su dignidad estriba en el querer autónomo. Se accede progresivamente a ser persona con la adquisición de responsabilidad y se va dejando de serlo con la pérdida expedita de las facultades mentales. Ni el recién nacido, ni el demente senil son personas. Ser persona presupone suficiente conciencia y razón para entrar en la comunidad de los sujetos libres y para ejercer en ella la propia autonomía moral. Los conflictos, de tipo especulativo o práctico que sugieren sobre los derechos de uno u otro, se resolverán mediante el diálogo. El acuerdo es fuente de moralidad. Tratar a los demás como fin y nunca como medio da lugar a la «comunidad moral pacífica». H. Tristram Engelhardt distingue entre el ser personal, sujeto de derechos al que debemos respeto, y otros niveles de vida humana, objeto de beneficencia, porque son susceptibles de padecer o porque su deterioro haría sufrir a otros.

PERSPECTIVA JURÍDICA

La *perspectiva jurídica* opta por dar una solución práctica a los problemas planteados en torno al estatuto del embrión. Dada la imposibilidad de concordar las diversas opiniones basadas en criterios objetivos, no pretende definir los derechos que posee el cigoto, o un determinado conjunto de células humanas, sino establecer la responsabilidad colectiva en relación con él. Este enfoque supone un giro de 180º con respecto a los anteriores, pero, ni siquiera la concepción más positiva del derecho pretende prescindir de la realidad sobre la cual legisla. El valor de una precisión forense depende sobre todo de los criterios de bien público, buenos o malos, en que se fundamentan; el legislador debe atender además a la eficacia y racionalidad de la ley.

El que exista alguna identidad entre el substrato biológico iniciado con la fusión de los pronúcleos y la persona o personas a que dará lugar, avala la distinción entre vida humana y cualquier otro tipo de existencia, prestando sólida base a cierta protección jurídica, incluso cuando no se le reconoce derecho a nacer, ni a las condiciones necesarias para proseguir su desarrollo. Esta consideración impone límites en la disponibilidad para evitar que la humanidad se vea sometida a los desorbitados intereses del progreso técnico, pero no basta para suprimir toda instrumentalización del individuo en cierne a favor de un beneficio para la humanidad en su conjunto. Pues los científicos reclaman poder disponer de células embrionales y de embriones para realizar el diagnóstico prenatal con alguna de las primeras células (blastómera), para multiplicar los ensayos de intervención terapéutica, para experimentar trasplantes que se esperan serán beneficiosos, para iniciar recombinaciones genéricas, etc. Las ventajas previstas para el bien común en el futuro, la ineficacia de una ley que prohiba tratar el embrión de pocos días como material de ensayo y la escasa o nula probabilidad, según muchos, de que tal uso suponga un atentado contra la dignidad personal, explica que las legislaciones tiendan a no sancionar, o a permitir incluso, con determinadas cautelas (valor académico del protocolo, imposibilidad de alcanzar el objetivo con vidas no humanas, etc.), la utilización de embriones «supernumerarios» y «no implantables», o incluso producidos con fines experimentales, durante un determinado período de su existencia (hasta el día 14 generalmente). Se los convierte así en objeto o medio para otros fines.

Con tales pronunciamientos se esboza un estadio intermedio entre la animalidad y el ser personal. La

traducción de sus considerandos en conclusiones de la jurisprudencia, y también en textos legales, determina, con mayor o menor precisión, y sobre bases ciertamente inseguras, una especie de ethos o código de buena conducta respecto el embrión de pocos o más días. De tales normas se suele seguir una tutoría de la colectividad, ejercida mediante la requerida aprobación previa de los protocolos, que supone una especie de derecho defensivo en el devenir personal, aunque no se le reconozca derecho positivo a las condiciones necesarias para el desarrollo. Se apela al sentir general, pero puede cambiar el parecer de un gran número, espontáneamente o movilizada por una propaganda bien o mal intencionada, y la jurisprudencia o el Estado deberán modificar la norma, si entienden que así evitarán mayores daños y tutelarán en lo posible el bien común. Apelar al valor pedagógico de la ley para promover un mejor bien común requiere cierto triunfo de la verdad en el sentir generalizado y la presupone en la mente de los jueces y legisladores; sería tarea de todos trabajar por conseguirlo.

PERSPECTIVA UNIFICANTE

Más radical se muestra la *perspectiva unificante* al borrar toda diferencia específica entre seres inanimados, vegetales, animales y personas a favor de una evaluación general, basada más en factores emocionales que en conocimientos reflejos. Una supuesta distinción entre el valor y el ser, el temor a establecer discriminaciones de tipo racista, la ideología materialista y la pretendida reproducción en la ontogénesis de la evolución filogenética convergen en aceptar sin demasiado rigor científico esta interpretación, la cual está de acuerdo, por lo demás, con el sentir espontáneo, que siempre ha penalizado más o menos el atentado según el mayor o menor parecido de la víctima con la persona adulta. Una actitud semejante explica también el interés científico por adelantar lo más posible el diagnóstico prenatal, cuando se piensa en eliminar el producto de la concepción, si se revelase anómalo.

TERMINOLOGÍA

La discusión en torno al estatuto del embrión debe evitar que los *términos* empleados condicionen el raciocinio. Debemos tener siempre presente que se refiere a esa realidad, biológica al menos, cuyo valor como causa de obligaciones éticas o jurídicas es cuestionado.

La denominación más indefinida alude a ella como «agregado celular humano». Con un discutible antropomorfismo se quiere justificar la expresión porque, antes de la nidación, ninguna de las células ha decidido que será individuo; podrían dar lugar a varias personas o convertirse en una simple mola (ya hemos explicado tales posibilidades desde las interpretaciones genómica y estructural). Los términos empleados no tienen en cuenta la diferencia que existe entre un conglomerado de células humanas en cultivo y ese «algo» a que nos referimos, dotado de una teleología inmanente hacia la plenitud del ser humano, la persona.

Calificarlo como «pre-embrión» reconoce cierta unidad, pero insinúa un nivel inferior en la escala del ser, una etapa preparatoria del desarrollo. Se facilita así una minusvaloración que invita a aceptar alguna instrumentalización del mismo.

Referirse a la misma realidad como «embrión de un determinado número de células» supone ya continuidad y semejanza en la escala del ser, pero no explica que se trata de la entidad biológica que ha iniciado un proceso ontogénico de por sí orientado al ser personal.

Diversos comités de ética y algunas autoridades jurídicas o legislativas han elegido la expresión «persona humana potencial». Tal denominación, al aproximar la entidad referida a lo personal, la separa de los seres inferiores y le confiere cierta dignidad que limita, al menos, la disposición de otros sobre ella.

El «Comité Consultatif National d'Éthique» (Francia) justifica los términos empleados porque la realidad biológica del genoma humano la sitúa ya dentro de la especie y presta base ontológica a un desarrollo del ser personal, el cual, complementado con la base cultural de la relación en el seno de la familia y de la sociedad, llevará a término el proyecto inicial.

Reprueban la expresión tanto la interpretación genómica más radical como el personalismo neokantiano. Para unos y otros ser persona es una cuestión de hecho, para la cual basta, según la primera, el proyecto codificado en el genoma, y se requiere, según el segundo, actividad cognoscitiva. No hay término medio entre ser persona y no serlo. No se es más o menos persona. Cambia solamente el grado alcanzado en el desarrollo y en las capacidades correspondientes de actividad física y/o psíquica; éstas dependen tanto de la base biofisiológica como de factores culturales en mutua dependencia.

Debemos ser también cautos con las expresiones que apelan al carácter sagrado de la vida humana. Como quiera entendamos la relación con Dios que tal cualificación implica, ésta de ningún modo supone un valor absoluto; se haría absurdo que podamos renunciar a los medios extraordinarios para conservarla. Toda contingencia comporta relatividad.

CRITERIOS INSUFICIENTES

Ninguna de las soluciones propuestas para determinar el estatuto del embrión satisface. Tal vez el problema se haya planteado mal o no sea posible aún forjar un concepto antropológico, que amalgame sintéticamente la corporeidad y la trascendencia de la persona, los elementos biológicos y los culturales.

El criterio unificador no presta atención suficiente a la diversidad específica, comúnmente reconocida, entre los vivientes sin psiquismo (vegetales), los sensitivos (animales) y los racionales (humanos).

El criterio jurídico confiere la máxima seguridad al estatuto del embrión, a costa de la máxima arbitrariedad al fijar los límites de su protectibilidad. Se ve obligado a exagerar la importancia ontológica de los factores, en que fundamenta su pretensión de objetividad (imposibilidad de sufrir, día 14, viabilidad, vida extrauterina, etc.). Parece ser que Jean Bernard justificó la concesión hecha en una recomendación del Comité Nacional Francés para las Ciencias de la Vida y de la Salud, diciendo que «las experiencias con embriones son moralmente inevitables y moralmente inaceptables». El criterio jurídico no da más de sí.

El criterio cultural centra su atención en las cualidades específicas de la persona, pero está demostrado que éstas se hallan ya en cierne cuando el nuevo ser empieza a reconocer la voz y a comunicarse sin palabras. ¿En qué difiere este esbozo de conciencia de la capacidad previa para captar estímulos ajenos y responder a ellos? H. Tristram Engelhardt ha de considerar acertado que la sociedad ensanche los límites de la interpretación cultural para asegurar que no se instrumentaliza a nadie capaz de formar parte de la comunidad ética, pero aún así se ha de confiar demasiado en que la conciencia colectiva evitará la eliminación de los más débiles y desfavorecidos por motivos demográficos o de eugenesia. Autonomía equivale a independencia. Toda persona es autónoma, en cuanto posee un destino propio. Conviene no confundir este concepto con el de autonomía como posibilidad de autodecisión.

El criterio psicológico puede contentarse con una relación de alteridad para afirmar la existencia personal, pero, si bastara para ello el reconocimiento por parte de otros, podría uno poseerla hoy y no mañana en una discontinuidad incompatible con la subjetividad racional.

El criterio estructural comporta un elevado grado de subjetividad en la apreciación de la complejidad biológica, que implica ya una relación suficiente de homogeneidad con la del feto a término.

El criterio nidatorio señala una etapa importante en el curso del desarrollo embrional (la del socorrido día 14) con la diversificación en las células primigenias, que ya perdieron su totipotencialidad, pero ¿cuál es la diferencia entre el cigoto y el embrión recién anidado en su relación con la individualidad personal, aparte una mayor seguridad de subsistencia sin multiplicarse?

El criterio genómico implica la dificultad de explicar que se pierdan tantas vidas humanas (supuestamente personales) en sus inicios y que nosotros hayamos de reconocerle en todas las etapas de su existencia la misma dignidad. El común sentir no condena con el mismo rigor ético el infanticidio, el aborto y la acción antinidatoria. Resultarían además inaceptables prácticas ampliamente difundidas. De todos modos, ni el sentir mayoritario es criterio de verdad, ni las conclusiones estadísticas sobre el obrar pueden erigirse en fuente del saber ético.

Algunas distinciones permiten atemperar la fuerza de la dificultad: *a)* las posibilidades de persistencia y de acción no deben confundirse con la dignidad del sujeto. *b)* Persona es no solamente lo que se manifiesta, ya, sino también lo que se contiene en ella virtualmente, requiere especiales condiciones para hacerse actual y se logrará con ellas en un continuo autotranscenderse. *c)* La obligación de no interrumpir la vida humana difiere de la que obliga a conservarla. La primera, como todo precepto negativo, obliga siempre y continuamente a no matar. La segunda, como precepto positivo, obliga siempre, pero no en cualquier circunstancia, a prestar los medios necesarios para substituir. Debemos a la vida embrional, como a toda existencia humana, los medios ordinarios o razonables (los que implican proporción entre las ventajas e inconvenientes previstos en bien del interesado) para vivir, pero no los extraordinarios o desproporcionados. Vale la pena considerar dos aporías:

1.ª No es fácil decidir si el principio recién enunciado urge la transferencia del embrión al útero materno (lugar ordinario y necesario para su desarrollo), cuando, fecundado «in vitro», se ha detectado en él una patología grave. No posee aún el derecho adquirido *(ius in re)* al lugar adecuado para la supervivencia. La conciencia queda tan intranquila eliminándolo como facilitándole el llegar a término dado el sufrimiento que genera en los familiares y, muchas, veces, también en él mismo sin provecho alguno. Abandonarlo, pretendiendo que así decide la naturaleza, no elimina la responsabilidad de haber renunciado a actuar. No sería honesto remitirse a «la Voluntad de Dios», si ello implica abdicar de la responsabilidad impuesta por él imperativo divino: dominad la tierra (cfr. G 1,28). El malestar percibido podría denunciar una justificada mala conciencia, pero podría deberse también a una sensación de culpa meramente emotiva y pasional.

2.ª Cuando se recurre a la fecundación asistida, no será lícito aumentar los riesgos que, en condiciones normales, corre la vida del embrión. Cabe, con todo, preguntarse, si no resulta proporcionado y aceptable un mayor riesgo, cuando éste se revela condición indispensable *(sine qua non)* para su misma existencia.

La doctrina propugnada en la D.V. (II,5) descalifica de entrada estas aporías. ¿Supone una ventaja?

CONCLUSIÓN

Los criterios hasta ahora propuestos cometen el error de buscar el estatuto del embrión en la respuesta a la cuestión del cuándo empieza a existir la persona

humana. En mi opinión, el problema queda así mal planteado y no tiene solución. Ésta escapa a la competencia de la ciencias empíricas (biología, psicología), porque su metodología obliga a encuadrar los objetos en las coordenadas tiempo-espacio en las cuales no caben los conceptos sujeto, individuo, persona. El conocimiento de estos conceptos desde la filosofía o la teología es posible, pero las ciencias del espíritu no pueden determinar cuando empieza a existir el sujeto, el individuo, la persona.

Solamente el planteamiento ético de la cuestión puede brindar una respuesta coherente al estatuto del embrión humano. No se puede ciertamente demostrar que la entidad biológica humana entrañe ya desde su inicio la dignidad personal. Tampoco puede demostrarse que no la posea. Dada la incertidumbre, se trata de elegir entre otorgar el beneficio de la duda a la protección del nuevo ser o a la libertad de quien quiere disponer de él para progresar en conocimientos, que se espera beneficiarán a la humanidad en el futuro, aunque pueda ser a costa de algunas personas actuales.

Supuesto que la vida humana engendrada, salvo accidente inevitable, llegará a ser persona, parece más coherente respetarla, mientras no se demuestre que entre esta entidad y el término de su desarrollo hay solución de continuidad y que carece antes con certeza de la dignidad que luego indiscutiblemente poseerá.

Preguntándonos si el embrión es o no es ya persona, las respuestas no satisfacen. La cuestión de si esa entidad biológica, a la cual nos referimos, será o no será persona (en caso de respetarse o de otorgarle su ambiente vital) obtiene una respuesta muy clara: con una probabilidad mayor o menor, acorde con los conocimientos biofisiológicos propios y del entorno, lo será. «To be or not to be, that is the question» se traduce entonces por «devenir o no devenir, ésta es la cuestión éticamente relevante».

BIBLIOGRAFÍA

ALONSO BEDATE, CARLOS: *L'entité biologique humaine en développment: vers un nouveau paradigme,* en Debuts biologiques de la vie humaine. Des chercheurs chrétiens s'interrogent. F.I.U.C. – CIACO, Louvain-la-Neuve 1988, pp. 65-99.

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE: *Declaración sobre el aborto procurado* (18 de noviembre 1974, AAS 66 (1974) 736-747).

– *Instrucción sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación* (22 de febrero 1987, AAS 8 (1988) 70-102).

CUYÁS MANUEL: *Fertilizzazione «in vitro»: considerazioni morali.* Rassegna di Teologia 26 (1985) 424-439.

– *I progressi della biomedicina: valori tecnici e morali a confronto,* Saggi di medicina e scienze umane, Instituto Scientifico H San Raffaele, Milano 1984, pp. 313-326.

– *Il progresso biomedico interpella la Teologia morale,* en Vaticano II, bilancio e prospecttive veinticinque anni dopo, a cura di R. Latourelle, Cittadella, Asissi, 2.ª ed. 1988 pp. 1480-1506.

DEEMER, KLAUS: *Genotecnologie e uomo,* Vita e Pensiero 67 (dec. 1984) 45-56.

– *Identità personale e integrità biologica,* en La mente umana. Orizzonte Medico, Roma 1984, pp. 217-239.

– *Le genie genetique et l'homme: implications ethiques d'un defi nouveau,* en Debuts..., pp. 315-331.

– *Une correcte gérance par l'homme de sa nature biologique,* ibidem, pp. 261-273.

ENGELHARDT, H. TRISTRAM: The foundation of Bioethics: The Attempt to Legitimate Biomedical Decisions and Health Care Policy, Revue de Metaphysique et Morale 92 (1987) 387-399.

– *The Foundations of Bioethics,* Oxford University Press, New York-Oxford 1986, pp. 104-156.

FAGOT-LARGEAULT, ANNE y DELAISI DE PARSEVAL, GENEVIÈVE: *Les droits de l'embryon (foetus) humain, et la notion de personne humaine potentielle,* Revue de Metaphysique et de Morale 92 (1987) 361-385.

LACADENA, JUAN RAMÓN: *Le statut de l'embryon préalablement à son implantation,* en Debuts..., pp. 37-43.

MCCORMICK Y MCCARTHY, D.: *Éthique et garantie des droits des embryons – Témoignages de deux théologiens...,* La Documentation Catholique n. 1883 (1984) 1024-1029.

MARCOZZI, VITTORIO: *Le relazione tra cervello e psiche nella concezione spiritualistica,* en Controversie in psichiatria, a cura di V. Andreoli, Masson Italia, Milano 1982, pp. 109-122.

SERRA, ANGELO: *L'embryon humain: Perspectives scientifique et médicale: en marge d'un document récent,* en Debuts..., pp. 45-63.

WARNOCK, MARY: *Do human cells have rights?* Bioethics 1 (1987) 1-14.

6.2 DIAGNÓSTICO PRENATAL Y ABORTO SELECTIVO: LA DECISIÓN ÉTICA*

Francesc Abel, S. J.
Director del Instituto Borja de Bioètica
Sant Cugat del Vallès (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico prenatal nos enfrenta a una serie de difíciles y complejas situaciones motivadas, en parte, por las grandes posibilidades pronósticas y diagnósticas de las anomalías genéticas y malformaciones fetales y los menguados recursos terapéuticos.

En la mayoría de los casos el diagnóstico prenatal proporcionará tranquilidad a unos padres angustiados al comprobar que no existe ningún defecto genético ni malformación en el hijo esperado. No podemos ignorar, sin embargo, que la indicación o la demanda de diagnóstico prenatal conlleva, la mayoría de las veces, la decisión de abortar el feto malformado o con un defecto que se percibe como intolerable. Con ello se reduce a la persona malformada a la categoría de malformación de la que hay que precaverse.

> "Deseo afirmar como premisa básica el respeto a la vida humana y a la dignidad de todo ser humano"

Por ello, antes de analizar algunas situaciones concretas deseo afirmar como premisa básica el respeto a la vida humana y a la dignidad de todo ser humano, cualesquiera que sean las anomalías que padezca, las disminuciones que limitan su autonomía o la marginación social a la que se vea reducido. En un individuo malformado y por ello enfermo, disminuido o retrasado mental, tenemos que ver un miembro de la comunidad humana, un ser que sufre y que, más que cualquier otro, necesita nuestro apoyo y nuestros signos de respeto que le ayuden a creer en su valor de persona humana.

Sucede, sin embargo, que parejas y mujeres, que están totalmente de acuerdo con esta premisa, sufren un impacto terrible cuando un temido diagnóstico de malformación o enfermedad genética grave se presenta en el propio hogar. El mundo parece hundirse a los pies, los principios se tambalean y se requiere un coraje nada comun para seguir adelante con la gestación.

En mi presentación tendré presente, como es lógico, el principio de la inviolabilidad de la vida humana en todos sus estadios de desarrollo, pero cuanto voy a formular es fruto de reflexión y sufrimiento al acompañar a muchas parejas y mujeres que se han arriesgado a seguir adelante una gestación o han dedicido interumpirla con conciencia cierta, si bien errónea, de que realizaban el mejor bien posible. Estas decisiones, las unas y las otras, se han tomado por amor a la vida, a la familia, a los hijos y no han sido presididas por la irreflexión ni por el deseo de muerte. Hablo desde mi experiencia en unidades de obstetricia, neonatología, comités de ética asistencial, en los aspectos vivenciales a lo largo de 25 años y de la contrastación de pareceres con investigadores, clínicos y teólogos a lo largo de 12 años de profundización académica en el seno del «International Study Group on Bioethics» de la Federación Internacional de Universidades Católicas.

Creo que hay que descartar como simplistas y frívolas las posiciones que tienden a reducir el problema del aborto inducido a una entidad de la que se puede hablar unívocamente. La moral católica ha reconocido desde siempre la legitimación del llamado en teología moral «aborto terapéutico» y del «aborto indirecto»[1].

> "La moral católica ha reconocido desde siempre la legitimación del llamado en teología moral ***aborto terapéutico*** y del *aborto indirecto*"

* En: Gafo, Javier (ed.): Consejo genético: aspectos biomédicos e implicaciones éticas. Madrid: Fundación Humanismo y Democracia; Fundación Konrad Adenauer; Universidad Pontificia Comillas, 1994, pág. 147-165. (Dilemas éticos de la medicina actual; 8).

1. En sentido estricto aborto terapéutico es el aborto de un feto condenado a morir en todo caso y cuando no haciéndolo perece también ciertamente la madre a una con él.

El llamado «principio de doble efecto» es una especie de clave que compendia la distinción entre lo que se considera directamente voluntario y lo indirectamente voluntario. Se recurre a esta distinción para afrontar situaciones conflictivas prácticas en las que sólo es posible evi-

Con estos casos no se agota la compleja realidad en la que puedo distinguir por lo menos cinco situaciones diferentes:

- Aquellas en las que la angustia del diagnóstico prenatal positivo (feto afectado) puede compararse a la angustia derivada de otras situaciones y que hacen difícil seguir aceptando el embarazo. El aborto es injustificable, pero hay conflicto en la decisión de conciencia.
- Casos límite en los que se requiere una mayor profundización conceptual, entre los que habría que incluir el aborto *in vitro;* la anencefalia y el diagnóstico prenatal de enfermedades incompatibles con la vida intrauterina las más de las veces, y extrauterina siempre.
- Casos en los que la viabilidad fetal es posible, pero la supervivencia extrauterina es con toda probabilidad breve, de días, meses, dos o tres años...
- Casos en los que el eugenismo social prevalece frente a la vida personal.
- Casos en los cuales la motivación para interrumpir la gestación hay que buscarla en la deficiente habilidad comunicativa o de soporte del equipo médico.

En todas estas situaciones hay que distinguir los principios; el respeto a la decisión de conciencia, derecho de nuestra condición libre; el grado de responsabilidad moral de la decisión y la actitud pastoral.

Veré primero los casos comunes. Cuanto digo aquí es válido en todos los demás casos que pueda aplicarse.

CASOS COMUNES: ABORTO INJUSTIFICABLE Y CONFLICTO DE CONCIENCIA

Transcribiré un breve artículo que con el nombre de reflexión sobre el aborto publiqué hace unos meses en la Hoja Dominical de la Diócesis de Barcelona y que se me solicitó con motivo de los rumores de la despenalización del aborto por el supuesto económico[2].

«Vivimos en un mundo en el que existen bolsas de pobreza e injusticia estructural en el cual para muchas mujeres y familias tener un hijo es una auténtica cruz por la falta de vivienda digna, trabajo e ingresos económicos mínimamente suficientes. Esto lleva a muchas mujeres a recurrir al aborto como solución desesperada. No podemos ignorar que las soluciones de aborto que tienen como razón de base situaciones económicas precarias son las más numerosas en todo el mundo.

Se conocen las causas. A ellas hay que aplicarles el remedio correcto desde la protección, a todos los niveles, de los más necesitados a la eliminación de la injusticia institucionalizada.

Es bueno recordar que nadie, desde una perspectiva cristiana, puede defender coherentemente el derecho de la vida del feto, si no está dispuesto a sacrificarse tanto como sea necesario para ayudar al prójimo que se halle en situación difícil. Existe, pues, la grave obligación de crear aquellas condiciones sociales que hagan que el recurso al aborto sea lo menos perentorio posible.

“No podemos ignorar que las solicitudes de aborto que tienen como razón de base situaciones económicas precarias son las más numerosas en todo el mundo”

“Hay que reconocer que en ocasiones la responsabilidad moral del que decide abortar queda disminuida por falta de libertad interior”

“Se han de facilitar a la persona que busca una ayuda todos los medios para que pueda descubrir su propia verdad”

Ofrecer como solución aceptable la protección jurídica del aborto por razones económicas, presentándola como solución humanizadora, es un índice de insolidaridad de nuestra sociedad y de desesperación ante la injusticia. Es, sin embargo, coherente con la humillación de los pobres, cada vez más pobres.

Merece especial atención el número de peticiones de aborto –comparativamente reducido, el 2,5 por 100 del volumen global– que reconocen como causa el diagnóstico prenatal de una anomalía grave del feto o gestaciones fruto de la violencia.

También en estos casos es insostenible a nivel de principios el aborto provocado. Hay que reconocer, sin embargo, que en ocasiones la responsabilidad moral del que decide abortar queda disminuida por falta de libertad interior. Las personas que con competencia acompañan como testimonios de Iglesia decisiones de conciencia encaminadas a la continuación o no continuación de estas gestaciones saben perfectamente que ninguna solución puede ser impuesta desde fuera. Hay que estar muy atentos a la dimensión individual de quien vive en carne propia el drama de una decisión de este tipo.

Se han de facilitar a la persona que busca una ayuda

tar un mal o conseguir un bien, más o menos necesario, causando un mal que no se desea. El mal que se causa cuando se busca hacer un bien se considera justificado o permisible, si se cumplen cuatro condiciones: 1) que la acción de la que resulta el mal sea en sí misma buena o indiferente, es decir, no moralmente mala; 2) que la intención del agente sea recta, es decir, que de verdad no se busque el efecto malo; 3) que el efecto malo proceda de la causa con la misma inmediatez que el efecto bueno; 4) que haya una razón proporcionalmente grave para permitir el efecto malo.

Los manuales describen como ejemplos de aborto indirecto la extirpación de una trompa con un embarazo ectópico; la histerectomía necesaria en una mujer gestante (el ejemplo clásico es el de la mujer con un embarazo inviable y cáncer de útero).

2. ABEL, F.: *Reflexió sobre l'avortament, Full Dominical.* Arquebisbat de Barcelona, 17 de octubre de 1993.

todos los medios para que pueda descubrir su propia verdad y llegar a la decisión como conciencia cierta iluminada por la verdad objetiva.

Desde la perspectiva cristiana son aleccionadores e impresionantes los testimonios de madres que por nada del mundo quieren acortar la vida del hijo que llevan en las entrañas. Pero merecen también un gran respeto las madres que, por diversas razones, no pueden llegar a una decisión como ésta, que muchas veces resulta heroica. El juicio hemos de dejarlo en las manos de Dios, Padre misericordioso. En todos los casos es necesaria la compasión y la empatía junto con la oración.

El problema de la adolescencia gestante que busca como solución el aborto es demasiado complejo para incluirlo en este breve resumen. Subrayaré solamente la importancia extraordinaria que tiene la prevención de estos embarazos y la responsabilidad de padres, escuela y sociedad para desarrollar programas de pedagogía sexual y afectiva integrados en el proceso educativo».

SITUACIONES LÍMITE E INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Dentro de este capítulo consideraremos la anencefalia y las malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, en las que podrían encontrarse argumentos que justificarían la interrupción de la gestación.

Antes de analizarlas, sin embargo, para prevenir posibles, dudas, desearía comentar el estatuto del cigoto humano *in vitro*. Para ello ruego al lector me permita la licencia de prestarme a mí mismo el apartado que a ello dediqué en un extenso artículo en el seminario de Reproducción Asistida organizado por la Universidad de Cádiz en el XII curso de verano en San Roque, en el año 1991[3].

Estatuto del embrión humano *in vitro*

El obstetra tiene dos grandes preocupaciones en su trabajo:

- La buena marcha de la gestación, parto y alumbramiento.
- La lucha contra la esterilidad y sus causas. La inseminación artificial, primero, y, más recientemente, la fecundación in vitro y transferencia de embriones han significado un progreso importante en esta lucha.

Estas técnicas, sin embargo, han aumentado la complejidad de los problemas relacionados con el inicio de la vida humana y con la inviolabilidad de la misma desde su concepción.

La Instrucción *Donum Vitae* (DV)[4] parte de unos presupuestos que producen cierta incomodidad a algunos obstetras por considerar que no son lo suficientemente ponderados y se quedan en una visión de los problemas excesivamente parcial. El que podríamos llamar *esquema obstétrico* brilla por su ausencia. Esto se refleja en los aspectos siguientes:

- Al definir el estatuto ontológico del ser humano se ha primado de manera exclusiva el componente genético en detrimento del componente materno o, mejor aún, feto-materno.
- Se define este estatuto ontológico a partir de una interpretación ontológica determinada, que, si bien está bien fundada, no es la única posible,
- Se equipara el embrión *in vitro* al embrión *in vivo* con lo cual el enfoque genético exclusivo y excluyente queda reforzado. No se ha prestado consideración alguna al hecho de que para el obstetra el concepto de aborto *in vitro* carece de sentido y es completamente ajeno a su mentalidad.

Veremos con cierto detalle cada uno de estos puntos.

Componentes genético y materno del embrión humano

La mayoría de los documentos que han analizado el estatuto del embrión humano dan por supuesto que el elemento dominante constitutivo del embrión se halla en su dotación genética; consiguientemente, la participación materna queda relegada a un aspecto meramente geográfico o accidental, algo así como puede ser la alimentación en la persona adulta.

Para el obstetra la dotación genética, al igual que el medio materno, son factores *necesarios,* y cada uno de ellos, por separado, *insuficientes* para la constitución esencial del nuevo ser. Considera que es imprescindible la existencia de una estructura, parte materna y parte fetal, para que puedan actualizarse las potencialidades del blastocisto. Las profundas transformaciones maternas dinamizadas por el blastocisto no están impresas en el mensaje genético del nuevo ser. La aportación materna en la constitución del nuevo ser es mucho más que un mero soporte nutritivo.

Los genetistas que han influido en el texto de la *DV* creen que desde el momento de la singamia «se encuentra fijado el programa de lo que será ese viviente: un hombre, este hombre individual con que sus características ya bien determinadas» (DV I, 1). Esta valoración nos parece un tanto exagerada. Esto resulta todavía más evidente en el siguiente texto del profesor Angelo Serra.

> *«En todo momento del desarrollo se halla ya presente aquella unidad que será más tarde definido como* unidad feto-placentaria»[5].

3. ABEL, F.: *Aspectos éticos de las tecnologías de la reproducción asistida.* Reproducción Asistida, Actas del XII Curso de Verano San Roque, 11-31 de julio de 1991, Servicio de Publicaciones de la Universidad, Cádiz, 1992.

4. *Donum Vitae.* El respeto a la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Respuesta a las cuestiones de actualidad. Instrucción de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. *AAS,* 1988: 80-102.

5. SERRA, A.: *Embrione, umano, scienza e medicina. In margine al recente documento.* «La Cività Cattolica», 1987; 138/1: 247-261.

Sin duda alguna se da por supuesto que lo que dará origen a esta unidad feto-placentaria es el blastocisto que antes ha sido el cigoto. Queda completamente marginada la misma estructura placentaria y la contribución materna, sin la cual no puede explicarse el desarrollo y la diferenciación, por muy dirigidos que estén a partir del programa genético del embrión.

El genetista tiende a considerar que la madre aporta meramente el pentagrama (si se nos permite un símil musical) sobre el que se imprime una melodía que se encuentra ya en el cigoto. El obstetra tiende a considerar el mensaje del blastocisto (no de todo cigoto) como el pentagrama sobre el que la madre imprime su melodía ajustando las transformaciones a medida que va interaccionando con el programa. Tal como hemos dicho antes.

> *«La dotación genética del blastocisto y la del medio materno son factores ambos igualmente necesarios y cada uno de ellos por separado, insuficientes para la existencia del ser humano personal». Si bien es cierto, como dice la «DV», que jamás llegará a ser humano si no lo ha sido desde el momento en que el óvulo es fecundado, también es cierto que jamás lo será si no se desarrolla precisamente en el útero y gracias a la formación de una estructura fetomaterna que es la placenta.*

Sin ella la palabra encarnación tiene muy poco sentido para el obstetra, como tampoco tiene sentido que pueda hablarse de persona humana referido al cigoto como totalidad unificada. Este «ser en el útero» es condición *sine qua non* para que pueda existir un cuerpo humano animado.

> “La dotación genética del blastocisto y la del medio materno son factores ambos igualmente necesarios y cada uno de ellos por separado, insuficientes para la existencia del ser humano personal”

> “El genetista percibe el inicio de la existencia en el momento en que el óvulo es fecundado”

> “El obstetra tiende a considerar el inicio en el estadio de blastocisto, cuando un determinado cigoto se implanta en el útero”

El genetista percibe el inicio de la existencia en el momento en que el óvulo es fecundado. El obstetra tiende a considerar el inicio en el estadio de blastocisto, cuando un determinado cigoto se implanta en el útero. Antes de esto, el cigoto humano es un programa genético humano con sólo el potencial teórico y estadístico para llegar a ser un miembro de la comunidad humana, puesto que sólo uno de cada tres cigotos llegan a implantarse. Esta consideración viene reforzada ante la contemplación de cigotos humanos *in vitro*. Ninguno de ellos tiene como finalidad intrínseca su implantación uterina. Ningún programa desarrollará lo que no tiene, es decir, la estructura materna sin la cual no existirá la corporalidad. El obstetra, a su vez, ve claramente que la supervivencia del cigoto depende de su implantación uterina, que no se dará espontáneamente. No ve claro, además, que deba él procurarla en todas las circunstancias.

Posibles interpretaciones de los datos genéticos

Dos son las posibles lecturas del desarrollo del individuo humano desde el estadio de cigoto el estadio fetal. Una de ellas acentúa los parecidos entre las etapas consecutivas del desarrollo embrionario. Otra acentúa las diferencias. Esta última se acerca al esquema obstétrico al valorar el momento de la implantación como un salto cualitativo en el desarrollo continuado del embrión. Para el obstetra tienen menos importancia los datos que han constituido el núcleo de la discusión entre genetistas sobre la naturaleza e identidad del embrión, a saber: el momento de la pérdida de totipotencialidad de las células embrionarias; la posibilidad de gemelación y formación de quimeras postcigóticas; la aparición de la línea primitiva, etc. Todos estos datos resultan para el obstetra interesantes y sugerentes. Ninguno le confirma tanto en su posición como la posibilidad de que en el desarrollo del cigoto hasta el estadio de feto puedan aparecer informaciones no contenidas en el genoma. Esto corroboraría su intuición y experiencia de la contribución esencial constitutiva del aporte materno. Ciertamente, esto tendría valor en la medida en que este aporte no fuera meramente accidental, sino que confirmara al individuo como tal individuo.

La posición ontogénica revisionista explica, en definitiva, que es imprescindible para la constitución del ser humano la información extracigótica, que ha de provenir de la madre. Es la que más coincide con la intuición y conocimientos del obstretra[6].

El obstetra, al presentar su posición, no piensa que con ella ofenda la dignidad de criatura de Dios por no reconocerla en el cigoto, y sobre todo en el *cigoto in vitro*. Si quiere comprender y aceptar que «el ser humano ha de ser respetado –como persona– desde el primer instante de su existencia», esto le resultará más fácil en el estadio de blastocisto, es decir, cuando a partir de la puesta en contacto de las necesarias estruc-

6. ALONSO, C. y CEFALO, R. C.: *The zygote: To be or not to be a person.* The Journal of Medicine and Philosophy, 1989; 14: 641-645. Traducido en *Labor Hospitalaria*, 1990; 22: 231-233.

turas elementales (genoma y ambiente materno) se hace realmente posible el desarrollo del ser humano. En otras palabras, en el inicio del embarazo propiamente dicho.

El concepto de aborto in vitro

Recordemos otro punto de la Instrucción *DV,* que hace referencia a los embriones sobrantes: «La consolidación de la práctica de la fecundación *in vitro* ha requerido formar y destruir innumerables embriones humanos... algunos embriones, denominados normalmente "embriones sobrantes", se destruyen o congelan. Algunos de los embriones ya implantados se sacrifican a veces por diversas razones: eugenésicas, económicas o psicológicas. Esta destrucción voluntaria de seres humanos o su utilización para fines diversos, en detrimento de su integridad y de su vida, es contraria a la doctrina antes recordada a propósito del aborto procurado. La conexión entre la fecundación *in vitro* y la eliminación voluntaria de embriones se verifica demasiado frecuentemente. Ello es significativo: con estos procedicimientos, de finalidades aparentemente opuestas, la vida y la muerte quedan sometidas a la decisión del hombre, que de este modo termina por constituirse en dador de la vida y de la muerte por encargo. Esta dinámica de violencia y de dominio puede pasar inadvertida por los mismos que, queriéndola utilizar, quedan dominados por ella. Los hechos recordados y la fría lógica que los engarza se han de tener en cuenta a la hora de formular un juicio moral sobre la FIVET (fecundación *in vitro* y transferencia del embrión): la mentalidad abortista que la ha hecho posible lleva así, se desee o no, al dominio del hombre sobre la vida y sobre la muerte de sus semejantes, que puede conducir a un eugenismo radical» *(DV* II).

> «El obstetra si quiere comprender y aceptar que el ser humano ha de ser respetado desde el primer instante de su existencia le resultará más fácil en el estadio de blastocisto, desde el inicio del embarazo»

Diversas consideraciones pasan por la mente del obstetra en la lectura de este texto. Si él, además, ha sido uno de los que, con buena fe, comenzó a trabajar en estas tecnologías de reproducción asistida para vencer el problema de la esterilidad conyugal, no puede por menos que sentirse injustamente juzgado. Aun cuando el término de *aborto in vitro* no es utilizado y se explicitan cuidadosamente «embriones ya implantados» para hablar de destrucción de seres humanos, no hay duda de que, en el fondo, se considera la destrucción de óvulos fecundados *in vitro* como *aborto in vitro* y, por lo tanto, como expresión de violencia destructora de vida. Nada más lejos de la realidad para muchos de los que trabajan en estas tecnologías. La consideración de que el cigoto *in vitro* ha de ser considerado como persona puede despertar en el obstetra creyente el deseo de ofrecer como amor a la Iglesia un asentimiento a modo de *obsequium religiosum,* pero lo dará en espera de que se profundice mejor en el tema. Más no puede pedírsele.

Ni que decir tiene que toda referencia al embrión *in vitro* como paciente o la expresión «terapéutica del embrión *in vitro*» solamente puede aceptarse, desde una perspectiva obstétrica, como una licencia literaria. No hay terapéutica, sino más bien intentos de corrección del genoma. Ni hay paciente, sino un genoma, un cigoto humano que tendrá posibilidades estadísticas de ser una persona, si el obstetra decide dar el paso esencial de transferirlo en el útero. Allí recibirá lo que le falta para *ser,* para que podamos hablar de persona con potencialidades.

> «Ni que decir tiene que toda referencia al embrión *in vitro* como paciente solamente puede aceptarse, desde una perspectiva obstétrica, como una licencia literaria»

Estas posiciones coincidirían, dentro de la Iglesia, en la siguiente formulación moral, hecha por RICHARD MCCORMICK, convencido de que no podemos hablar de persona refiriéndonos al ser humano antes de la anidación:

> «Dado que el pre-embrión no es todavía una persona y que su potencial estadístico para llegar a serlo es muy reducido, no está claro que podamos excluir en principio experimentos no terapéuticos. Sin embargo, debido a que el pre-embrión tiene un potencial intrínseco –y en cierto sentido es persona en devenir– y por las muchas incertidumbres existentes considero que hay un buen fundamento para concluir que el pre-embrión debería ser tratado como persona, pero que este *deber* es un deber *prima facie* solamente, aunque grave»[7].

> «No puede demostrarse que la entidad biológica humana entrañe desde su inicio la dignidad personal, tampoco puede demostrarse que no la posea»

Resumiendo: no negamos la entidad humana del cigoto, mal llamado embrión, *in vitro.* Las posiciones que se muestran irreconciliables se polarizan entre aquellas que creen que existe una dignidad personal desde la singamia y aquellas que por diversas razones, como las que hemos tratado, no lo creen. No puede de

7. MCCORMICK, R.: *Who or What is the Preembryo?* Kennedy Institute of Ethics Journal, 1991; 1: 1-15, pág. 13.

mostrarse que la entidad biológica humana entrañe desde su inicio la dignidad personal. Tampoco puede demostrarse que no la posea[8].

Estatuto ontológico del feto anencéfalo

Veamos ahora otro problema diferente en el que se cuestiona también la existencia de persona, es decir, la existencia de individuo de naturaleza racional, imagen de Dios, teóricamente capaz de devenir sujeto moral. La existencia de fetos anencéfalos obliga a cuestionarse si no es necesario, por lo menos, la existencia –o la potencialidad de que exista– en el ser biológicamente humano una estructura cerebral.

> "A aquellos que aconsejan u optan por la interrupción de un embarazo, en el que la anencefalia ha sido establecida con claridad, no se les puede decir que obran de una manera que es moralmente mala a no ser que existan otras razones"

Definamos las características del feto humano con anencefalia. En primer lugar conviene precisar que un feto anencéfalo no es un feto dotado de tronco y extremidades que ha nacido sin cabeza. En segundo lugar definiremos la anencefalia *stricto sensu* para distinguirla de otros defectos parecidos de cierre del tubo neural.

La anencefalia en sentido estricto se caracteriza por:

- ausencia de una gran parte del cráneo;
- ausencia de la piel que tendría que cubrir el cráneo, en la zona del cerebro anterior;
- ausencia de hemisferios cerebrales;
- exposición al exterior de tejido nervioso hemorrágico y fibrótico.

CEFALO y ENGELHARDT, que han estudiado el problema con interés especial, lo explican así:

> «La anencefalia se caracteriza por la ausencia del cerebro anterior formado por los lóbulos frontales, occipitales y parietales, el cráneo y la piel que cubre estas áreas. Este defecto se considera como resultado de no cerrarse el tubo neural. Aunque existe la posibilidad de que esta condición sea debida a la ruptura secundaria del tubo neural después de haberse cerrado (GARDNES, 1973), estudios de experimentación con animales están más de acuerdo con la hipótesis de la falta de cierre primario (KALLEN, 1973; LEMIRE, 1988; SMITH, 1982). Los pliegues neurales humanos, de los cuales se forma el cerebro, completan su cierre hacia el día 24 después de la concepción del ser humano, cuando el embrión es de un tamaño menor de 4,5 mm (MULLER, 1986). Se considera que la malformación se produce antes de este tiempo. Después de 36 días de la fecundación los pliegues neurales desarrollan las estructuras del cerebro anterior, mesencéfalo, cerebelo y médula oblongata. Los hemisferios cerebrales no se desarrollan hasta el día 100 después de la fecundación. Los modelos animales han demostrado que el daño que se sigue al no cerrarse el tubo neural puede de hecho ocurrir mucho antes del cierre, es decir, 24 días después de la fecundación (KALLEN, 1973). Los modelos animales de anencefalia han ilustrado que el tejido neural, que está expuesto fuera del lugar de cierre, degenera. La degeneración es evidente en los experimentos con animales en unos estadios que corresponden a los del embrión humano de siete a ocho semanas después de la fecundación (PETERS, 1979). La anencefalia incluye, sobre todo, la falta de desarrollo de los dos hemisferios cerebrales y del hipotálamo, el desarrollo incompleto de la pituitaria y del cráneo, con las estructuras faciales alteradas con una apariencia grotesca, y anormalidades en las vértebras cervicales. Los ojos pueden parecer a grandes rasgos normales, pero el nervio óptico, si existe, no se extiende hasta el cerebro. Existe, sin embargo, la función del tronco encefálico que puede estimular varios reflejos, como las funciones del corazón y pulmones por un corto período de tiempo. Algunos anencéfalos presentan acciones de presión, succión y vestibulares, y responden a estímulos *dolorosos* (SWAIMAN, 1982). Sin embargo, esta última respuesta se entiende mejor como reflejo doloroso del tronco encefálico. El haber escogido este término depende de una distinción entre varios factores:

> - Meramente respuestas reflejas a estímulos *dolorosos,* análogos a los de la rodilla (patella) y que no requieren más que un arco reflejo intacto, sin apreciación sensible del estímulo.
> - La pura sensación del dolor, que pide algo más que el tronco del cerebro (por ejemplo el tálamo); y
> - el sufrimiento, que requiere el substrato neural necesario para percibir como una amenaza a la sensación de dolor (por ejemplo, el neocórtex de los lóbulos frontales).
>
> Ya que la completa ablación de áreas cruciales del tálamo imposibilita la sensación de dolor, y los anencéfalos no tienen tálamo, éstos carecen del substrato neural que se precisa para experimentar dolor, de la misma manera que también carecen de los substratos neurales indispensables para el raciocinio, comunicación, conocimiento y sensibilidad general (CASSEY, 1980, pág. 186; ADAMS, 1980, pág. 116)»[9].

El diagnóstico *in utero* del feto anencéfalo puede hacerse con certeza. La frecuencia de aparición de este defecto congénito oscila entre el 0,3-7 por 1.000 de todos los partos. La mayoría de los fetos anencéfalos na-

8. CUYÁS, M.: *Dignità della persona e statuto dell'embrione umano.* «La Civiltà Cattolica», 1989; 140/2: 438-451. Traducido en *Labor Hospitalaria,* 1990; 22: 334-338. Magnífico análisis crítico de las diversas posiciones que tratan este problema.

9. CEFALO, R. C. y ENGELHARDT, H. T., Jr.: *The use of fetal and anencephalic tissue for transplantation.* The Journal of Medicine and Philosophy, 1989; 14: 25.43. Traducido en *Labor Hospitalaria,* 1990; 22: 233-239.

cidos vivos mueren dentro de las primeras 24 horas; algunos sobreviven algunos días y excepcionalmente un mes o algo más. Si bien no tiene importancia especial para nuestros análisis, mencionaremos que entre el 13 y el 33 por 100 de los fetos anencéfalos presentan otros defectos orgánicos (corazón, riñones, etc.).

Voy a dar por supuesto que la hipotética creación de fetos humanos anencéfalos, por medio de sustancias teratógenas y con el fin de disponer de órganos humanos fetales, es una tremenda aberración. Me limitaré a unas consideraciones que hacen referencia al hallazgo por diagnóstico prenatal de un feto con toda seguridad anencéfalo. También quiero subrayar que me limito a esta situación y no a otros defectos que pudieran considerarse parecidos.

> “Una cuestión que preocupa mucho es la utilización de fetos anencefálicos como fuentes de órganos para el trasplante”

A través de todo un proceso personal compartido con otros profesionales, hemos llegado a las siguientes conclusiones que someto a consideración y análisis, sin el propósito de establecer doctrina ni mucho menos presentarla como expresiva de la enseñanza oficial:

- No es nuestra pretensión declarar aquí que conocemos ni que deseamos establecer todas las condiciones esenciales para que se dé una persona y que todo el mundo pueda estar de acuerdo. Ésta es una cuestión ética y legal, de gran importancia, todavía abierta a discusión. Pero el beneficio de las protecciones morales, que se otorgan a aquellos que se cree que son personas «exige un substrato biológico mínimo», como base para un desarrollo futuro.
- En ausencia de las condiciones estructurales biológicas mínimas indispensables, que hagan posible que surja una capacidad de establecer relaciones o de llegar a la conciencia propia, no hay persona humana o ya ha dejado de serlo.
- Por consiguiente, a aquellos que aconsejan o que optan por la interrupción de un embarazo, en el que la anencefalia ha sido establecida con claridad, no se les puede decir que obran de una manera que es moralmente mala a no ser que existan otras razones.
- Además, el uso de los anencefálicos, después de parto, como la fuente de obtención de órganos o de tejidos, no es una violación de la dignidad personal. Por consiguiente, si se considera tal obtención como moralmente mala, ha de ser por otros motivos.

Diversos comités de ética asistencial han aceptado estos presupuestos y establecido las consecuentes orientaciones prácticas que podríamos esquematizar así:

- Ante un diagnóstico de feto anencéfalo es conveniente agotar todos los medios diagnósticos disponibles para asegurarse que el diagnóstico es correcto y no deja lugar a ninguna duda razonable.
- Se tendrá máximo cuidado al informar a la paciente. El médico ha de considerar si será conveniente comunicarlo primero al esposo de la gestante para que sea éste quien lo comunique a su mujer. Nunca se hará en forma precipitada y se ofrecerá soporte psicológico a la pareja.
- El equipo facultativo no tomará la iniciativa de aconsejar la interrupción de la gestación, si bien será receptivo a la demanda de la paciente o en su nombre de un familiar directo. Si ésta se formula, se explicará que el hospital considera con fundamento que esta interrupción de la gestación no puede considerarse aborto en el sentido moral del término.
- Ningún médico, ni enfermera, ni ningún otro miembro del personal puede ser obligado a participar en la interrupción de la gestación, si tiene objeción de conciencia en hacerlo.
- Esta interrupción de gestación, en caso de que se decida realizarla, jamás puede ser considerada como medida de urgencia, y, siempre que se haga, deberá contar con el beneplácito del Jefe del Servicio, quien podrá requerir el asesoramiento que crea conveniente.

Una cuestión que preocupa mucho es la utilización de fetos anencéfalos como fuente de órganos para el trasplante [10]. Tanto en los casos en que una mujer gestante desea llevar a término la gestación de un feto anencéfalo, con la condición que se utilicen sus órganos para salvar otras vidas de niños, como en todo caso que nace un feto anencéfalo y los padres piden información para la donación de sus órganos, surgen serios interrogantes, que cuestionan las seguridades de los que aceptarían plenamente la interrupción de la gestación: ¿podemos mantener vivos a estos fetos con ayudas de máximo apoyo vital para extraerles los órganos cuando técnicamente sea posible? ¿Hemos de esperar necesariamente la muerte por fallo cardiorrespiratorio espontáneo? No es infrecuente la respuesta negativa a la primera cuestión y positiva a la segunda, incluso en aquellos que aceptarían la interrupción de la gestación. Parece como si se atribuyera al feto anencéfalo extraútero una dignidad que no se le reconocería intraútero ...

Casos de viabilidad imposible

En ocasiones el proceso del desarrollo fetal intrauterino es tan patológico que el feto muere intrauterinamente o, si llega al término del embarazo o se hace una cesárea, el resultado es muerte inminente. El diagnóstico prenatal nos da la información que debe transmitirse a la paciente. El aborto espontáneo es dramáticamente el mejor final posible de estas gesta-

10. *The Infant with Anencephaly. The Medical Task Force on Anencephaly.* The New England Jornal of Medicine, 1990; 322: 669-674. Traducido en *Labor Hospitalaria,* 1992; 24: 163-169.

ciones. El ginecólogo que colabora con la decisión responsable de una paciente que desea acabar con la angustia de tal gestación, ¿colabora formalmente al aborto directo? ¿Es en realidad un aborto con la malicia formal del aborto directo? ¿No es válido también interpretar como entidad distinta esta interrupción de la gestación? ¿Cómo es que muchos médicos católicos incapaces de inducir un aborto de un feto mal-formado dudan seriamente ante estos casos? ¿Clasificaremos a médicos católicos, que en conciencia creen que razonablemente hay que atender a demandas de interrupción de gestación en casos de viabilidad fetal del todo imposible, como personas que entran en la dinámica de violencia y dominio que causan la muerte por encargo?...

> "En diversas ocasiones he expresado la necesidad de acompañar y no abandonar a las parejas en estos momentos difíciles"

Unas imágenes ilustrativas para los teólogos, de lo que hablamos, podrían ayudar a comprender mejor qué tratamos [11]. En su defecto, en este escrito describimos tres casos:

Limb body wall complex: Recién nacido de sexo femenino. Cesárea a las 37 semanas. Muerte a los 60 minutos de vida aproximadamente. Patología: persistencia del exoceloma, ausencia de cordón umbilical, ausencia de pared abdominal, ausencia de diafragma, escoliosis importante, ectopia cordis, hipoplasia pulmonar, evisceración de vísceras abdominales a la cavidad exocelómica, extrofia vesical, mal posición de extremidades inferiores.

Falta de inducción del polo cefálico y bridas amnióticas: Feto de sexo femenino. Interrupción voluntaria de la gestación a las 20 semanas por diagnóstico prenatal de anencefalia. Patología: alteraciones compatibles con falta de inducción neural del polo cefálico (acráneo, restos de tejido nervioso displásico en cavidad craneal minúscula, anoftalmia bilateral, arrinia), síndrome de bridas amnióticas con atresia de extremidad inferior derecha, extremidad izquierda en flexión por brida amniótica de antepié izquierdo y probable laparosquisis (feto fragmentado, de difícil interpretación este extremo).

Polimalformado: Feto de sexo masculino de 16 se-manas producto de una interrupción voluntaria del embarazo por diagnóstico prenatal. Patología: laparosquisis, labio leporino y fisura palatina, encefalocele, bridas amnióticas que han provocado amputaciones de algunos dedos y necrosis isquémica distal de otros.

En todos estos casos la intuición del clínico le lleva a considerar correcta la terminación de la gestación si la mujer informada la solicita. La angustia de la mujer de continuar sustentando en su seno el crecimiento de un feto polimalformado que, en ocasiones, se parecerá más a un tumor que a un feto humano, sería la razón de la solicitud.

El intento de encontrar una manera sutil de justificar la terminación de la gestación como aborto indirecto resultaría poco convincente. Más convincente sería el ejercicio de la epiqueya como mitigación benigna de la norma que prohíbe el aborto. En este sentido, creo que es correcto distinguir entre la interrupción de la gestación y el aborto.

Prisioneros de palabras y conceptos que no agotan los matices de una realidad dramática, hemos de urgir el diálogo, al estilo de este seminario, entre médicos, biólogos, filósofos, teólogos y juristas.

Necesidad del diálogo medicina-filosofía-teología

Creo muy conveniente establecer unas reglas de juego para este diálogo. La primera, deseo de escuchar –no meramente oír– con una actitud receptiva, que supone asumir el riesgo de que se tambaleen algunas de nuestras seguridades. La segunda, evitar la tentación de querer tener la última palabra, convencidos de que nuestro sistema científico, filosófico o teológico tiene la perfección suficiente para encuadrar la posición del otro en el propio sistema conceptual. La tercera, abrirse dialogalmente en reuniones transdisciplinares (ciencias y humanidades) que permitan la profundización temática. Finalmente, en la clínica, al constituir comités de ética asistencial y, en la teología, hacer un esfuerzo para el conocimiento de los problemas científicos, que permita captar aquellos matices que nos orienten a cuestiones de teología moral fundamental que merecen profundización.

> "La rigidez hace imposible el diálogo y el buen asesoramiento"

En un magnífico discurso, el papa Juan Pablo II comenta la necesidad del diálogo entre ciencia y teología. El Papa invita a los teólogos a que realicen, con respecto a la ciencia, la magnífica tarea que hicieron los grandes maestros de la Edad Media con la cultura griega. Llega a afirmar que a la ciencia le cabe purificar a la religión de errores y supersticiones; y a la religión, liberar a la ciencia de idolatría y de un falso absolutismo. Señala como características básicas de la

11. La doctora VICTORIA CUSÍ, médico adjunto de Anatomía Patológica del Hospital Sant Joan de Déu, nos facilitó un excelente material iconográfico que fue presentado en la ponencia. Deseo expresarle mi agradecimiento.

relación entre ciencia y fe, la autonomía, la reciprocidad y la interacción:

> «Para ser más específicos, las dos, religión y ciencia han de preservar su autonomía y su carácter distintivo. La religión no se fundamenta en la ciencia, ni la ciencia en una prolongación de la religión. Cada una posee sus propios principios, sus formas de proceder, su diversidad de interpretación y sus propias conclusiones. El cristianismo posee en sí mismo el origen de su justificación y no espera que la ciencia sea su principal apologética. La ciencia ha de dar testimonio de su propia dignidad. Si bien cada una puede y ha de ayudar a la otra como una dimensión diferente de una común cultura humana, ninguna de las dos debe asumir que constituye una premisa necesaria para la otra. La oportunidad sin precedentes que tenemos hoy es la de una relación interactiva común, en la que cada disciplina mantiene su integridad y queda radicalmente abierta a los descubrimientos e intuiciones de la otra»[12].

CASOS DE VIABILIDAD FETAL, CON SUPERVIVENCIA REDUCIDA

Incluiríamos en estos casos una serie de patologías diagnosticables por diagnóstico prenatal que tienen una supervivencia muy limitada. Sirvan de ejemplo la trisomía 13 (síndrome de Patau); la trisomía 18 (síndrome de Edwards); la delección parcial del brazo corto del cromosoma 5 (síndrome del maullido de gato).

Una serie de enfermedades, diagnosticables también prenatalmente, ofrecen una supervivencia mayor –unos cinco años– como por ejemplo la enfermedad de Tay Sachs.

> «Desde la perspectiva social el aborto selectivo para eliminar personas con defectos alienta el ambiente de rechazo al deficiente, con todo lo que ello implica»

No creo que podamos justificar en modo alguno el aborto de estos fetos por trágicas que sean las historias familiares. Hay que considerar, sin embargo, que a todos estos casos son aplicables las consideraciones que hicimos en el apartado CASOS COMUNES.

Desde la perspectiva pastoral me parecen muy acertadas las palabras de los obispos católicos de los países del norte de Europa:

> «Precisamente porque el sacerdote debe preocuparse, entre otras cosas, de proteger la libertad de la mujer contra toda presión indebida, debe guardarse bien de ejercer él mismo una presión en este orden. Es esto lo que haría si insistiera sin precisiones sobre la autoridad de la Iglesia en los principios abstractos de moral, o simplemente haciendo jugar su propio poder de persuasión. La doctrina de la Iglesia católica es bastante clara en materia de aborto. El sacerdote debe velar particularmente por no simplificar abusivamente una situación que, en realidad, lleva consigo numerosos aspectos que merecen ser tomados muy en serio»[13].

En diversas ocasiones he expresado la necesidad de acompañar y no abandonar a las parejas en estos momentos difíciles. En general muchos directores de conciencia y sacerdotes en el ámbito de la pastoral se hallan muy tranquilos cuando son consultados después que se ha tomado la decisión de abortar y se ha llevado a la práctica. Las palabras de consuelo sobre la misericordia de Dios fluyen sin dificultad. La consulta *antes* de que se tome cualquier decisión crea una notable intranquilidad e incomodidad. El acompañamiento en la toma de decisión requiere cualidades personales de receptividad, acogida, paciencia para escuchar, libertad interior y madurez para respetar la decisión de conciencia de la persona que consulta y una cierta formación, conocimientos o experiencia, en el asesoramiento psicológico o espiritual. La rigidez hace imposible el diálogo y el buen asesoramiento.

> «Es imprescindible la comunicación, el acompañamiento y el asesoramiento no directivo para poder aceptar que el paciente pueda tomar una decisión lo más libre posible y responsable»

CASOS DE EUGENISMO SOCIAL

Incluyo en estos casos todos aquellos en los que la búsqueda del hijo sin defectos prevalece frente al respeto a la vida. Desde la perspectiva obstétrica la actitud ante el diagnóstico prenatal sería la que en términos militares se concibe como misión de búsqueda y destrucción, «search and destroy mission». Eliminar un feto potencialmente discapacitado para evitar cargas sociales. Desde la perspectiva social el aborto selectivo para eliminar personas con defectos alienta el ambiente de rechazo al deficiente, con todo lo que ello implica, sobre todo desde el punto de vista psicológico, para los que nacerán y para aquellos que ya han nacido. Otro problema graves es la banalización del

12. Mensaje del Papa JUAN PABLO II del 1 de junio de 1988, dirigido al reverendo padre GEORGE V. COYNE, director del Observatorio Vaticano.

13. VERSPIEREN, P. (ed.): *Biologie, Médicine et Ethique. Textes du Magistère Catholique.* Les dossiers de la Documentation Catholique, Ed. du Centurion, 1987, pág. 90. Cf. *Diagnóstico prenatal y aborto selectivo. Reflexión ética,* en ABEL, F., BONÉ, E. y HARVEY, J. C. (eds.), FIUC, *La vida humana. Origen y desarrollo. Reflexiones bioéticas de científicos y moralistas,* Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; Barcelona: Institut Borja de Bioètica, 1989, págs. 171-188. Este artículo fue reproducido también en *Labor Hospitalaria,* 1990; 22: 319-325.

aborto, especialmente cuando el concepto de defecto grave es sustituido por una percepción arbitraria o muy subjetiva del concepto *riesgo.*

Desde la perspectiva de víctimas potenciales de este aberrante eugenismo social están las trisomías 21 y el aborto selectivo de fetos varones en las enfermedades mendelianas ligadas al sexo.

CASOS EN LOS QUE LA DECISIÓN DE INTERRUMPIR LA GESTACIÓN INFLUYE LA DEFICIENTE COMUNICACIÓN

Creo que no está suficientemente objetivada la incorrecta o parcial interpretación que hace el paciente de una explicación técnicamente impecable. Existe ignorancia o desinterés por parte de muchas personas, e incluso equipos de diagnóstico prenatal, en seguir el por qué los pacientes toman determinadas decisiones.

Si bien es cierto que la decisión de interrumpir o no la gestación corresponde a los padres (generalmente) debidamente informados, no podemos concluir que baste una información correcta del diagnóstico y estimación del riesgo para cumplir con el deber de informar debidamente. Es imprescindible la comunicación, el acompañamiento y el asesoramiento no directivo para poder aceptar que el paciente pueda tomar una decisión lo más libre posible y responsable.

Hay que subrayar aquí la dificultad intrínseca a la comunicación y comprensión de los riesgos que se expresan numéricamente. Además del escuchar selectivo, una serie de circunstancias personales, familiares y ambientales condicionan la sobrevaloración o infravaloración de los riesgos formulados. A ello se añade que la forma como se comunica la probabilidad matemática de recurrencia del riesgo puede influir en las valoraciones. Generalmente, la formulación en porcentajes (e. g. 25 por 100) suscita un proceso mental más abstracto y despersonalizado que si se formula como magnitud de riesgo entre las proporciones (e. g. uno de cada cuatro). El lenguaje es, pues, un instrumento sutil que puede producir intensos cambios en la manera como la persona entiende la realidad. Finalmente, aunque muchos asesores genéticos afirma que usan enfoques no directivos, no existen datos para determinar qué significa y cómo consiguen la no-dirección. Las resistencias a transcribir sesiones de asesoramiento genético impiden un necesario control de calidad de la comunicación.

Considero, pues, una grave responsabilidad que cuantos trabajen en diagnóstico prenatal y se relacionen directamente con los pacientes desarrollen las habilidades comunicativas y que éstas puedan ser objetivadas [14].

Hasta aquí la realidad. Tenemos la esperanza que en un futuro no lejano los progresos médicos y tecnológicos nos deparen posibilidades terapéuticas equiparables a las diagnósticas. Tenemos la esperanza de que crezca en el asesoramiento genético la calidad de la comunicación entre los genetistas y obstetras y los pacientes, dando mayor relevancia y espacio profesional a los psicólogos clínicos. Tenemos la esperanza de que la sociedad acepte más y mejor a los más débiles y reciba amorosamente a los niños nacidos con deficiencias. Tenemos la esperanza de que las tecnologías médico-biológicas sean utilizadas al servicio de la vida y que obstetras y genetistas, fieles al principio *Primum non nocere,* perciban al feto con malformaciones o deficiencias como a un paciente al que hay que salvar y no como una enfermedad que se debe suprimir.

Tenemos la esperanza de que seminarios como éste permitan que teólogos, biólogos y clínicos progresen en la búsqueda de formulaciones más aptas para abordar las áreas grises y los casos extremos. Es el reto del sufrimiento humano a razonamientos morales excesivamente impermeables a los conocimientos científicos. Es el estímulo para seguir trabajando desde la ciencia y la teología al servicio de la comunidad y dignidad humanas.

14. *Labor Hospitalaria* dedicó un número monográfico en noviembre de 1990 al diagnóstico prenatal y asesoramiento genético. Una importante sección fue dedicada a los aspectos psicológicos, con una abundante bibliografía, transcrita en los artículos traducidos. A ella convendría hoy añadir el magnífico artículo de CHESCHEIR, N. C. y CEFALO, R. C.: *Prenatal Diagnosis and Caring, WHI,* 2, 1992: 123-132, de lectura obligada.

6.3 TESTIMONIO E INTERROGACIONES DE UN TOCO-GINECÓLOGO CATÓLICO*

Michel Chartier

Ex-gineco-obstetra del Hospital Notre-Dame-de-Bons-Secours, experto nacional ante la Cour de Cassation

ADVERTENCIA

¿Cuál puede ser la práctica de un toco-ginecólogo en Francia, si es católico y trabaja en un hospital católico? ¿Cómo conciliar este respeto del carácter propio del establecimiento hospitalario con la responsabilidad deontológica del médico?

Un conflicto acabó en 1988 con el cese del jefe de servicio de un hospital católico porque este médico consideró que los responsables del hospital obstaculizaban el ejercicio de su profesión. Éstos le presionaron a no mantener dentro del servicio de tocoginecología la práctica de técnicas de reproducción asistida sobre las cuales la Santa Sede acababa de pronunciarse con severidad en febrero de 1987.

Habrá que hacer un gran esfuerzo para profundizar la relación que existe entre el carácter propio de un hospital y la deontología profesional, lo cual no es sólo un problema ético, sino también teológico y pastoral, además de una cuestión de teología moral y de eclesiología.

No abordaremos aquí estas cuestiones; el artículo no pretende entrar en una polémica oponiendo los profesionales sanitarios católicos a su hospital confesional de su país. Sin embargo, de aquel drama se deduce que el cese de algunos miembros del personal sanitario y de su jefe de servicio deja sin resolver la cuestión de la acogida a las llamadas de auxilio que recibe hoy día por un hospital católico.

* *Le Supplément* (junio 1988), n.º 165, 161-174.

NOTA: En el marco del contrato civil de *comodato,* la congregación religiosa de las Hermanas de Notre-Dame-de-Bons-Secours había confiado desde hace años a un consejo de administración el funcionamiento de este hospital católico, del cual el servicio de maternidad y ginecología había adquirido una gran fama en Francia y fuera de ella por su calidad humana de acogida y el rigor clínico y científico de los cuidados prodigados bajo la dirección del doctor Michel Chartier. Las numerosas declaraciones públicas, especialmente del mundo médico y científico, dan testimonio.

La revista *Le Supplément* no se pronuncia sobre las respuestas que el doctor Chartier sio en su servicio a esas llamadas de auxilio; la revista se limita a escucharlas. Sería peligroso pasar por alto tales problemas. ¡Ojalá este testimonio pueda contribuir a que prosiga tan urgente investigación!

JEAN-PAUL DURAND, director

¿A qué situaciones se vio enfrentado el doctor Michel Chartier, católico convencido y ex jefe de servicio del Hospital Notre-Dame-de-Bons-Secours con su equipo sanitario?

TESTIMONIO

Es muy difícil imaginar al escoger una carrera profesional cuáles podrán ser sus riesgos y sus dificultades. Al optar por la obstetricia y ginecología, tras mi nombramiento en 1949 como interno de los hospitales de París, ¿quién habría podido predecir que dicha especialidad sería una de las grandes beneficiarias de los progresos de la medicina moderna y que su campo de actividad afectaría en el más alto grado a una disciplina recientemente aparecida al hecho mismo de los progresos científicos, la bioética?

> “En aquellos tiempos, 1945, los conocimientos obstétricos apenas habían cambiado respecto a las décadas anteriores”

Siendo joven residente de los hospitales de París, me casé a los 21 años, en octubre de 1945, y la moral sexual observada en el ámbito católico tradicional como el de mi esposa y el mío propio, no daba lugar a la discusión. Hubiese parecido aberrante a unos jóvenes novios como lo que éramos entonces nosotros, imaginar lo que hoy se designa con el término de cohabitación juvenil o preconyugal. La llegada de un hijo era deseada lo más pronto posible. Todavía me acuerdo de la ansiedad de mi mujer al no estar encinta después de tres meses de matrimonio. El único método de espaciar los nacimientos era el método OGINO, por el nombre de este ginecólogo japonés que había establecido, alrededor del año 1930, los períodos de fecundidad de la mujer en relación con su ciclo menstrual. Huelga decir que la palabra contracepción era desconocida en aquella época.

En aquel mismo tiempo los conocimientos obstétricos a penas habían cambiado respecto a las décadas anteriores. Para el seguimiento de la evolución de un

embarazo y conocer la vitalidad del feto, el obstetra o la comadrona disponían únicamente, al igual que los de épocas anteriores, del guante vaginal, del metro de costurera y del estetoscopio de madera de Pinard. Por el contrario, la técnica obstétrica ya se había modificado mediante el recurso más frecuente de la cesárea al haberse conseguido que ésta conllevara menos riesgos gracias al progreso conjunto de la cirugía, de la anestesia y la aparición de los antibióticos. Como resultado se había producido una reducción considerable de la mortalidad y de la morbilidad maternas y en un menor grado de las del recién nacido.

> ❝ La técnica obstétrica ya se había modificado mediante el recurso más frecuente de la cesárea ❞

Era a finales de mi residencia cuando la situación empezó a modificarse gracias a la conjunción de dos avances científicos en el ámbito de la gineco-obstetricia:

- El descubrimiento por Pincus y Rock de la famosa píldora –asociación de un estrógeno y de un gestágeno– que suprimía la ovulación, lo que abrió el gran debate sobre la contracepción en el mundo médico y, sobre todo, católico.
- La puesta a punto por los bioquímicos de los determinadores hormonales durante el embarazo, primero en la orina y después, en la sangre. Estas determinaciones aportan un elemento objetivo en la evolución del embarazo y, especialmente, en la apreciación de la vitalidad del feto, lo que se ha convenido en llamar hoy día el *bienestar fetal* o, por el contrario, los síntomas de un eventual sufrimiento fetal. Aun cuando no ha habido una tendencia a exagerar su valor, las dosificaciones hormonales han representado un gran paso para la obstetricia y han prestado inmensos servicios sobre la conducta a seguir en los embarazos patológicos hasta la introducción de la monitorización del ritmo cardíaco fetal, primero y de la ecografía, después.

En el ambiente médico católico al que yo siempre he pertenecido desde mi infancia, se seguía la enseñanza tradicional de la Iglesia en cuanto a la sexualidad y a la moral conyugal. Es por esto por lo que desde que se conocieron los trabajos de Raoul Palmer en 1938 sobre el diagnóstico del día de la ovulación a través de la curva de la temperatura basal de la mujer, los ginecólogos, sobre todo los católicos, preconizaron la utilización de la curva menotérmica como método de regulación de los nacimientos. Fue mi amigo Jacques Férin, ginecólogo de la escuela belga de Lovaina, quien publicó los primeros estudios en 1947. Fue entonces que el método de la temperatura se popularizó en los países europeos. Esta popularización fue sobre todo obra de Holt, Geller y la mía propia, pero su gran difusión, al menos la experiencia de Nantes, fue obra de Van der Stappen, de Traissac y de B. y A. Vincent. En aquella época, yo había preconizado el no iniciar las relaciones sexuales hasta el tercer día de la meseta hipertérmica. Es esto lo que Paoul Palmer había llamado «el método duro de Chartier» que tiene una tasa de fracasos inferior a un 1 % *año-mujer* y es por el gran inconveniente de reducir el período autorizado a diez y a veces a seis días por ciclo. Para dar a conocer este método de regulación de la natalidad, realicé *yo solo sin ninguna ayuda financiera exterior* un cortometraje sobre la curva térmica e hice editar por P. Lethielleux un folleto titulado *Fecundidad y dominio de sí mismo.*

Para bien demostrar mi fidelidad a la doctrina católica, me parece interesante recordar la historia siguiente acaecida en 1957. Yo era entonces jefe clínico de la Facultad de Medicina y aseguraba las urgencias en varios hospitales, en particular en el *Hôtel-Dieu* en el servicio de Ginecología y Obstetricia del doctor S., para suplir el trabajo de su asistente y amigo mío el doctor Granjon. Un día me habían llamado de urgencia por la tarde para hacer una cesárea con esterilización tubárica, ésta última prescrita por orden del jefe, el doctor S.

Queriendo respetar la prohibición de tal práctica hecha por la Iglesia, hice la cesárea pero sin esterilización tubárica. Al día siguiente, fui convocado por el jefe, furioso por esta desobediencia de mi parte, me expulsó del servicio, lo que no tenía en sí gran importancia. Desgraciadamente, dos días después supe que aquel mismo jefe formaba parte del jurado de la Junta de Adjuntos de los Hospitales, concurso al cual yo me iba a presentar y en el que tenía muchas esperanzas de ser designado. Inútil decir que el doctor S. me hizo comprender que se opondría a mi nombramiento. Sólo un año después fui nombrado Adjunto de los Hospitales y este retraso explica en gran parte el hecho de que yo no fui nunca jamás nombrado tocoginecólogo de los hospitales de París.

> ❝ Desde que se conocieron los trabajos de Raoul Palmer sobre el diagnóstico del día de la ovulación a través de la curva de la temperatura basal de la mujer, los ginecólogos sobre todo los católicos, preconizaron la utilización de la curva menotérmica como método de regulación de los nacimientos ❞

Fue así como recibí con gran alegría mi nombramiento como jefe de maternidad del Hospital Notre-Dame-de-Bons-Secours con fecha 1 de enero de 1961. Me había presentado para aquella plaza vacante con la recomendación del padre Larère, entonces capellán de la Conferencia Laënnec, lugar de reunión de los estudiantes de medicina católicos. Deseoso de obtener este

cargo no importaba lo que ocurriera, puesto que era la única posibilidad de realizar mi objetivo de tocoginecólogo católico, no había querido ir a visitar el lugar antes de presentar mi candidatura. ¡Cuál fue mi asombro y el de mis tres primeros colaboradores: François de Paillerets, pediatra; Geneviève Barrier, anestesista, y Jean Hidden, obstetra, al visitar el servicio el 1 de enero de 1961: salas de hospitalización sin ningún confort, una única sala de consulta, un minúsculo despacho médico, una sala de cesáreas sin ningún material quirúrgico, ningún interno...! Tengo que confesar que, sentados alrededor de una taza de café en la cafetería más cercana de la calle Didot, nos preguntábamos si íbamos a quedarnos. No recuerdo qué prevaleció, la razón, la resignación, el espíritu y el deseo de intentarlo, el caso es que nos quedamos y además con la seguridd de que mi fiel amigo, el doctor Maurice Dubost, se uniría muy rápidamente a nuestro pequeño equipo.

> «De entrada, decidí hacer del Bon-Secours un establecimiento capaz de dar una imagen de alta calidad»

De entrada, decidí hacer del Bon-Secours un establecimiento capaz de dar una imagen de alta calidad en los diferentes campos de la especialidad, condición *sine qua non* para que fuese reconocida nuestra especificidad y nuestra credibilidad de hospital católico. Por esta razón, tuve que remar contra corriente. En efecto, desde su creación e inauguración el 31 de mayo de 1910 por el cardenal Anette, arzobispo de París, no había más servicio que el de maternidad y ese había sido el deseo de madame Jules Lebaundy, fundadora de la maternidad de Notre-Dame-de-Bon-Secours con la intención de *prestar servicio a las mujeres de mundo, de fortuna modesta, ofreciéndoles un parto feliz y la atención adecuada para ellas y sus hijos,* tal y como lo indica la placa conmemorativa que se encontraba en la sala de espera de la época. Las religiosas habían respetado al pie de la letra la intención de su fundadora. No todo el mundo podía venir a dar a luz a Bon-Secours, había de ser recomendado y pagar para tener acceso a ello. Esta selección me parecía totalmente contradictoria con la etiqueta de hospital católico. Por ello, un día, en un arrebato de mal humor, dije a la madre directora de entonces, que se quedó estupefacta: «Si la Santa Virgen viniese a dar a luz en este momento a París, ¿sería admitida a Bon-Secours?».

Al venir yo mismo de la Asistencia Pública, lo que me pareció más entristecedor era el nivel de la práctica médica. Prácticamente sólo seguían en Bon-Secours los embarazos normales, la patología obstétrica era inexistente por falta de estructuras adecuadas (por ejemplo, el médico responsable en aquella época de las exanguinotransfusiones fetales por isoinmunización rhesus se había negado a realizarlas en Bon-Secours por falta de vigilancia médica y, por tanto, de seguridad). No había ninguna actividad ginecológica, ninguna patología ginecológica, no había consulta de esterilidad conyugal, ni cirugía ginecológica. Fui convocado ante el Consejo de Administración porque algunos meses después de mi llegada había operado a una religiosa (de otra orden) en una maternidad. No podía haber materia alguna de escándalo dado que se trataba de una religiosa menopáusica que padecía un cáncer del endometrio. Además, tuve que pasar por alto la prohibición que se me había hecho de operar en el servicio, con riesgo de comprometer mi titulación, tras el período de prueba de un año que mi contrato exigía.

Contrariamente a lo que se había efectuado hasta entonces, yo deseaba que se pudiese acoger en Bon-Secours toda la ginecología y obstetricia, en particular la patología más delicada de cada una de ellas. Deseaba que viniese a Bon-Secours, precisamente por ser un hospital católico, todas las desgracias humanas, incluso las más difíciles de resolver, y Dios sabe que estas desgracias son frecuentes en nuestra especialidad: parejas estériles, parejas abrumadas por una fecundidad excesiva, madres solteras, dificultades de todo orden en el campo de la sexualidad, casos sociales... Ésta es la razón por la que desde 1962 fue creada bajo la responsabilidad de la doctora Odile Cordier, secundada eficazmente desde 1966 por la doctora Denise Saint-Fare-Carnot, una consulta especial denominada conyugal y familiar. Puesto que dicha consulta contribuyó a modificar nuestra práctica frente a estos problemas y a forjar una imagen propia a nuestro servicio, quisiera mostrar su evolución al correr de los años.

> «Yo deseaba que se pudiese acoger en Bon-Secours toda la ginecología y obstetricia, en particular, la patología más delicada de cada una de ellas»

Habíamos pensado al iniciar nuestro trabajo y en función de nuestra propia formación que podríamos, mediante la continencia periódica guiada por la curva térmica, aportar si no una solución definitiva, al menos una ayuda preciosa a la inmensa mayoría de las parejas. Por eso creíamos bueno el organizar conferencias para información y educación; no mencionaré las modalidades de dichas conferencias que organizamos en Bon-Secours tres veces al año. A pesar de la propaganda hecha por una parte en el Servicio y, por otra, en las parroquias cercanas, incluso distribuyendo hojas informativas, sólo acudían unas veinte personas por sesión lo que no era mucho, dado el sector en el que estábamos implantados. Por ello propusimos rápidamente a las mujeres una visita durante su embarazo y otra, inmediatamente, después del parto con la docto-

ra Odile Cordier. Nos percatamos en seguida de que, contrariamente a lo que había sucedido con las conferencias públicas, existía una gran demanda. Esta consulta prevista inicialmente una tarde a la semana fue literalmente tomada por asalto; muy pronto fue necesario que funcionara cada mañana, y más adelante, varias tardes a la semana. Ahora bien, durante las entrevistas, el acercamiento objetivo a las parejas, sin tomar partido, sin, a priori –sobre todo cuando se trataba de casos más o menos dramáticos en los que se nos adherían como a una especie de salvavidas– nos condujo progresivamente a enfocar el problema de la regulación de los nacimientos bajo un punto de vista diferente. Fue la experiencia clínica adquirida con numerosas parejas que se nos habían confiado la que poco a poco nos demostró por una parte:

- Los límites de la continencia periódica guiada por la curva térmica:
  a) *Límites de orden fisiológico:* reglas irregulares, ovulaciones inconstantes o tardías, en casi un 20 % de los casos, período premenopáusico ...
  b) *Límites de orden socio-profesional:* separación debida a las condiciones de trabajo, vida en común solamente los fines de semana o durante las vacaciones, etc.
  c) *Límites de orden científico:* aunque excepcionales, algunas fecundaciones indiscutibles tienen lugar a partir del 4.º día de la meseta hipertérmica sin ninguna relación conyugal o extraconyugal en la primera fase del ciclo postmenstrual y preovulatorio.
  d) *Límites de orden psicológico:* algunas parejas (37 sobre los 300 primeros casos) no pueden aceptar en el plan psico-afectivo el período de continencia impuesto por la práctica de la curva térmica.
- Por otra parte, la necesidad impuesta por estos límites de recurrir a otros métodos y el hecho de que estos métodos (estrogestágenos, DIU, preservativos masculinos o femeninos) no eran forzosamente en sí mismos factores de laxismo o de hedonismo.

En realidad, como a muchos otros, lo que me pareció primordial era hacer reflexionar a la pareja sobre sus motivaciones profundas para que, acto seguido, pudieran tomar sus responsabilidades en la planificación de los métodos. En efecto, lo esencial, según nuestra experiencia, es considerar a la pareja en la realidad de su historia en función de sus condiciones socio-culturales, de su madurez psicoafectiva y espiritual para promover la unidad, la fidelidad y la fecundidad en todos sus aspectos. Fue desde esta misma óptica que esta consulta destinada, en principio, a la regulación de nacimientos, se orientó enseguida al conjunto de problemas planteados por la sexualidad. Era evidente para los médicos de la consulta conyugal y familiar que cierto número de desavenencias conyugales tenían por origen dificultades sexuales, en particular la falta de armonía conyugal, ya que el placer sexual es indispensable en la estructuración de un amor profundamente humano y fecundo, que está bastante a menudo ausente de todo encuentro y diálogo sexuales.

Hacer descubrir o redescubrir la necesidad del placer sexual y permitir su realización es una tarea delicada que necesita de una escucha bondadosa y una experiencia respetuosa de la historia de la personalidad de cada uno. Se prestó una atención particular a casos de matrimonio no consumado, situación más frecuente de lo que se cree y muy dolorosa. Me acuerdo de la curación de una pareja que se encontraba en dicha situación después de más de 10 años, curación obtenida tras unas conversaciones con un médico de esta consulta.

La calidad de acogida y de rigor moral que caracterizaban esta consulta, hicieron que cada vez fueran más y más las personas de todas las edades y particularmente, los jóvenes los que acudiesen. Estos últimos a menudo tienen más dificultades para hablar de su sexualidad con sus padres que con un médico. Hace falta mucha paciencia, tacto y comprensión para ganar la confianza de los jóvenes y para hacerles adquirir madurez y responsabilidad partiendo de los inicios de su experiencia práctica sexual, que es muy a menudo consecuencia de una falta de afectividad en el ambiente familiar.

> “Creamos una consulta denominada conyugal y familiar que contribuyó a modificar nuestra práctica y a forjar una imagen propia de nuestro servicio”

No fue fácil que el Consejo de Administración admitiese un interés en tal consulta, sobre todo, tras la aparición en julio de 1968 de la encíclica *Humanae Vitae*. Sólo después de largas discusiones pude convencer al presidente del Consejo de Administración de entonces, monsieur G. Lilièvre, para que firmara un convenio con el Prefecto de París para que el funcionamiento de la consulta fuese subvencionado por la PMI (Protección Materna e Infantil). Este convenio fue firmado en diciembre de 1974 instituyendo en los servicios de ginecología y obstetricia una consulta de planificación y de educación familiar.

Tras la aparición de la ley del 12 de enero de 1975, llamada ley Veil, sobre la interrupción voluntaria del embarazo, la consulta de planificación y de educación familiar tenía la finalidad de acoger, para la entrevista previa obligatoria por la ley, a las mujeres que preveían tal eventualidad. Con riesgo de escandalizar a algunos, nos pareció que un médico católico debía escuchar la solicitud de mujeres que estaban, a menudo, en situación de dificultad. A veces, la entrevista permitió a una mujer o a una pareja el cambiar su primera intención y evitar así un aborto. Cuando, a pesar de nuestra ayuda, la mujer mantenía su petición, en ningún caso la interrupción se efectuó en el servicio.

Para acoger en Bon-Secours la patología obstétrica, era necesario previamente que la calidad de la obstetricia cotidiana fuese reconocida por todos. Ésta fue una de mis primeras tareas y yo decía con frecuencia a la madre directora: «Estemos entre los mejores, y luego podremos hablar de Dios». Me parece que es éste el significado de la siguiente declaración de Simone Weil: «No es por la manera en la que un hombre me habla de Dios que puedo ver si su alma ha pasado por el fuego del amor divino, sino por la forma en que me habla de las cosas terrestres».

Debo reconocer que, aparte del trabajo de gran calidad de mis colaboradores médicos, la ayuda más eficaz que pude encontrar es la de madame Chabredier, inspectora de la caja regional de seguro de enfermedad de París, encargada de evaluar las recetas cotidianas de lo que se había convertido poco a poco en un verdadero servicio de ginecología obstétrica. Fue ella quien aceptó cubrir el salario del pediatra, sobre las recetas del día, antecedente que no había tenido hasta entonces fórmula legal en ninguna maternidad. Fue ella quien, al ver que la actividad del servicio fue aumentando regularmente, permitió crear empleos para interno, comadronas, enfermeras, secretarias médicas y, después, para médicos a jornada completa. Fue ella quien, rápidamente, convencida por sí misma, logró persuadir a sus jefes de que era necesario poner todos los medios en práctica para mejorar el servicio con la participación financiera de la Seguridad Social: creación de locales de consulta y despacho médicos –extensión de la hospitalización de 40 a 60 camas–, creación de un servicio obstétrico y quirúrgico añadiendo algún piso a la vieja maternidad de 3 pisos, todo ello financiado casi totalmente por el Seguro de Enferme-dad sobre las tarifas de los intereses de los préstamos contratados y de las amortizaciones. Fue ella quien autorizó la compra en leasing, a principios de 1973, del primer ecógrafo Siemens que entró en función en un hospital de París (mi amigo Leroy había tenido el primer aparato mucho antes de Bon-Secours, en la región parisina de Saint Maurice).

> «Con el correr de los años adquirimos notoriedad y competencia en patología obstétrica»

Desde 1970, la fecha de la puesta en servicio de los nuevos edificios, la actividad obstétrica no cesaba de desarrollarse, el número de partos aumentaba cada año hasta superar la cifra de 2.200 durante los últimos años. Y, a pesar de este aumento considerable, más de 200 demandas al mes tenían que ser rechazadas. Con el correr de los años adquirimos notoriedad y competencia en patología obstétrica. Estuvimos entre los primeros en dar la posibilidad de un embarazo normal a las mujeres diabéticas insulinodependientes entre las cuales la mortalidad perinatal era elevada. Nos especializamos en la patología vásculo-renal del embarazo y trabajamos en estrecha colaboración con los nefrólogos del Hospital Broussais, en particular con los del profesor Jean Bariéty. Los últimos años nos interesamos sobre todo por el problema del retraso del crecimiento intrauterino, lo que nos ha permitido salvar la vida de niños prematuros y de bajo peso. Nuestros resultados en este campo aún fueron tanto más satisfactorios cuanto se había establecido una colaboración fructuosa y llena de confianza a partir de 1977 entre el servicio de pediatría del Hospital Saint-Michel y el de toco-ginecología de Bon-Secours, habiendo aceptado mi amigo Yves Bombard, jefe del servicio de pediatría, que su adjunto más directo, Christian Aufrant, asumiera la responsabilidad de la pediatría de Bon-Secours.

> «Los últimos años nos interesamos sobre todo por el problema del retraso del crecimiento intrauterino»

Inevitablemente, esta apertura hacia la patología obstétrica debía llevarnos tarde o temprano a situaciones dramáticas, algunas de las cuales podían plantear la indicación de interrumpir el embarazo. Recuerdo todavía el primer caso que se presentó en 1965. Se trataba de una diabética insulinodependeinte de hacía mucho tiempo con lesiones vasculares que afectaban riñón y retina. Esta joven deseaba ardientemente llevar a término su embarazo; desgraciadamente, hacia el quinto mes se agravaron brutalmente las lesiones renales y oculares a tal punto que esta joven, cuya agudeza visual estaba considerablemente reducida, corría el riesgo de quedarse ciega. Ante la insistencia de su diabetólogo del Hospital Saint-Joseph, el doctor Deuil, católico practicante, debía ser practicada una interrupción del embarazo con esterilización tubárica. Cuando la decisión fue tomada, fui a informar a la madre directora diciéndole: «por corrección y respeto a su función, vengo a prevenirle que mañana se hará a madame X una interrupción de su embarazo, único medio de salvarle la vista y, tal vez, la vida; es de mi responsabilidad como médico tomar tal decisión y no solicito ninguna aprobación por su parte». La madre directora comprendió bien el sentido de mi proceder. Unos días después, me reuní con todo el servicio para informarles de los hechos a fin de disipar cualquier malentendido. Tales situaciones para las diabéticas no se presentan ahora casi nunca en parte gracias a las acciones que el servicio ha llevado a cabo desde 1974. Como prueba no hay más que ver la estadística siguiente que se refiere precisamente a las interrupciones del embarazo debidas a la diabetes.

Hubo 11 en total:

6, de 1965 a 1974.
2, de 1975 a 1978.
3, de 1979 a 1982.
0, de 1982 a ahora.

Lo mismo se constata en otras enfermedades y obliga a tomar distancias antes de criticar o prohibir ciertas interrupciones cuyas indicaciones irán desapareciendo gracias a los progresos científicos.

Así pues la fama del servicio en el sector de la patología obstétrica y el hecho que yo fuese desde 1959 Experto Nacional en la Corte de Casación presentó, naturalmente, en el servicio casos dramáticos que provenían no solamente de la región parisina sino también de la provincia, en tanto que los médicos correspondientes sabían cuál era mi rigor en la decisión y con qué caridad acogía a esas parejas en profunda tribulación. Debo confesar que a menudo las lágrimas me brotaron mientras escuchaba, de tal manera era su situación desesperada. Temiendo dejarme convencer por una extrema sensibilidad, compartí este problema con numerosos médicos católicos, sacerdotes teólogos y moralistas. Llegué a la conclusión de que en los casos en los que yo juzgaba la indicación medicalmente justificada, mi conciencia de ginecólogo católico me prohibía abandonar tales parejas cuando éstas deseaban que la interrupción fuese practicada en Bon-Secours, lo que fue el caso de un 42 % de solicitudes que tuve que estudiar como experto. No ignoraba los problemas que tal actitud podía plantear a un establecimiento católico. Por ello y por lealtad, en 1970 quise informar personalmente al cardenal Marty, por entonces arzobispo de París. Él comprendió que yo no venía a solicitar autorización alguna y me dio su confianza.

> “Se había dedicado una atención particular al estudio de la esterilidad conyugal en sus dos vertientes inseparables: femenina y masculina”

Algunos años después de la apertura de nuevos locales, la práctica obstétrica ha sido progresivamente transformada por la instalación de técnicas que permitían conocer mejor el estado del feto. Ya he hablado de las dosificaciones hormonales en sangre materna que, en cierta medida, informaban sobre el funcionamiento de la unidad fetoplacentaria. Después fue la aportación de la electrónica la que, al estudiar el ritmo cardíaco fetal al final del embarazo o durante el parto, nos ha dado informaciones sobre el bienestar del feto y del diagnóstico de los primeros síntomas de sufrimiento. Más tarde fue la práctica de la amniocentesis precoz la que mediante el estudio de los constituyentes del líquido amniótico (estudio de los cromosomas en cultivo de células fetales, dosificaciones de substancias químicas, etc.) permitió diagnosticar malformaciones fetales o enfermedades hereditarias constituyendo el punto de partida de lo que se llama hoy el diagnóstico prenatal.

Y finalmente, la revolución que supuso la aplicación de la ecografía a la obstetricia. En efecto, la ecografía permite a lo largo del embarazo confirmar la vitalidad del feto mediante la observación de la actividad cardíaca; seguir mediante mediciones objetivas el crecimiento del feto y reconocer un retraso eventual; estudiar la morfología de este feto y descubrir las malformaciones, ya que se sabe que éstas se encuentran en aproximadamente un 3 % de los embarazos. Anteriormente, estas malformaciones, salvo excepciones poco frecuentes, no eran reconocidas hasta el nacimiento. Hoy día estas malformaciones se diagnostican en el curso del embarazo en un tiempo más o menos precoz, a condición de que el equipo sea de alta tecnología y manejado por ecografistas experimentados en obstetricia. Esto quiere decir que cuando estas malformaciones son de una particular gravedad, se plantea con mayor frecuencia la indicación de la interrupción del embarazo. La ley de 17 de enero de 1975, en su artículo 162-12, que trata de la interrupción voluntaria del embarazo por motivo terapéutico estipula que esta interrupción puede, en cualquier momento, ser practicada si dos médicos certifican, después de examen y discusión, que la prolongación del embarazo pone en grave peligro la salud de la mujer o que existe una fuerte probabilidad de que el niño al nacer padezca una afección particularmente grave reconocida como incurable en el momento del diagnóstico.

Es evidente que tal ley puede ser aplicada por algunos con un mínimo de exigencias tanto para las indicaciones de origen materno como fetal. Pero en nuestro servicio no era así, antes al contrario, la opinión del médico especializado en malformaciones y, concretamente, el especialista de la malformación en cuestión (cirujano pediatra, cardiólogo infantil, neuropediatra, etcétera) era siempre solicitada antes de tomar cualquier decisión.

Y fue en parte para conocer mejor el estado del feto que uno de mis colaboradores, el doctor Fernand Daffos, puso a punto en 1983 por primera vez en el mundo una técnica original de obtención de muestras de sangre fetal bajo control ecográfico durante el embarazo. Esta técnica transformó el diagnóstico prenatal representado hasta entonces por la amniocentesis precoz y, excepcionalmente, la fetoscopia. Daré un solo ejemplo: la toxoplasmosis. Se sabe desde hace mucho tiempo que cada año cerca de 2.000 mujeres francesas contraen durante el embarazo una enfermedad parasitaria que ocasiona, sólo en un 5 % de los casos, una encefalopatía fetal gravísima. Sin embargo, este riesgo mínimo conducía a la gran mayoría de las mujeres a

pedir la interrupción del embarazo. Actualmente, gracias a los trabajos de los doctores F. Daffos, F. Forestier y G. Desmonts, mediante una toma de sangre fetal se pueden reconocer *in utero* los fetos afectados de la encefalopatía. Así que sobre 746 tomas de sangre efectuadas para seroconversión toxoplásmica pergravidique, no hubo más que 24 afecciones graves que justificaban la interrupción del embarazo. En consecuencia, nacieron 722 niños, lo que no hubiera ocurrido hace unos años; y además, 15 de ellos fueron diagnosticados de una forma benigna de la enfermedad, beneficiando de un tratamiento médico *in utero* y nacieron normales.

> “Desde 1984 empezamos a realizar fecundaciones *in vitro*”

Mi objeto es destacar una vez más que es difícil y, a menudo injusto, pronunciar juicios sobre la utilización de una práctica médica como en nuestro caso la interrupción del embarazo, sin conocer el contexto en el cual esta práctica se sitúa y evoluciona. Si no hubiese habido ninguna interrupción de embarazo en Bon-Secours, es probable que Fernand Daffos nunca hubiera imaginado y puesto a punto su técnica de toma de sangre fetal, uno de cuyos méritos principales es permitir confirmar la normalidad del feto, tratar eficazmente en ciertos casos los que están enfermos y así disminuir considerablemente las indicaciones fetales de interrupción del embarazo.

Esta nueva y apasionante actividad del servicio ha contribuido en gran medida a aumentar su reputación no sólo en Francia, sino también y sobre todo, en el extranjero. En efecto, además de las numerosas conferencias que el doctor Daffos fue a dar a los Estados Unidos, numerosos ginecólogos extranjeros acudieron a Bon-Secours para aprender esta nueva técnica. Es así que durante un año un ginecólogo argentino y, al año siguiente una ginecóloga australiana, becaria de su universidad, vinieron a trabajar en el departamento de diagnóstico prenatal y de fetología. Ésta es también la razón por la cual muchas mujeres ambarazadas, cuyos fetos presentaban anomalías, venían a pedir consejo al doctor Daffos y a mí mismo, sabiendo perfectamente que nosotros éramos siempre muy rigurosos en nuestras indicaciones.

En efecto, pudimos con bastante frecuencia aconsejar la continuación del embarazo a una paciente que había sido conmocionada y angustiada por declaraciones alarmistas de médicos que no estaban al tanto de la cuestión. Yo daría un sólo ejemplo entre tantos. Una mujer de 38 años, soltera y sin duda, causa de una contracepción medicamentosa mal administrada, confirmó su embarazo a finales del cuarto mes. Unas semanas más tarde una ecografía mostraba hidrocefalia del feto. Esta mujer nos fue enviada para ser visitada. El carácter moderado de esta hidrocefalia y la ausencia de una enfermedad grave como la toxoplasmosis o el citomegalovirus que pudiese explicar la hidrocefalia, nos llevaron a pedir consejo al profesor Michel Arthuis, eminente especialista en neuropediatría. Éste confirmó nuestro pronóstico favorable y aconsejó, tal y como nosotros lo habíamos inicialmente previsto, la continuación del embarazo. La paciente aceptó nuestra decisión pero nos comunicó el deseo de abandonar a su hijo al nacimiento y darlo en adopción. Dio a luz en Bon-Secours y ¡cuál no sería nuestra alegría cuando después del parto ella cambió de opinión y quiso quedarse con su hijo! No puedo dejar de pensar que si esta paciente hubiese sabido que nosotros nunca efectuábamos interrupciones del embarazo, ella no nos habría depositado una confianza tan grande.

La mayor parte de las interrupciones del embarazo por indicación fetal son debidas a anomalías incompatibles con la vida, ya se trate de malformaciones como la anencefalia o la ausencia bilateral del riñón (síndrome de Potter); de ciertas anomalías cromosómicas como la trisomía 18; de lesiones fetales secundarias a infecciones pergravídicas (como la toxoplasmosis antes mencionada), o de ciertas formas de enfermedades hereditarias.

> “Lo que dio el carácter católico al servicio de gineco-obstetricia fue el respeto de la persona humana, la calidad de escucha, en particular de las situaciones dramáticas y su solución práctica, en definitiva el calor de la acogida”

Sin embargo, es imposible hablar de interrupción del embarazo de indicación fetal sin evocar el delicado problema de los casos límites, en particular el planteado por el diagnóstico de una trisomía 21 mediante una amniocentesis precoza que confirma el diagnóstico fetal de síndrome de Down. Puede parecer escandaloso plantearse en un caso así una interrupción del embarazo, cuando se sabe que la presencia de un niño con síndrome de Down en una familia puede ser el crisol de un amor más grande. De todos modos, somos conscientes que el síndrome de Down está, a veces, asociado a malformaciones cardíacas graves a menudo incompatibles con la vida, que cierto número de parejas abandona a su hijo con síndrome de Down al nacimiento y que no todas las familias reconocen al niño con síndrome de Down como una bendición divina. ¿Qué debe hacer entonces el ginecólogo católico cuando, a pesar de todos sus esfuerzos durante las entrevistas sucesivas, la pareja no puede aceptar la carga que constituye para ella esa dolorosa realidad? Sin duda, ¡es más fácil para un consejero espiritual decir lo que no conviene hacer que para un ginecólogo lavarse las manos! Tal vez yo estuve equi-

vocado, pero ésta es mi lectura del Evangelio y la que me condujo a acompañar a las pocas parejas que se encuentran en esta situación dramática de dificultad. No puedo evitar de citar la carta que me había escrito un médico después de la interrupción del embarazo de su esposa quien, tras tres embarazos normales, se encontraba embarazada a los 38 años de un niño con síndrome de Down (la pareja era católica practicante): «Tengo que agradecerle la competencia profesional y afectiva de la que hemos sido beneficiados en Notre-Dame-de-Bon-Secours. Tanto a mi esposa como a mí nos ha emocionado mucho el apoyo que ustedes nos han aportado, usted mismo y todo su equipo durante estas horas tan difíciles de vivir. ¿Podría usted ser tan amable y transmitir nuestro agradecimiento al personal de enfermería dela primera planta y a su equipo médico?».

¿Qué ha representado la práctica de la interrupción del embarazo por indicación materna y fetal en el total de la actividad obstétrica del servicio? De 1967 a finales de 1987, hubo 35.079 partos que dieron a luz 36.724 hijos y 326 interrupciones del embarazo, o sea, un 0,92 % respecto a los partos y un 0,88 % respecto a los nacimientos.

> “Acoger en un hospital católico todos los gritos de auxilio incluso los que planteaban problemas morales muy delicados y aliviarlos desde una óptica a la vez humana y evangélica”

Durante el mismo período recibí 785 pacientes que solicitaban la interrupción del embarazo. Rechacé 75 de estas pacientes. En cuanto a las 710 peticiones aceptadas, un 42 % fueron efectuadas en nuestro servicio.

A pesar de las numerosas y diversas actividades del sector obstétrico, la parte ginecológica del servicio no fue abandonada. Ninguna de las numerosas facetas de esta especialidad no fue dejada en la sombra, ya se tratase de un aspecto médico, psicológico, psiquiátrico o quirúrgico. Desde siempre se había dedicado una atención particular al estudio de la esterilidad conyugal en sus dos vertientes inseparables: masculina y femenina; en particular empezó a funcionar muy pronto una consulta especial de esterilidad masculina bajo la responsabilidad del doctor Gernigon. Fuimos los primeros en publicar una serie importante de cirugía tubárica interactiva con éxito, es decir, después del fracaso de la primera tentativa de plastia tubárica, lo que anteriormente, un modo tal de actuar hubiera parecido ilusorio. Enseguida utilizábamos los avances científicos en la medida en que se desarrollaban: tratamientos hormonales para paliar la ausencia de ovulación espontánea, microcirugía en sustitución de la cirugía clásica para restablecer la permeabilidad de las trompas y desde 1984, la fecundación *in vitro* cuando ésta aparecía como la única esperanza de obtener un embarazo ante una esterilidad conyugal de larga duración rebelde a las terapéuticas clásicas.

Al principio nos impusimos las mismas reglas estrictas que las de los otros hospitales católicos de Lille y de Lovaina, reservando esta técnica sólo para parejas estables, lo que se llamó ulteriormente la fecundación *in vitro* homóloga. Fue en Bon-Secours donde nació el 17 de junio de 1986 el primer *bebé probeta* francés llamado así por los medios de comunicación después del nacimiento en Lille en septiembre del mismo año. Además de los buenos resultados obtenidos por el equipo de los doctores G. Sarrot, Ph. Granet y Hélène LeturKornisch, una vez que ellos adquirieron el dominio de los problemas técnicos, lo que hizo la reputación del centro de la fecundación *in vitro* de Bon-Secours, era la calidad y la acogida cordial que aquellas parejas angustiadas recibían allí. Esta actitud profundamente humana y cristiana les ayudaba a aceptar mejor las exigentes limitaciones de esta técnica médica al servicio del amor humano.

Así pues la conjunción de todas estas actividades de vanguardia en los distintos ámbitos de la ginecología obstétrica hizo creíble el carácter católico del servicio, lo que fue siempre mi preocupación principal. En efecto, pretender ser un hospital católico al servicio de los hombres y de las mujeres de nuestra época, sin ser reconocido por el mundo médico y científico entre los más competentes y dinámicos me parecía un contratestimonio del Evangelio. Ahora bien, lo que dio el carácter católico al Servicio de Gineco-obstetricia fue el respeto de la persona humana, la calidad de escucha, en particular de las situaciones dramáticas y su solución práctica, en definitiva, el calor de la acogida.

INTERROGACIONES

Tal es mi testimonio fruto de una opción inicial deliberada: acoger en un hospital católico todos los gritos de auxilio, incluso los que planteaban problemas morales muy delicados y aliviarlos desde una óptica a la vez humana y evangélica. ¿No es esto lo que había expresado la *Gaudium et Spes?* «Las alegrías y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los hombres de esta época, sobre todo de los pobres y de todos los que sufren, son también las alegrías y las esperanzas, las tristezas y las angustias de los discípulos de Cristo y no hay nada de verdaderamente humano que no encuentre eco en su corazón». ¿Habría yo percibido mal este eco puesto que se me prohibió de continuar? Sin embargo, no puedo evitar plantear al conjunto de la comunidad católica y más, particularmente, a los teólogos algunas preguntas:

– En cuanto a la prohibición de la fecundación homóloga, los argumentos invocados no me parecen ni convincentes, ni fiables. Se apoyan esencialmente en una

antropología que privilegia ante todo *la naturaleza*. Una frase me ha impresionado particularmente: «La transmisión de la vida humana ha sido confiada por la naturaleza a un acto personal y consciente, y como tal sometido a las muy santas leyes de Dios: estas leyes inviolables e inmutables deben ser reconocidas y observadas». Mi pregunta es la siguiente: ¿dónde Dios ha escrito y promulgado sus santas leyes? Por otro lado, ¿es serio afirmar que la fecundación *in vitro* homóloga deja la identidad del embrión al poder de los médicos y de los biólogos? Pretender que la fecundación *in vitro* homóloga establezca un dominio de la técnica sobre el origen y el destino de la persona humana, ¿no sería condenar la finalidad de una técnica médica que tiene por objeto el estar, esencialmente, al servicio del amor humano?

- ¿Cuál es la función de un hospital católico? ¿Debe ser el escaparate de la doctrina católica? Mi cuestión es pues, ¿dónde irán a formarse los estudiantes de medicina que no pueden aprender en un hospital católico las técnicas médicas aprobadas por el código de deontología pero prohibidas por las autoridades eclesiásticas? ¿Qué seguridad moral tendrán los pacientes que ante esta misma situación, se verán obligados a ir a un hospital público?

Por lo que a mí se refiere, he pensado siempre que el hospital católico debe ser un lugar privilegiado de misericordia según la etimología misma del vocablo latino, a saber: «El que tiene el corazón sensible a la desgracia». Mediante un diálogo cargado de confianza en la institución hospitalaria, teniendo en cuenta el «carácter propio» del establecimiento y la necesaria «libertad de consciencia» del médico católico, se deben buscar y encontrar soluciones humanas para todas las llamadas de auxilio que acuden a la puesta de este hospital.

Proponerme ir a practicar la fecundación *in vitro* a un local no confesional no resuelve nada.

No ignoro en modo alguno los abusos a que puede llevar el progreso científico. Pero, prohibir a los médicos católicos que trabajan en un hospital católico la utilización de un progreso científico razonable, ¿es el mejor método para evitarlas?

En fin, ¿es lícito esperar a que en el futuro se instaure un diálogo entre teólogos, pastores y comunidad científica para que el médico católico pueda continuar y expresar su fe sin renegar de la ciencia?

AGELECTRIC, S.A.
AGECONTROL, S.A.
AGEPROSEG, S.A.
Electricidad, Control e instrumentación, Comunicaciones, Seguridad, Contraincendios, Mantenimiento.
C/BONSOMS 15-17
08028 BARCELONA
TEL. 333.93.66 FAX. 333.97.12

6.4 REDUCCIÓN EMBRIONARIA

M.ª Pilar Núñez-Cubero

El progreso de la ciencia y de la técnica ha llevado a grandes cambios en la Medicina y concretamente en el campo de la reproducción humana. El hombre ha adquirido un cierto dominio sobre la reproducción. Los hijos no llegan cuando vienen sino *cuantos* y *cuando* los progenitores los desean y los buscan, y si es posible *para* y *cómo* los padres quieran. En un momento en que la sociedad moderna reviste un gran complejidad caracterizada por una formación humana competitiva y polivalente de los niños, el ritmo progresivo del cambio y la necesidad de adaptación constante, la sociedad de mercado, la incorporación de la mujer –la madre de familia– al trabajo, por citar algunas causas, este dominio de la reproducción ha llevado a reducir drásticamente el número de niños que pueden integrar una familia.

Pero, por otra parte, la alta tecnología médica ha favorecido el que matrimonios y parejas, que antes no podían tener hijos hayan podido recibir en su hogar la alegría de un recién nacido.

La década de los 60, superados los grandes retos de la postguerra, fueron años fecundos y decisivos para la investigación.

Y así en:

1970 Se obtienen por primera vez ovocitos humanos por laparoscopia[1].

1978 El 25 de julio nacía Luise Brown, primer niño nacido mediante las técnicas de la FIV. La niña fue presentada en la Prensa como el *bebé-probeta,* mientras el mundo entero se conmovía. Ello suponía el triunfo de la revolución reproductiva, coronando el esfuerzo de muchos años de investigación[1].

1984 Nacía Zoé, primer niño nacido de un embrión previamente congelado[1].

1990 Se da la cifra de 100.000 niños nacidos vivos, entodo el mundo, por las nuevas técnicas de reproducción asistida. (Sólo en Europa habían tenido lugar 3.405 nacimientos por la FIVTE en 1987[2]).

1. HEDON, ARNAL, Humeau. E. M. Ch. Gyn, 755 -A-10 1992.
2. J. MARCUS-STEIFF. Mundo Científico 1989, n.º 108, pp. 1268-79.

Y paulatinamente aumentaba el número de parejas que tenían acceso a la FIVTE (20.000 parejas en Francia en 1989[3]) a medida que las técnicas en sí se iban perfeccionando y sofisticando para alcanzar unos mejores resultados.

Difícil es, sin embargo, evaluar los éxitos obtenidos, desde la respuesta ovárica a la estimulación, el número de punciones ovulares, de óvulos fecundados y de zigotos implantados, hasta el número de niños nacidos vivos –objetivo final del tratamiento– existe una larga trayectoria en la que diversas situaciones no dejan de plantear problemas y preocupaciones serias, tanto a nivel puramente médico, como desde la ética.

Quisiera fijarme en una de estas situaciones, o exenta de complejidad: la frecuencia de la gestación múltiple que ha proliferado en forma de verdadera epidemia yatrogénica, como consecuencia del tratamiento de la infertilidad y especialmente de las T.R.A.

GESTACIÓN MÚLTIPLE

Consideramos gestación múltiple, la gestación gemelar o doble y la gestación de *alto rango*[4] o de gran multiplicidad, gestación de 3 o más fetos.

La frecuencia normal o espontánea era antes de las nuevas tecnologías de:

Gemelos	Triples	Cuádruples	Quíntuples	Séxtuples
1/89	$1/89^2$=1/79.210	$1/89^3$=1/704.969	$1/89^4$=1/62.742.241	$1/89^5$=1/...

Sólo se conocía una gestación héptuple en California, sin haberse podido conseguir, hasta marzo de 1988, una gestación óctuple con éxito. De esta gestación héptuple al cabo de 3 años vivían sólo 3 de los gemelos y 2 con alteraciones neurológicas importantes[5].

Epidemiología

Las pautas de Tratamiento para la estimulación ovárica e inducción de la ovulación pueden ser consideradas como las responsables del aumento de las ges-

3. BERNARD QUELQUEJEU: *Aux débuts de la vie.* Paris 1990, pág. 180.
4. *Gestation de «haut rang».* E. M. Ch. Obs. 5030, A-10, 1993, p. 11.
5. HAZOUT, A.: París, J. Obs. Biol. Reprod. 1988, 17, págs. 543-6.

taciones múltiples y sobre todo de las gestaciones de *alto rango.*

Así encontramos: un número de gestaciones múltiples[6]:

Clomifeno	HMG-HCG	LH-RH	FIVTE	GIFT
1 % (0,5% triples)	5-10 % (6/10 TR.)	15,3 % múltiples con la bomba LHRH	6 % triples implantando 3	8,5 % múltiples

La estimulación ovárica es necesaria, para inducir la ovulación, y obtener los óvulos necesarios para la fecundación. El éxito o probabilidad de fecundación depende del número de ovocitos en fase M-II (metafase II) que se presentan en los ovarios en el momento de la ovulación tanto para una gestación espontánea si no existen otras causas de infertilidad como para la punción ovular y aspiración de ovocitos para la FIV-TE. Se ha fijado en 10 el número óptimo de ovocitos en ovario para tener un número conveniente de óvulos maduros que garantice el éxito de la fecundación[7] y se consideran en 3 a 4 el número óptimo de embriones a implantar *in utero,* para obtener al menos un niño nacido vivo.

Por otra parte la estimulación ovárica no es una terapia exenta de riesgos para que pueda repetirse iterativamente en una mujer. La estimulación puede tener efectos secundarios *para la madre,* que se manifiesten inmediatamente o años después:

Efecto inmediato o Síndrome de hiperestimulación

Leve	Moderado	Grave
Aumento estradiol plasmático Aumento progesterona Aumento tamaño de los ovarios Dolor abdominal Sensación de peso	Ovarios de 8-12 cm Distensión abdominal Vómitos y diarrea	Ovarios de más de 12 cm Ascitis, hidrotórax Hemoconcentración, Alt. coagulación Hipovolemia tromboembolismo «EXITUS»

En general el síndrome se desarrolla solo cuando la mujer ovula (objetivo buscado) y cuando ya el embarazo se ha iniciado, por lo que habría que considerar la conservación del óvulo fecundado o zigoto, hasta la remisión del síndrome de hiperestimulación, para su implantación, en el caso de embarazo por FIV-TE, pero nada podría hacerse en el caso de gestación espontánea.

El síndrome de la hiperestimulación puede paliarse mediante:

- Mejor selección de las mujeres, las que presentan el síndrome del ovario poliquístico que son las más susceptibles a la hiperestimulación.
- Mayor precisión en las pautas con las menotropinas: la asociación HMG-HCG es la que produce el mayor número de hiperestimulaciones por lo que debe suspenderse la HCG en relación a las cifras del estradiol sérico (3500 pg/ml es el límite de riesgo de hiperestimulación[8] de la morfología del ovario estimulado y monitorizado mediante ultrasonidos de alta definición.
- Vigilancia de la morfología del ovario estimulado y monitorizado mediante ultrasonidos de alta definición.
- La incorporación de los análogos de la Gn-RH en protoclos de acción larga, corta y ultracorta[9].
- La administración de algunas sustancias de carácter androgénico que facilitan la aromatización de los precursores estrogénicos[10].
- Sin olvidar una cierta acción de la hormona del crecimiento mediante un mediador el IGF-Insulin-like-Growth-factor-1.
- El tratamiento del semen con técnicas de concentración y micro-manipulación.
- Las nuevas técnicas para la FIV han permitido mayor número de éxitos y se han llamado «fecundación asistida *in vitro*[11]:
  a) Co-cultivo o cultivo sobre un soporte o membrana celular.
  b) Eclosión asistida o preparación de la pelúcida por métodos mecánicos, químicos o Lasser.
  c) Inyección intraovocitaria de un espermatozoide.
- La preparación del útero con Progesterona y la implantación del embrión en el momento más idóneo, teniendo en cuenta que la implantación depende de la calidad del embrión, del medio uterimo y del tiempo en que se hace el implante, son otras medidas auxiliares, para favorecer la implantación de los embriones y evitar las gestaciones múltiples.

A medio término

Patología sensible a los estrógenos: fibromas, endometriosis, mastopatías.

A largo término

Cáncer del ovario, menopausia precoz y otras complicaciones de las que habría que hacer memoria presente[12].

La situación ha mejorado con las nuevas técnicas, pero todavía un número no despreciable de gestaciones múltiples seguirán produciéndose como consecuencia de la estimulación ovárica.

6. E. M. Ch. Obs. 5-030-A-10, 1993, p. 12.
7. CEFER. Drs. S. MARINA Y J. NADAL: Jornada sobre Reproducción Asistida, 15 abril 1994.
8. WADA, I., Hum-Reprod. 1992, sep. 7 (8), p. 1091.
9. Ron-el-R, Fertil-Steril, 1992, Dec., 58 (6), p. 1164-8.
10. HANING, J. Clin. Endocr. Metab., 1993, sept., 77 (3), 9710-5.
11. JACQUELINE MANDELBAUM: Les nouvelles techniques de la P.M.A. Comité Consultatif National d'Ethique, Paris, 17 Déc. 1993.
12. ARNAL, HUMEAU, Boulot, E. M. Ch. Gyn. 755 A-10, 1992, p. 10.

RIESGOS MATERNOS INHERENTES A LA GESTACIÓN MÚLTIPLE

El índice de toxemias o gestosis (alteraciones patológicas derivadas del embarazo) así como la sobrecarga de todos los aparatos y sistemas de la mujer aumenta en proporción al número de embriones o fetos:

- La hiperemesis gravídica severa se presenta en un 30 y hasta un 70 % de las gestaciones múltiples.
- Anemia severa y precoz por mayor consumo de hierro y folatos.
- Patologías infecciosas, en un 20 %.
  a) Pielonefritis por compresión dinámica de la vía urinaria.
  b) Focos sépticos (de origen ORL, dentarios, de vías respiratorias altas, dérmicos) por consumo de defensas orgánicas y disminución del sistema inmunológico, ante la situación de stress que supone una gestación múltiple.
  c) Pueden complicarse con una endocarditis y septicemia.
- Polyhidramnios agravando aún más los cambios hemodinámicos.
- Insuficiencia venosa por aumento excesivo del volumen uterino y dificultad a la circulación de retorno.
- Amenaza de parto prematuro y los efectos secundarios del tratamiento de ella con beta-simpático-miméticos, antagonistas del calcio, antiprostaglandinas y las betametasonas en las pautas de maduración pulmonar fetal.
- Síndromes vasculo-renales, de un 20 a 40 % más frecuentes:
  a) Preeclampsia precoz.
  b) Estados hipertensivos del embarazo con riesgo de descompensación cardíaca severa y E.A.P. y que pueden agravarse con las pautas tocolíticas.
- Mayor número de placentas previas y hemorragias.
- Coagulopatías, por alteraciones del sistema de coagulación debidos a los productos placentarios.
- Intolerancia materna, ciertamente subjetiva y variable según la personalidad de cada paciente pero sin duda también objetiva ante las molestias de la distensión abdominal y compresión: dificultad respiratoria, espasmos musculares de las EEII; alteraciones del sueño, astenia, prurito, edemas, alteraciones digestivas, a la que se añade la necesidad precoz y prolongada de hospitalización.

Complicaciones que pueden poner en juego la vida de la madre

La mortalidad materna es tres veces más alta que en una gestación simple, en relación con las hemorragias del alumbramiento[13].

Boulot describe 5 muertes maternas sobre 48 gestantes un 10 % (5/48)[14] debidas:

- 1 insuficiencia cardíaca por los betamiméticos.
- 2 casos de migración trombo-embólica: 1 pulmonar y 1 cerebral.
- 1 hemorragia masiva del alumbramiento.
- Un caso de síndrome de ruptura intraperitoneal de un hematoma hepática (HELLP) en un caso de eclampsia.

Menos graves:

- Hemorragias del postparto con necesidad de histerectomía por atonía uterina.
- Riesgo de ruptura uterina sobre todo si existía cirugía uterina previa (cesárea, miomectomía, embarazo ectópico intersticial o intramural).
- Secuelas a distancia: insuficiencia pituitaria de Sheehan.

Otro riesgo a no olvidar supone el aumento de frecuencia de la gestación ectópica coincidiendo con la intrauterina, un 1 % de las FIV (17 pacientes sobre 1.648 FIV)[15] pero también en las gestaciones inducidas aumenta el número debido en parte a la etiología de la infertilidad por lesiones tubáricas, consecuencia en el 45 % de los casos de una Enfermedad Inflamatoria Pélvica.

RIESGOS FETALES

El mayor riesgo de la gestación múltiple para los fetos es la prematuridad y todas las consecuencias que se derivan de ella.

Las causas de la prematuridad se atribuyen a:

- La sobredistensión uterina.
- La ruptura prematura de las membranas ovulares. (15 % más frecuente en los triples).
- Inserciones anómalas de la placenta (placenta previa).
- Hidramnios agudo o crónico.

El término de una gestación se considera:

Simple	Gemelos	Triples	Cuádruples
38-40 s.a.	36-37 s.a.	33-35 s.a.	29-31 s.a.

La edad media gestacional en los gemelos es de:

- 33,4 s.a. en la gestación gemelar espontánea.
- 32,4 s.a. en la gestación gemelar inducida.
- 32,3 s.a. en los gemelos por T.R.A. (IA y FIV).

13. RICAUD, Rev. Fr. Gynecol. Obst. 1989 vol. 84 (5), p. 3812.
14. BOULOT, Contracept. Fertil. Sex 1992, vol. 20 (3), pp. 315-30.
15. BOTROS RIZK, Am. J. Obs. Gyn. 1991; 164, pp. 161-4.

El crecimiento fetal se mantiene hasta la 32 s.a. pero después se desvía.

Además de la prematuridad aumenta el riesgo de hipotrofia fetal o CIR (crecimiento intrauterino retardado) debido a:

- Compresión intrauterina.
- A la insuficiencia placentaria.
  a) Cuantitativa (superficie placentaria / número de fetos).
  b) Cualitativa: hipofunción nutritiva e hipoxia fetal.
- La frecuencia de las toxemias gravídicas (20 % en las gestaciones múltiples).
- La etiología del embarazo: el CIR es menor en caso de gestación triple espontánea que de gestación por T.R.A.[16]

Entre los sobrevivientes, aumenta el número de secuelas en relación con la prematuridad[17].

- 8 veces más frecuentes en los gemelos.
- 20 veces más en los triples.
- 26 veces más en los cuádruples.

Estas complicaciones son:

- Asfixia por la prematuridad, la manipulación obstétrica por anomalías de la presentación (por ello más frecuentes en el 2.º gemelo).
- Morbilidad respiratoria: el síndrome de la membraba hialina se ha mejorado en la actualidad mediante la administración de la pauta de maduración pulmonar y de surfactante.
- Alteraciones del Sistema nervioso como:
  a) Parálisis cerebral.
  b) Microencefalia.
  c) Porencefalia.
  d) Encefalopatía multiquística debidas a necrosis isquémica y lesiones cavitarias del cerebro que pueden diagnosticarse por EEG al tercer día del nacimiento.

Este tipo de lesión isquémica cerebral, con necrosis multifocal se ha podido constatar en 13 de cada 127 niños pretérmino[18]. Se han asociado estas lesiones con la muerte de uno de los fetos *in utero* y la posibilidad de una embolia de material tromboplastinógeno desde el feto muerto al sano, particularmente frecuentes en la gestación múltiple de 2 gemelos «monocoriónicos-biamnióticos con anastomosis vasculares, como causa de la necrosis cerebral prenatal.

Un estudio anatomopatológico de las placentas (sin conocer los resultados de la electroencefalografía) ha mostrado la presencia de estas anastomosis encontrando 3 tipos de ellas: interarterials, intervenosas y arteriovenosas responsables del síndrome de transfusión feto-fetal en los gemelos monocoriónicos-biamnióticos, y también en los casos de *hydrops fetalis*, de polihydramnios, oligoamnios y muerte *in utero* de uno de los gemelos[19].

La tasa de malformaciones en la gestación múltiple aumenta en general de 1,92 % para las grandes malformaciones y siempre que un gemelo tiene una malformación, se deben buscar en los otros.

Otras malformaciones menores y deformaciones fetales pueden ser secundarias a mala posición en el útero.

Una hipótesis que parece explicar el aumento de las malformaciones en la gestación múltiple inducida es que aumenta el número de gestaciones *monozigóticas* de las que se sabe que la tasa de malformaciones es más elevada. La posibilidad de la muerte *in utero* de uno de los gemelos es otra causa que se invoca a la hora de valorar las malformaciones. Ahora bien, sabemos que se da una lisis espontánea de 1 ó 2 de los gemelos en un 18 % de los triples[20] y en un 41 % de cuádruples[21] antes de las 10 s.a., y que existe un riesgo de aborto tardío (12 a 21 s.a.) que va del 1,9 % en los gemelos al 3,3 % de los triples.

Hoy, sin embargo, los riesgos fetales han mejorado gracias a una mejor vigilancia de la gestación múltiple:

- La ecografía precoz, y los aparatos de alta definición para el diagnóstico preciso de la gestación y situación de los fetos.
- La baja laboral precoz y posteriormente el reposo absoluto a partir de la 26 a la 28 s.a. La hospitalización como medida preventiva, continua o periódica.
- El control por comadrona y monitorización (RCTG-NST)[22] cotidiana a domicilio.
- Las pautas tocolíticas.
- El cerclaje (sólo en caso de incompetencia cervical).
- Las pautas de maduración fetal desde las 24 s.a. en dosis emanal y si es necesario la administración de *surfactante*.
- El parto escalonado o a intervalos de los diferentes gemelos en caso de gran prematuridad.
- La modalidad del parto por cesárea electiva en un 66,6 por cien en el embarazo gemelar y practicamente en el 100 % de las gestaciones de *alto rango*.
- La presencia de un neonatólogo para cada gemelo en el momento del parto.

16. GONEN, MEYMAN, Obs. Gyn. 1990; 162, 91230-6.
17. MARILYN C. FREDERIKSEN, Chicago: Int. J. Fertil 37 (11) 1992, pp. 8-14.
18. RAÚL BÉJAR, Am. J. Obs. Gyn. 1990; 162, 9, pp. 1230-6.
19. BOULOT, Contracept. Fertil. Sex., 1992, vol. 20, n.º 3, pp. 315-33.
20. STEPTOE y EDWARDS, Human Reprod. 1986, 1, pp. 89-94.
21. BOULOT-HEDON, Press. Med. 1990, 28, p. 1326.
22. Registro cardio-tocográfico «non-stressante».

REDUCCIÓN EMBRIONARIA

Ante las situaciones producidas por las gestaciones múltiples y sus riesgos tanto fetales como maternos, se intentó dar como solución al problema la reducción del número de los embriones.

1970. Se utiliza por primera vez para la reducción selectiva de un gemelo afecto de enfermedad de Hurler[23], siendo el otro gemelo normal.

1981. Se produjo la primera reducción numérica de una gestación de alto rango[24].

Desde entonces la técnica de la R.E. ha sido ampliamente difundida y utilizada en los servicios de Fertilidad y Reproducción asistida, invocando:

- La no posibilidad de disminuir las gestaciones múltiples a pesar de las medidas preventivas que se esperan sean mejores en el futuro:
  - *a)* Los riesgos de la hiperestimulación, limitando el número de ciclos en que una mujer puede ser estimulada.
  - b) La necesidad de implantar varios embriones: el número óptimo parece fijarse en 3[25].
- Los grandes riesgos maternos (especialmente en mujeres con cicatrices uterinas) y fetales (prematuridad, malformaciones).

Pero también juegan a la hora de decidir una R.E.:

- Problemas financieros y económicos.
- Temor a una calidad de vida disminuida.
- El temor de la futura madre a no poder querer a 3 o más hijos a la vez y a dar el afecto, la ternura y el amor que requiere cada uno.
- La posibilidad dada a las mujeres de poder decidir sobre el futuro de su embarazo.

Técnica de la reducción

En un 31,3 % de las gestaciones múltiples se produce una reducción espontánea de 1 o más gemelos. La reducción, cuando se practica, se hace en un tiempo o en 2 (muy raramente en 3) en caso de gestaciones con 6 a 9 embriones.

La *vía* utilizada ha ido cambiando en el tiempo:

Vía	Método	Técnica	Pérdidas
Transcervical (1978)	Punción cardíaca	Inyec. de formol Inyec. gluconato Ca	18,5 %
Transabdominal (1984)	Aspiración L.A. punción cardíaca	Aspir. partes fetales Embolización aire	11,9 %
Transvaginal por eco (1988)	Punción cardíaca	Inyec. de CIK	8 %
Transcervical PAF-eco (1991)	Punción cardíaca	Inyec. de CIK	6 %

Criterios de selección

- La *accesibilidad:* aquel o aquellos embriones que son más fácilmente accesibles, pero nunca el embrión que se presenta en el O.C.I. (orificio cervical interno del cérvix) porque podría arrastrar consigo toda la gestación.
- Los gemelos monocoriónicos-biamnióticos, si se pueden diagnosticar ecográficamente para evitar el «síndrome transfusor-transfundido».
- Los embriones diagnosticados de alguna malformación.

Riesgos de la R.E.

Maternos. Hemorragias, Infecciones, Alteraciones de la coagulación, Trastornos psicológicos, ante la eliminación de un embrión deseado y buscado.

Fetales. Aborto precoz (dentro de las 2 semanas), aborto tardío (4 y hasta 8 semanas después), parto y consecuencias de la prematuridad[26]. El número de hematomas maternos y de pérdidas fetales ha disminuido con el uso de una aguja automática (1991) y la pericia de quien la practica[27].

ANÁLISIS PRÁCTICO

Hemos seleccionado una muestra randomizada y multicéntrica de 755 pacientes a las que se practicó una reducción embrionaria entre enero 1986 y diciembre 1993[28].

TRATAMIENTO PREVIO A LA GESTACIÓN

Método	Inducción con GTH	Técnicas de reproducción asistida		
N.º		FIV	GIFT	Total
	347 (46 %)	325 (43 %)	83 (11 %)	408 (54 %)

23. ABERG, MITELMAN, The Lancet 1978.2, pp. 990-991, citado también por Frederiksen, M. C. y Keith, L. en Int. J. Fertil. 1992, 37 (1), pp. 8-14.

24. MINSTZ-COHEN y LOFFREDO, Contracept. Fertil. Sex. 1989, vol. 17 (9), pp. 833-836.

25. Según un estudio de Barbeault-Thibaut-Labré, implantando 3 embriones se consigue un 27 % de éxitos y sólo un 22,8 % inplantando 4 Contracept. Fertil. Sex., 1992, vol. 20, n.º 11, p. 1017.

26. DOMMERGUES, DUMEZ, EVANS. Rev. Fr. Gynecol. Obst. 191, 86, p. 2.

27. ANA MONTEAGUDO, Am. J. Obst. Gynecol., vol. 164, n.º 337, p. 339.

28. Ver en hoja de Anexo la lista de las series incluidas en el estudio.

GESTACIONES MÚLTIPLES

N.º embriones	8	7	6	5	4	3	2
N.º pacientes	1	5	32	64	264	265	124

REDUCCIÓN EMBRIONARIA

N.º embriones	reducidos a 3		2	1
	15			
	Conservados	Reducidos		
N.º gestaciones	8	7	668	72

PÉRDIDAS

I.V.E.	Pérdidas totales 116 (15,4 %)		Pérdidas parciales (un gemelo)
	Precoz	Tardía	
4 (0,5 %)	45 (6,15 %)	71 (9,3 %)	68 (9 %)

NÚMERO DE REDUCCIÓN

De 3 a 2	De 4 a 2	De 5 a 2	De 6 a 2
8,4 %	18,4 %	21,2 %	31,0 %

Número de sesiones. 1 sesión salvo en 44 que la reducción se realizó en 2 sesiones.

Vía de acceso al embrión. La vía transabdominal se utilizó en 221 casos (antes de 1988) y la transvaginal en 534 (después de 1988).

Edad gestacional al parto. La edad gestacional media fue de 35[1/17] s.a., en general entre 28 a 37 s.a., con un parto a las 24 s.a. y 1 a las 39 s.a.

COMPLICACIONES FETALES

Mortalidad

Número	*In utero*	Neo-natal	Perinatal
	8	12	6

Morbilidad

Número	Anomalías mayores	Anomalías transitorias	Malformación + + cariotipo N.
	6	3	14

Richard P. Porreo en la Universidad de Colorado[29], compara un grupo de 33 mujeres con gestación triple espontánea y otro de 36 con gestación triple reducida a 2 en el primer trimestre:

Gestación triple	Reducida	Espontánea
N.º de embriones	36	33
R.N. vivos	22	32
Peso	2310 (583)	2194 (423)
Edad gestacional al parto	35 (3,0)	35,5 (2,6)
Días de hospitalización R.N.	15,2-21,3	11,8-13,1
Complicaciones maternas	1,9	1,8
Intervenciones maternas	1,3	2,4
Complicaciones de los R.N.	0,58	0,41

29. Am. J. Obs. Gyn., 1991, n.º 164, 1 part, 2, p. 312.

Un estudio de Berkowitz[30], comparando una serie de triples: 13 con reducción y 11 sin reducción encuentra que no existe diferencia en cuanto a la edad gestacional, el peso al nacimiento y la morbilidad neonatal.

Pierre Boulot en los hospitales universitarios de la Universidad de Montpellier-Nîmes (Francia) hace un estudio de 80 mujeres con gestación triple de las cuales 48 decidieron conservar la gestación tal cual y 32 optaron por la reducción a gestación gemelar simple y constata que con la reducción de triples a gemelos se obtiene una disminución ligera de la prematuridad de los gemelos reducidos, un mejor crecimiento fetal y un discreto descenso de las complicaciones maternas, pero que estas variaciones no son significativas teniendo en cuenta la morbilidad intrínseca a la reducción[31].

Se puede sacar la conclusión de que la reducción de los triples sólo debería ser ofrecida a petición de los padres pero no para mejorar los resultados.

ESTUDIO SOBRE CUÁDRUPLES

- Ron Gouen en Toronto (Ontario) Canadá[32] hace una evaluación de los «Resultados de gestaciones múltiples en una unidad perinatal: obstetricia, neonatología y seguimiento pediátrico» del 1 de abril del 78 al 30 de marzo del 88. En 30 pacientes con: 24 triples, 5 cuádruples, 1 quíntuple con un seguimiento adecuado de la gestante que incluye períodos de hospitalización prolongada, parto por cesárea con asistencia de un neonatólogo para cada gemelo:
  a) No se dieron complicaciones graves en las madres.
  b) Entre los niños:
  86 % no presentaba déficit neurológico alguno.
  11 % presentaba una hipotonía moderada que se iba corrigiendo con el crecimiento.
  1 % (nacido a las 25 s.a.) presentaba un déficit neurológico importante.
- A. Fignon, y F. Gold y colaboradores al Hospital Universitario de Tours»[33] valoran los buenos resultados obtenidos en el seguimiento de gestaciones cuádruples mediante el parto a intervalos diferidos.
- J. C. Pons y R. Friedman al Hospital Antoine-Béclère de Clamart (Francia) comunican los resultados satisfactorios de 7 gestaciones cuádruples[34] mediante, el diagnóstico precoz el seguimiento por asistencia de comadrona a domicilio, la baja laboral precoz, el apoyo psicológico, al parto por cesárea y la presencia de un neonatólogo para la reanimación por cada gemelo.
- John Elliot y «The Good Samaritan Regional Medical Center» a Phoenix (Arizona-USA)[35] relata el seguimiento de 10 gestaciones cuádruples en 5 años con re-

30. Am. J. Obs. Gyn. 1991, n.º 164, 1 part 2, p. 312.
31. Fertil. Steril, 1993, vol. 60, n.º 3, pp. 497-503.
32. Am. J. Obst. Gyn., 1990, n.º 162, pp. 450-9.
33. Human Reproduction 1993, vol. 8, n.º 4, pp.649-51.
34. J. Gynecol. Obst. Biol. Reprod. 1992, 21; pp. 557-62.
35. Obst. & Gyn. 1992, vol. 80, n.º 3, part 1; p. 421-4.

sultados satisfactorios gracias al reposo prolongado, las pautas tocolíticas y el apoyo psicológico. Remarca que todas las gestantes estaban muy motivadas y les era difícil de aceptar la reducción después de haber conseguido la gestación con un tratamiento tan difícil como complicado.

CONCLUSIONES

Quisiera concluir este estudio con algunas consideraciones de tipo médico, que sirvan de base para una reflexión ética.

- La Gestación múltiple seguirá produciéndose en el futuro, ***espontáneamente*** como consecuencia de la «hiperestimulación ovárica», aún cuando se espera un mejor control del desarrollo folicular con nuevos agentes[36].
- Tampoco podremos controlar la gestación múltiple, obtenida por I.A. previa estimulación ovárica, pero sí podrá ser controlada en la FIV, limitando el número de embriones a implantar y al mejorar las propias técnicas de la FIV, como la Fecundación ***asistida*** *in vitro*. La «Voluntary Licensing Authority» en el Reino Unido limita a 3 el número de embriones a implantar[37].
- La gestación múltiple aumenta el riesgo materno y la morbilidad y mortalidad neo y perinatal.
- La reducción embrionaria favorecería la oportunidad de obtener niños a término y con un mayor percentil de crecimiento.

LUEGO... parece que debiera seguirse la conclusión de practicar la R.E. para mejorar la situación materna y fetal.

Pero del estudio anterior se sigue que:

- Las gestaciones triples y cuádruples, en la actualidad y gracias a la buena asistencia al embarazo no presentan prácticamente mortalidad materna y la morbilidad es controlable. Igualmente la mortalidad y morbilidad fetal es baja y poco significativa.
- La reducción embrionaria no está exenta de mortalidad, sobre todo fetal (pérdidas totales y parciales), ni de morbilidad fetal (síndrome del *vanishing fetus* o feto muerto y retenido) y materna.
- La situación socio-psicológica de la mujer con gestación múltiple no se puede dejar de valorar, pero también la reducción embrionaria genera ansiedad y culpabilidad.
- Varios de los autores de la reducción (Dommergues y S. Lipitz entre otros) consideran que la gestación triple y aun cuádruple *per se* no debe ser considerada como una indicación a la reducción.

36. Haning. R. V., Jr. J. Clin. Endocrinol. Metab. 1993, 76 (5), pp. 1301-7.

37. J. Health. Polit. Policy. Law. 1991, 16 (2), pp. 383-95.

Por lo que a nivel médico quedarían como casos a considerar:

- Las gestaciones de 5 y más fetos por los riesgos maternos y fetales.
- Las contraindicaciones maternas a la gestación múltiple, con riesgo de pérdida materna, fetal o materna y fetal:
  a) Útero bicorne.
  b) Miomectomía anterior con apertura de la cavidad uterina.
  c) Historia anterior de prematuridad con límite en las 30 s. a.
  d) Historia previa de aborto interactivo de gemelos (con la posible solución mediante cerclaje).

REDUCCIÓN EMBRIONARIA SELECTIVA

La técnica de la reducción se utilizó, por vez primera, para la reducción de un gemelo afecto de una malformación. Y se sigue utilizando con este fin.

La reducción se practica en el 1.er o 2.º trimestre de la gestación y no está exento de mortalidad (pérdida de otro de los gemelos) o morbilidad (secuelas para alguno de los otros). La decisión se plantea cuando en la exploración ecográfica se sospecha o diagnostica una malformación y/o se procede secundariamente a la amniocentesis.

De un estudio multicéntrico de varios servicios de gineco-obstetricia: WSU, Detroit; UC, San Francisco; Jefferson, Philadelphia; Mt. Sinai, New York; Münster, Germany; con 157 casos de 6 centros en 3 países

Gemelos	Triples	Cuádruples
145	9	3

Indicaciones:

Cromosómicas	Estructurales	Mendelianas
84	67	6

Método y técnica: ClK intracardíaca.

Complicaciones:

- Pérdidas antes de las 24 s.a.: 18/157
  en relación con el tiempo:
  0/31 de las hechas antes de las 16 s.a.
  18/126 (14 %) después de las 16 s.a.
  en relación con la técnica:
  11/138 (8 %) de las realizadas con ClK
  7/16 (44 %) de las realizadas con aire
  0/3 de las realizadas por exsanguinación.
- Ruptura prematura de las membranas ovulares: 12/157.
- CIR. 3/157.
- Muerte fetal *in utero:* 2/157.
- *Wrong fetus:* 1.

No hubo diferencias en relación con la indicación.

EDAD GESTACIONAL AL NACIMIENTO

Edad gestac. a la reducción	Pérdidas	s.a. 25-28	s.a. 29-32	s.a. 33-36	37 o +	Total
Menos de 16 s.a.	0	0	1 (3 %)	10 (32 %)	20 (65 %)	31
17 s.a. ó +	18 (14 %)	7 (6 %)	16 (13 %)	59 (47 %)	59 (47 %)	126

CONCLUSIONES:

- En el aborto selectivo de un gemelo dizigótico, anormal, en manos expertas es más seguro y efectivo mediante ClK.
- La edad gestacional en el momento de la reducción está en relación directa con la tasa de pérdidas e inversamente con la edad gestacional al parto, lo que plantea la necesidad de un diagnóstico precoz de las gestaciones múltiples y de las malformaciones de los gemelos.
- Los tests de coagulopatías no son necesarios[38].

*La **valoración ética** de la reducción embrionaria* selectiva *de un gemelo, difiere de la simple reducción numérica en sus principios, mientras que en esta reducción selectiva se reduce directamente una vida humana por discriminación negativa en función de su mala calidad* la malformación *en la reducción numérica se intenta salvar el mayor número de vidas posibles, sacrificando algunas de ellas para evitar una pérdida total de todas las vidas humanas que han comenzado su desarrollo.*

ANEXO

Series consideradas en el estudio

- 22 pacientes de Mark I. Evans (Virginia - USA). Am. J. Ob.-Gyn. 1990, 162 p.: 1568-75.
- 40 de Khalil M. A. Tabsh (UCLA - USA). Obs.-Gyn. 1990, vol. 75, n.º 5, p.: 739-41.
- 85 de Lauren Lych, The Mount Sinai School of Medicine (New York). Obs.-Gyn. 1990, vol. 75, n.º 5, p.: 735-38.
- 399 de Dumez (S. Francisco - USA). Am. J. Ob.-Gyn. 1991, 164, 1 p.: 255-65.
- 58 de Dommergues, M. (París - Francia). Fertil-Steril. 1991, 55 (4), p.: 805-11.
- 22 de Vautier-Brouzes (París - Francia). Fertil-Steril. 1992, 57 (5), p.: 1012-16.
- 262 de Salat-Baroux (París - Francia). Human-Reprod. 1992, Jun.: 7 - Suppl. 1, p.: 67-72.
- 61 de Boulot, P. (Montpellier - Francia). Br. J. Obs.-Gynecol. 1993, Jan. 100 (1), p.: 63-8.
- 134 de Ilan E. (New York - USA). Am. J. Obs.-Gyn. 1993, 168, p.: 799-804.
- 200 de Berkowitz (New York - USA). Am. J. Obs.-Gyn. 1993, 169, 1, p.: 7-21.
- 34 de Howard, Blanchette, Berkeley (California - USA). Am. J. Ob.-Gyn., 1993, vol. 168, p.: 1803-7.

Y otras series menos relevantes.

38. Ml. Evans. Am. J. Ob. Gyn. 1993, vol. 168, n.º 1 (2), p. 307.

BIBLIOGRAFÍA

ABEL, F.: *Aspectos éticos de la tecnología de la reproducción asistida.* Capít. del libro: *Ingeniería genética y reproducción asistida.* Edit.: Marino Barbero Santos. Madrid, 1989.

CARTIER, M., MICHAUD, B. y QUEQUEJEU, B.: *Aux débuts de la vie.* Edit.: La Découverte. París, 1990.

ESCUDÉ, J. M.: *Cuestiones acerca de los absolutos éticos.* Institut Borja de Bioètica. Sant Cugat del Vallés, 1992.

BERNARD, JEAN: *De la Biologie à l'éthique.* Edit.: Buchet-Chastel. París, 1990.

VERSPIEREN, P.: *Diagnóstico prenatal y aborto selectivo. Reflexión ética.* Capít. del libro: *La vida humana, origen y desarrollo.* Edit.: Univ. P. de Comillas e Institut Borja de Bioètica, 1989.

CUYÁS, M.: *El aborto: casos límite.* Institut Borja de Bioètica. Sant Cugat del Vallès, 1993.

Encyclopedie Médico-Chirurgicale: Obstétrique: OBS (1) 001-A-10. OBS (4) 150-A-10; 5-030-A-10. París, 1993.

DEXEUS, J. M. y BARRI, P. N.: *Fertilidad.* Edit.: Masson-Salvat. Barcelona, 1993.

VANRELL, J., CALAF, J., BALASCH, J. y VISCASILLAS, P.: *Fertilidad y esterilidad humanas.* Edit.: Masson-Salvat, 1992.

Innovaciones científicas en la reproducción humana. Edit.: Fundación Friedrich Erbert. Valladolid, 1987.

La FIVETE: du vertige à la responsabilité. Edit.: Cerf n.º 177. París, Juin 1991.

HENNAUX, J. M.: *Le droit de l'homme à la vie.* Institut d'Etudes Théologiques. Louvain, 1993.

GAFO, J.: *Nuevas técnicas de reproducción humana.* Edit.: Universidad P. de Comillas. Madrid, 1986.

Religion and Artificial Reproduction. Edit.: Crossroad Publishing. New York, 1988.

Reproducción asistida. Actas del 12.º Curso de verano de la Universidad de Cádiz. San Roque, 1991.

Revistas

Acta-Genet.-Med.-Gemellol. (Roma) 1990 n.º 39 (4) 491-5; 1992 n.º 41 (1) 49-52.

Acta Obstet.-Gynecol.- Scand.: 1992 vol. 71 (6) 347-50.

Am. J. O.-G.: 1988: vols. 158 (2) 364-7; 158 (3) 413-6; 158 (6) 1390-3. 1989: vols. 160 (1) 215-7; 161 (6) 1751-2. 1990: vols. 162 (2) 454-9; 162 (5) 1230-6; 162 (6) 1568-75. 1991: vols. 164 (1-1) 161-4; 164 (1-2) 255-65; 164 (2) n.º 237 - p. 339; 164 (4) 1092-9; vols. 165 (5-1) 1268-71. 1992: vols. 167 (1) 122-4; 167 (6) 1607-13; 167 (6)

1760-7. 1993: vols. 168 (1-1) 278; 168 (1) 307; 168 (3) 799-804; 168 (6) 1803-9; 169 (1) 7-21; 169 (4) 982-6. 1994: vol. 170 (3) 902-9.
Am. J. Med.Genet.: 1992: n.º 44 (3) 361-4.
Am. J. Perinatol.: 1993: vol. 10 (1) 14-6.
Asia-Oceanía-J. Obstet.-Gynecol.: 1990 n.º 16 (3) 291-6.
Comité Consultatif National d'Ethique: Avis n.º 3. Paris, Oct. 1984; Avis n.º 24. Paris, Juin 1991.
Contraception-Fertil-Sex: 1991: vol. 19 (7-8) 577-9; 1992: vols. 20 (3) 315-30; 20 (5) 571-7; 20 (11) 1015-8.
Eur.-J. Obstet.-Gynecol.-Reprod.-Biol.: 1990: n.º 35 (2-3) 159-71; 1992: n.os 43 (2) 123-9; 45 (3) 187-92.
Fertility & Sterility: 1987: vol. 48 (2) 326-7; 1990: vol. 54 (2) 203-5; 1991: vols. 55 (1) 1-11; 55 (3) 468-77; 55 (4) 805-11; 1992: vols. 57 (4) 825-35; 57 (5) 1012-6; 58 (6) 1164-8; 1993: vols. 59 (4) 729-33; 60 (3) 497-503.
Gynecol-Endocrinol.: 1993: vol. 5 (3) 197-201.
Human Reproduction: 1991: vols. 6 (10) 1395-9 y 1478-9; 7 (suppl. 1) 67-72. 1992: vols. 7 (3) 320-7; 7 (6) 758-64; 7 (8) 1173-5; 1993: vols. 8 (2) 338-41; 8 (4) 649-51.
Int.-J.-Fertil.: 1992: vol. 37 (1) 8-14.
J. Assist.-Reprod.-Genet.: 1992: vol. 9 (2) 113-7.
J. Clin.-Ultrasound: 1990: vol. 18 (4) 323-7.
J. Clin.-Endocrinol.-Invest.: 1992: vol. 15 (8) 567-72.
J. Clin.-Endocrinol.-Metab.: 1993: vols. 76 (5) 1301-7; 77 (3) 710-5.
J. Gynecol.-Obstet. Biol. Reprod. (Paris): 1988: vol. 17 (4) 543-6. 1992: vol. 21 (5) 557-62.
J. Health-Polit.-Policy-Law: 1991: vol. 16 (2): 383-5.
J. in-vitro-Fert.-Embryo.-Transfer.: 1991: vol. 8 (3) 137-40.
Mundo Científico: «El índice de éxitos de la FIV» Nov. 1989: vol. 10, 1268-79.
Neuropsychiatry-Enfance-Adolescence: 1991: vol. 39 (11-12) 594-7.
Obstetrics & Gynecology: 1988: vol. 71 (3) 289-96; 1990: vol. 75 (5) 735-41 y 873-4; 1992: vol. 80 (31 421-4; 1993: vols. 81 (3) 476-7; 81 (6) 1009-11.
Ped.-Pathol.: 1990: vol. 10 (1-2) 79-93.
Prenatal Diagnosis: 1991: vols. 11 (9) 737-40; 11 (10) 767-74.
Revista Iberoamericana de Fertil. y Reprod. Humana: 1994: vol. XI (1).
Rev. Fr. Gynecol.-Obstet.: 1991: vols. 86 (2) 105-7; 86 (11) 629-33.
The British J. Obstet.-Gynecol.: 1992: vol. 99 (4) 333-7; 1993: vol. 100 (1) 63-8.
The Lancet: 1978: vol. 2, p. 990-1. 1988: vol./Iss/Pg. 2/8614 pp. 773-5 y 2/8619 p. 1087. 1990: 35/8698 pp. 1155-6.

agefred

Aire Acondicionado
Mantenimiento y Conservación
Gestión Técnica de la energía

GRUPO ESYS MONTENAY

agefred sa
Escultor Canet, 35-37 08028 Barcelona Teléfono: 334 08 00 Telefax: 334 50 37

6.4.1 PROYECTO DE DECLARACIÓN DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LA REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EMBRIONES*

M. Masson
Asociación Médica de Bélgica

INTRODUCCIÓN

La aplicación de técnicas de reproducción asistida (RA) tiene como resultado un gran aumento de los embarazos múltiples, a veces con muchos embriones.

Está comprobado que en los embarazos de más de tres fetos, los problemas de mortalidad fetal y retardo en el desarrollo, relacionados con enfermedad cerebral, se presentan en más del 50 % de los casos. Debemos reconocer también los efectos altamente dañinos en la salud física de la madre, como también las repercusiones financieras y especialmente psicológicas para los padres.

En lo que respecta a las técnicas de fecundación in vitro, ser recomienda reimplantar no más de tres embriones a la vez.

En caso de estimulación médica de la ovulación, sin recurrir a la fecundación in vitro, existe a veces el riesgo de un embarazo múltiple con muchos embriones y no siempre puede evitarse.

En algunos casos, se puede realizar la reducción del número de ovocitos y se debe recomendar por supuesto cuando es médica y técnicamente posible.

Cuando este procedimiento no es aconsejable y cuando existe un embarazo múltiple con más de tres embriones, el pronóstico para los fetos es tan desfavorable, que para permitir o mejorar la sobrevivencia de los embriones restantes, se deben hacer abortos selectivos de embriones.

Sin embargo, debido al riesgo de complicaciones y a que en realidad se trata de la eliminación de un ser humano en potencia, se debe tratar de evitar este tipo de procedimiento simplemente por complacer las exigencias personales de los futuros padres, que prefieren, por ejemplo, tener un solo niño por embarazo, en lugar de dos.

* 138.ª Sesión del Consejo. Hotel Sheraton Wentworth. Melbourne Room. Sydney, Australia, 19 al 22 de abril de 1994.

RECOMENDACIONES

La Asociación Médica Mundial recomienda:

- Que los médicos tomen todas las medidas para evitar los embarazos múltiples con muchos embriones, regulando cuidadosamente la ovulación estimulada médicamente, al proceder a una reducción del número de ovocitos, y evitando en lo posible la reimplantación de un número excesivo de embriones.
- Que el procedimiento de reducción del número de embriones sea aplicado sólo con el acuerdo de los padres, claramente informados de las razones y riesgos que implica.
- Que el procedimiento de reducción del número de embriones normales sea aceptado solamente en los casos de embarazos que tengan más de tres embriones.

COMENTARIOS AL PROYECTO DE DECLARACIÓN DE LA AMM

Asociación Médica de Dinamarca

La Asociación Médica de Dinamarca respalda este proyecto de declaración con un solo comentario:

En la recomendación 2 (página 2, líneas 20 a 22) se debe señalar que se debe informar a los padres sobre las reglas concernientes a los 3 (posiblemente 2) embriones y que se debe asegurar que los padres estén preparados para soportar todo el procedimiento, si es necesario.

Doctor A. Gentil Martins

Asesor, Comité de Ética Médica de la AMM

La AMM siempre tuvo reglas claras sobre el aborto, partiendo con el Código de Ética, –la Declaración de Ginebra y el Código Internacional de Ética Médica–, complementado por la Declaración sobre el Aborto Terapéutico.

Lo afirmado entre las líneas 1 y 4 de la página 2, representa de hecho un aborto deliberado, que debe ser condenado bajo cualquier circunstancia. Nadie puede

saber qué embrión puede finalmente ser dañado por el número en un embarazo y el llamado aborto *selectivo* es en realidad un aborto *puro*. Por otro lado, un aborto *selectivo* tiene un riesgo muy alto de ser un aborto *total*.

En lugar de que las líneas 6-9 de la página 2 afirmen: «que los médicos, éticamente, deben evitar este tipo de procedimiento simplemente por complacer las exigencias personales de los futuros padres», se debe establecer claramente que no es ético hacer eso.

En la primera recomendación se debe indicar que «el número de embriones a implantarse nunca debe exceder a 3», y los puntos 2 y 3 se deben eliminar.

Doctor E. Odenbach
Asesor, Comité de Ética Médica

Apoyo la recomendación (Doc. 17.N/3/C/93) de que «el número de embriones a implantarse nunca debe exceder a 3». Al aceptar este procedimiento, no debiera haber necesidad de la llamada «reducción del número de embriones», que es, como lo afirma el doctor Gentil Martins, un aborto puro. Los futuros padres deben dar su consentimiento informado, para que en el caso de la implantación de 2 ó 3 embriones, también deben aceptar 2 ó 3 niños.

Vassily Kandinsky

MBA®

6.4.2 OPINIÓN SOBRE LAS REDUCCIONES EMBRIONARIAS Y FETALES*

COMITÉ CONSULTIVO NACIONAL DE ÉTICA (FRANCIA)

CONSIDERACIONES CIENTÍFICAS

- Se trata de interrupciones voluntarias del desarrollo de un embrión, de un feto o de varios en el transcurso de embarazos múltiples.
- Se hacen generalmente alrededor del segundo o tercer mes de embarazo y excepcionalmente pueden ser practicados más tardíamente.
- Las reducciones, realizadas bajo ecografía, son practicadas bien sea por aspiración si el embarazo es de menos de dos meses o por inyección de un producto hipertónico en el embrión o en el feto. Esta última técnica es la más empleada, incluso en caso del embarazo en su principio ya que comporta menos peligro de aborto espontáneo de los restantes embriones. Actualmente en los embarazos en su principio los embriones a los que no se deja desarrollar son los embriones más accesibles: no hay una elección prefijada, cosa que no ocurre en las reducciones fetales.

  Así pues nos parece útil tratar por una parte la reducción embrionaria precoz y por otra la reducción fetal.

LA REDUCCIÓN EMBRIONARIA PRECOZ

Motivos de aparición de esta técnica

Gracias a la ecografía, los embarazos múltiples son detectados muy pronto. Tienen un mal pronóstico y han aumentado considerablemente en estos últimos años.

Embarazos múltiples

Los embarazos múltiples tienen un mal pronóstico obstétrico sobre todo para los niños pero también y en una menor medida, para las madres.

Para los niños: los riesgos de prematuridad y de hipotrofia importantes comportan por una parte un riesgo de muerte y en caso de supervivencia, posibilidades de retraso mental y motor. Algunas cifras nos aclaran esta situación. En 1987 un estudio inglés que fue validado en Francia por el Ministerio de la Salud, daba las siguientes cifras de mortalidad perinatal (mortalidad durante los seis primeros días de vida incluyendo también los recién nacidos muertos):

- Embarazos monofetales: 9,4 por mil.
- Embarazos gemelares: 42,8 por mil.
- Embarazos triples o más: 126,9 por mil.

Un estudio francés sobre los embarazos de cuatro embriones o más, complementa estas cifras mostrando una tasa de mortalidad del 50 % en estos casos, con un alto riesgo de incapacidades mayores para los niños supervivientes.

De hecho, los niños nacidos de embarazos múltiples no tienen que ir necesariamente a cuidados intensivos neonatales pero todos tienen que permanecer un mínimo de un mes en un centro de neonatología.

Para las madres: aumentan los riesgos mayores. Desde un punto de vista ginecológico, hay peligro de ruptura uterina, hemorragias cataclísmicas y sobre el plan general riesgos de complicaciones cardiovasculares graves.

No existe ninguna estadística en este campo pero todos los ginecólogos son conscientes de la realidad de aumento de estos riesgos.

Hay que señalar también que en estos embarazos múltiples se obliga a las madres a permanecer en cama de 4 a 6 meses.

Se puede concluir afirmando que los embarazos múltiples corresponden a embarazos de riesgo elevado.

Los embarazos múltiples tienen un mal pronóstico familiar

Los estudios hechos en el INSERM por los pediatras, muestran que los problemas sobrevenidos a las familias por embarazos múltiples (3 o más hijos) son reales y complejos.

De hecho, las familias afectadas se han constituido en asociaciones para intentar darse soporte mutuamente.

* Nota de información del Comité Consultivo Nacional de Ética, 24 de junio de 1994. 1991; 25: 1-2.

– Los problemas son de orden psicológico: las madres, incluso las mejor organizadas, tienen la sensación de ser incapaces de hacer frente a los acontecimientos.

Están desbordadas desde el punto de vista material; como ejemplo: en caso de trillizos hay que preparar 18 biberones al día, lo que conlleva una media hora por biberón, o lo que es lo mismo, dedicar nueve horas de trabajo al día solamente para dar de comer a los recién nacidos.

También se encuentran desbordadas desde el punto de vista educativo: tienen que aprender a conocer tres niños o más, de manera simultánea.

Las madres lamentan no poder destinar a cada uno toda la atención y presencia que ellas querrían y también el no tener tiempo de mecerles.

Tienen la impresión de haberse convertido en máquinas de criar.

De manera paradójica sueñan con tener un solo niño que podrían cuidar tranquilamente.

Estas madres se sienten sin tiempo libre para poder ser ellas mismas y sin tiempo para nada.

Estos problemas no son tampoco ajenos para los padres:

a) Algunos abandonan antes del nacimiento: de cada 49 trillizos de los que se ocupa la Caisse d'Allocation Familiale de París, tres son de familias monoparentales.

b) Un cierto número de ellos al cabo de dos o tres años no aguantan más esta vida y se van del hogar.

– Los problemas son también de orden económico que se agravan con la desaparición de un salario en la familia. Si la madre trabajaba le es imposible continuar su trabajo en el exterior.

a) Problemas de vivienda: «uno puede agrandar su corazón pero no la habitación», decía una madre.

– Problemas de orden social. El aislamiento es grande:

a) Es difícil desplazarse con 3 ó 4 niños; aunque sea sólo para ir a un parque, y conseguir que te acepten tres niños en una guardería.

– Es difícil encontrar quién los cuide. Por ejemplo: una baby-sitter vendrá una vez, pero no volverá más. La familia más o menos cercana acepta difícilmente recibir un número tan elevado de recién nacidos e incluso las guarderías son reticentes a tener tres o cuatro niños de una misma familia como ya apuntábamos.

– Las ayudas específicas para estos problemas son mínimas: la única ayuda legal es la prolongación del permiso de maternidad de tres meses a un año. Estas ayudas eventuales pueden ser aportadas por las *Caisses d'Allocation Familiales,* que generalmente no colaboran mucho. Tampoco hay ninguna prioridad para la vivienda o la guardería.

Así pues, no es extraño que numerosas madres hagan depresiones o que las parejas se divorcien.

No tenemos aún ningún estudio sobre el estado psicológico de los niños de estas familias; pero si las condiciones familiares son tan difíciles como estamos viendo, no podemos más que inquietarnos seriamente por su futuro.

Los embarazos múltiples han aumentado notablemente estos últimos años

– *Algunas cifras publicadas por el Ministerio de Sanidad:* embarazos gemelares o más

1970: 800 / 1986: 8.160 / 1989: 8.630.

El INSERM detecta en 1970, 80 embarazos triples o más y 197 en 1987 por un número de nacimientos estable.

Según esta organización, los embarazos de 3 o más aumentan desde 1987 en un 30 % cada año.

– *Este aumento de embarazos múltiples parece deberse a las técnicas empleadas en el tratamiento de la esterilidad: la estimulación ovárica y la fecundación in vitro.*

La estimulación ovárica consiste en provocar una ovulación en las mujeres que no la tienen o que es de mala calidad.

La puesta en marcha de esta ovulación debe ser controlada por dosis de hormonas y por las ecografías, para evitar que demasiados ovocitos maduren al mismo tiempo y sean fecundados en el mismo ciclo.

Esta técnica, aunque hoy en día está bien codificada, es de un manejo delicado. Según la opinión de los expertos, el riesgo de embarazos múltiples no puede nunca ser eliminado totalmente con esta terapéutica.

La fecundación *in vitro* (FIV). Generalmente varios embriones son transferidos *in utero* para aumentar las posibilidades de embarazo ya que los fracasos son debidos, al parecer, a la no implantación del embrión.

Después de excesos indiscutibles, el número de embriones transferidos por los equipos de referencia es de 3 por regla general. Esta limitación pone de manifiesto de manera más aguda el problema de los embriones supernumerarios.

– *Es en las estimulaciones ováricas que el número de embarazos múltiples parece más importante como lo pone de manifiesto una reciente encuesta:*

De 107 embarazos triples:

5 % son espontáneos.
37 % son debidos a la FIV.
54 % son debidos a la estimulación ovárica.
6 % son de origen desconocido.

De 138 embarazos cuádruples:

0 % son de origen desconocido.
0 % son espontáneos.
22 % son debidos a la fecundación in vitro.
74 % son debidos a la estimulación ovárica.

El INSERM confirma estas cifras: en embarazos triples o más hay una cuarta parte de origen espontáneo, otra cuarta parte provenientes de fecundación in vitro y el resto, es decir el 50 %, son por estimulación ovárica.

Las indicaciones de la reducción embrionaria

■ Actualmente, las indicaciones son terapéuticas en la mayoría de los casos. Esta técnica es propuesta por el médico a la paciente en dos situaciones:

En los embarazos de 4 embriones o más

Los riesgos son tales para los futuros recién nacidos y sus madres, que los obstetras están de acuerdo en proponer una reducción embrionaria a las mujeres. En general el número de embriones queda reducido a 2.

La reducción embrionaria no se propone, en cambio, en los embarazos de 3 embriones ya que el riesgo de prematuridad es ciertamente importante pero menor. Un estudio hecho a Port-Royal da las siguientes cifras:

– Partos entre 5 1/2 meses y 6 1/2 meses	6 %
– Partos entre 6 1/2 meses y 7 1/2 meses	28 %
– Partos entre 7 1/2 meses y 8 1/2 meses	61 %
– Partos de más de 8 1/2 meses	5 %

Hay pues un riesgo de prematuridad, pero no de gran prematuridad, ya que la mayoría de los partos tienen lugar entre los 7 meses y medio y los 8 meses y medio.

En ciertas patologías uterinas (úteros mal formados) o generales (diabetes, hipertensión)

■ Las indicaciones pueden ser a conveniencia de las pacientes que solicitan la reducción embrionaria por sentirse en situación de angustia extrema. Estas mujeres piensan que no pueden educar en un mismo tiempo varios hijos.

Estas demandas pueden ser formuladas en los embarazos múltiples de tres o cuatro embriones inducidas por la terapéutica, pero son raros en los casos de pacientes estériles que desean de una manera muy intensa tener hijos. De hecho, estas últimas están preparadas para una eventualidad de este tipo y conocen los efectos de estos tratamientos.

Los embarazos gemelares o múltiples que han aparecido espontáneamente también son causa de este tipo de peticiones y en otros casos las madres también la solicitan cuando tienen ya uno o varios hijos y que no esperaban un acontecimiento de este tipo.

■ Pero, sea cual sea la indicación de la reducción embrionaria, la decisión es siempre difícil de tomar.

– Para la futura madre, porque ella desea un niño e incluso a veces varios.

Consiguientemente, si se recurre a la reducción embrionaria:

– *Hay que aceptar hacer el duelo de uno o de varios futuros hijos justificándose en estadísticas médicas o para evitar futuros problemas materiales y psicológicos.*

La tentación de culpabilizarse es fuerte por no haber tenido el valor de aceptar el riesgo médico y los problemas del futuro.

– *Hay que aceptar tener que llevar en el útero durante 6 ó 7 meses uno o varios embriones muertos.*

– *Hay que aceptar, que los futuros recién nacidos restantes, puedan tener problemas psicológicos importantes. ¿Cómo vivirán ellos más tarde el hecho de que para ellos continúen vivos y en buena salud hubo que eliminar a sus hermanos/as?*

Si no se recurre a la reducción embrionaria:

– *Hay que aceptar el riesgo de perder 1 ó 2 o todos los fetos en el nacimiento. Hay que aceptar también muchos años de problemas materiales y económicos.*

Para el médico: no hacer una reducción embrionaria es hacer incurrir en riesgos obstétricos a sus enfermas, pero hacer una reducción embrionaria es un gesto que deriva en una eliminación de la vida.

Por este último argumento algunos ginecólogos rehúsan, de manera categórica, practicar esta técnica.

Algunos aceptan practicarla bajo condiciones: reducción terapéutica o reducción de un embrión sobre tres si la pareja no tiene niños o reducción de 2 embriones si la pareja tiene ya otros hijos.

Otros aceptan cualquier demanda si ésta es hecha antes de 10 semanas de embarazo considerando que están entre los supuestos de la ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

La decisión de la reducción o de la no reducción puede ser una fuente de conflicto entre médicos y pacientes. Algunas mujeres reprochan a sus médicos presiones *inadmisibles* y ciertos médicos reprochan a algunas madres su *irresponsabilidad.* Sería deseable que la madre y la pareja responsable de estos futuros niños tomen la decisión conjuntamente con el equipo médico.

El número de reducciones

No existen estadísticas y no tenemos en qué apoyarnos. Una publicación de la Maternidad del Hospital de Clamart de 1988 nos indica que de 1.600 embarazos se practicaron siete reducciones embrionarias de embarazos consecutivos a estimulaciones ováricas realizadas en un caso en el propio servicio y los restantes del resto de Francia y del extranjero.

Se nos plantea también de si hay que declarar estas reducciones: ¿hay que someterlas a las condiciones de la ley del 17 de enero de 1975?

LA REDUCCIÓN FETAL (PASADOS 6 MESES)

Las indicaciones de esta técnica

Puede emplearse en tres casos distintos:

- Cuando uno de los embriones es portador de una enfermedad letal *in útero.*
- Cuando uno de los embriones es portador de una anomalía que pone en juego la vida de los otros fetos, como por ejemplo, el exceso de líquido de uno de los huevos comprimiendo los otros embriones e impidiendo su desarrollo por lo que el feto enfermo amenaza uno o varios fetos que parecen tener un desarrollo normal.
- Cuando uno de los embriones es portador de una anomalía mayor: por ejemplo, una trisomía 21-espina bífida. En los embarazos monofetales estas anomalías son generalmente una indicación de una interrupción terapéutica de embarazo.

LA CONDUCTA ACTUAL

En el primer caso (feto portador de una enfermedad letal) la conducta habitual consiste en no hacer nada vigilando estrechamente al otro feto, ya que la muerte de un feto *in útero* en la gran mayoría de los casos tiene repercusiones negativas sobre el otro o los otros fetos. Unas anastomosis vasculares pueden explicar este fenómeno.

En el segundo caso (feto portador de una anomalía poniendo en juego la vida de los otros fetos) los médicos piensan que debe salvarse a los fetos que siguen un buen desarrollo. Se practica una reducción, aun sabiendo que en un 15 % de estos casos este gesto puede comportar la muerte del feto sano.

En el tercer caso (un feto portador de una anomalía mayor no letal), los obstetras practican una reducción siendo conscientes del riesgo de mortalidad para el feto o fetos normales.

El número de reducciones

No tenemos ninguna cifra oficial pero parece que es un número reducido.

A título indicativo, en el centro de diagnóstico prenatal de Port-Royal, el más importante de Francia, el profesor Dumez indica que se hacen 30 reducciones por año. Es lamentable que no podamos disponer más que de informaciones parciales. Actualmente, por los datos conocidos parece que la mayoría de reducciones embrionarias, sean precoces o tardías, lo son por causas terapéuticas y tienden a prevenir la muerte o incapacidad de uno o varios embriones o fetos y a veces incluso la de la propia madre.

CONSIDERACIONES JURÍDICAS, DEONTOLÓGICAS Y ÉTICAS

La reducción embrionaria o fetal no puede ser contemplada a través de la ley del 17 de enero de 1975 sobre la interrupción del embarazo. Esta técnica médica era desconocida por aquel entonces. Hay que preguntarse si se trata de una interrupción del embarazo y por consiguiente si es conveniente aplicar, en estas circunstancias, las disposiciones de esta ley. La cuestión es en primer lugar jurídica, pero a la vez deontológica y comporta también implicaciones éticas.

Desde el punto de vista jurídico nos limitaremos a considerar el problema bajo diferentes aspectos.

Si se trata de una reducción embrionaria antes de la décima semana, se puede pensar que un embarazo múltiple provoca a veces en la mujer el estado de angustia y desamparo previsto en la ley por razones psíquicas, psicológicas, económicas y sociales.

Si se trata de una intervención más tardía, cuando uno de los fetos está afecto de una enfermedad incurable, nos encontramos en la situación del artículo L 162-12 del Código de la Salud Pública.

En los otros casos, si la petición de la mujer no responde al concepto de angustia o si la afección que se observa en el feto no está catalogada como mayor, nos encontramos fuera del campo de la ley.

Cualquiera que sea la hipótesis hay que preguntarse si la supresión de un embrión o de un feto en estas condiciones constituye un aborto. Si es así, las dos primeras situaciones comportan la exigencia de una conformidad a las disposiciones legales. En la tercera, la interrupción es legalmente imposible.

¿Pero, se trata realmente de una interrupción del embarazo en el sentido previsto por la ley?

Se puede decir contra esta interpretación que el embarazo no es interrumpido, y en su favor que el artículo primero de la ley de 1975 dispone que el ser humano tiene el derecho al respeto desde el principio de la vida. En las circunstancias que consideramos, lo que se interrumpe realmente es el desarrollo de un embrión o de un feto concreto. Cualquiera que sea la respuesta no está actualmente contenida ni en la ley ni en la jurisprudencia.

Es necesario en este punto, limitarse a constatar que la reducción embrionaria o fetal se aplica a una mujer que desea procrear, lo que es una motivación inversa de la mujer que lo que quiere es una interrupción del embarazo.

Desde el punto de vista deontológico una parte de las consideraciones científicas que preceden muestran el peligro que el embarazo múltiple puede causar a los embriones o a los fetos. El sacrificio de uno puede ser la salvaguarda del otro. Es un problema terapéutico.

Desde el plano de la ética y la investigación es conveniente examinar sobre todo la fuente de los embarazos múltiples y en la medida en donde las consecuen-

cias sean nefastas buscar los mejores medios de evitarlas.

En los artículos científicos hemos visto dos orígenes como causa principal de embarazos múltiples: la estímulación ovárica y las implantaciones de embriones que fueron generados *in vitro*. En el primer caso se trata de mejorar la ovulación en las mujeres en función de curar su esterilidad. En el segundo caso se trata de aumentar las posibilidades de embarazo, a fin de paliar la esterilidad de las mujeres que se prestan a esta técnica de procreación médicamente asistida.

El peligro sigue en la falta de rigor de algunos médicos que estimulan o que implantan y que a veces no disponen de un conocimiento técnico suficiente o no tienen una toma de conciencia real del acto médico que están realizando. Se puede temer igualmente que aunque la técnica haya sido correcta, al surgir complicaciones la reducción sea el arma más fácil para conseguir resolver las dificultades. Estos actos, hechos a la ligera, no tienen en cuenta los posibles graves efectos físicos y psíquicos que pueden ocasionar o derivarse en la paciente a la que se ha practicado una reducción embrionaria.

En el tema de la reducción embrionaria los loables esfuerzos de investigación y el deseo de éxito podrían si no fueran atenuados por la visión de estas consecuencias, complicaciones ciertas comportar efectos nefastos.

Esta llamada a la prudencia es un tema que compete de la ética.

Las reducciones embrionarias o fetales consisten en eliminar en casos de embarazos múltiples uno o varios embriones o fetos sin interrumpir el proceso del desarrollo de los otros. Así pues tienen por efecto la supresión de una persona humana potencial y pueden comportar para la mujer y la familia pesadas consecuencias morales y psicológicas. Sólo deberían ser tomadas cuando haya motivo de una excepcional gravedad y en defecto de cualquier otra posibilidad.

Estas consideraciones conducen al Comité Consultivo Nacional de Ética a formular la siguientes observaciones:

■ Es altamente deseable que se recurra a la reducción embrionaria o fetal sólo en casos muy especiales. Así, en un marco de prevención, las investigaciones en pro de una mejor comprensión y de un mejor control de la ovulación y de los implantes de embriones deben ser atentamente seguidos.

Salvo excepción justificada por argumentos sólidos y estrictamente médicos y a la luz de los conocimientos actuales el número de embriones implantados no debe pasar de tres.

■ Los tratamientos que puedan comportar embarazos múltiples y por consecuencia conduzcan a posibles reducciones embrionarias o fetales como las estimulaciones ováricas, implantación de embriones, no deben ser practicados sin una información completa destinada a las pacientes para que puedan tomar una decisión responsable con el apoyo del equipo médico y hagan un reflexión profunda sobre las posibles consecuencias.

■ Los médicos que utilizan estas técnicas deben estar perfectamente formados en las mismas, tomar plena conciencia de sus repercusiones eventuales tanto para la pareja como para los recién nacidos e intentar que los embarazos múltiples provocados por un acto mé-dico no sean más numerosos que los que se producen según la naturaleza. La posibilidad de efectuar una reducción embrionaria o fetal no debería servir de excusa para legitimar una falta de prudencia en la puesta en práctica de estas técnicas.

■ La aplicación eventual de la ley de 17 de enero de 1975 de la interrupción del embarazo a la reducción embrionaria o fetal nos coloca ante un problema jurídico aún no resuelto. Sin embargo el Comité estima que la reducción embrionaria no debería encontrar su justificación fuera de los casos de gran angustia o necesidad terapéutica. En cuanto la reducción fetal su indicación no sería más que estrictamente terapéutica.

■ Debería elaborarse una disposición legal para encuadrar estas reducciones que debería contemplar dos condiciones:

- La aceptación o el rechazo escrito de la paciente a una reducción embrionaria.
- Una declaración obligatoria.
  a) Anónima para las pacientes.
  b) Nominativa para los médicos.

Revista

LABOR HOSPITALARIA

Boletín de suscripción

Año 1996

Suscripción anual: cuatro números

España	Ptas.	3.200
Extranjero		
Correo ordinario	$	34
Correo aéreo: Europa	$	42
Resto países	$	46

Apellidos ..... Nombre .....

Calle ..... Número ..... Piso ..... Puerta .....

Código Postal ..... Población ..... Provincia o país .....

Teléfono ..... Profesión .....

FORMA DE PAGO

(indique con una X la forma de pago que le interese)

- ☐ Por Giro Postal
- ☐ Por Caja o Banco (rellenar la orden de pago siguiente, sin omitir ningún dato de los solicitados)
- ☐ Por cheque nominativo adjunto N.º a favor de LABOR HOSPITALARIA

Banco o Caja de Ahorros:

Titular de la cuenta:

ENTIDAD	OFICINA	DC	NÚMERO DE CUENTA

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota de que, hasta nueva indicación mía, deberán adeudar en mi cuenta los recibos que a mi nombre les sean presentados por la revista LABOR HOSPITALARIA, de Barcelona.

....., a ..... de ..... de .....

Firma

Enviar esta hoja debidamente cumplimentada: a:

LABOR HOSPITALARIA

Hermanos de San Juan de Dios - Dr. Antoni Pujadas, 40 - Tel. 630 30 90 - 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA)

HABLAMOS DE SU CASA.

EL PRIMER GRUPO BANCARIO DE EUROPA.

CREDITO HIPOTECARIO

AQUI CUESTA MENOS.

USTED SE LO PUEDE CREER O NO.
PERO MIENTRAS NO LLAME
SEGUIRA CON LA DUDA.

MÁS INFORMACIÓN 900 222 000

CL BANCA JOVER
GRUPO CREDIT LYONNAIS

HABLAMOS EN SERIO.

Labotron
Societat Anònima

LABOTRON, S.A.
Villarroel, 178 - 08036 Barcelona
Telèfon (93) 322 94 13
Fax (93) 419 91 84

ASSISTÈNCIA TÈCNICA D'APARELLS D'ELECTROMEDICINA I LABORATORI

MANTENIMENTS PREVENTIUS CONCERTATS

MANTENIMENT D'INSTAL·LACIONS ELÈCTRIQUES

REVISIONS ELÈCTRIQUES DE QUIRÒFANS I UVIS

ELECTRÒNICA INDUSTRIAL

DIVER SA

Electricitat - Aigua - Gas - Calefacció - Contraincendis

C./ Plana de Can Bertran, 13
08191 - RUBI

Tel. : 699 68 62 - 699 67 62
Fax.: 697 50 07