



Entrevista con José María Pardo, médico y teólogo

ZENIT.org

El no nacido no habla como nosotros, no razona como nosotros, no pesa lo que nosotros, pero es exactamente como nosotros: come, oye, sueña, siente dolor, llora, juega, es susceptible de diagnóstico y tratamiento médico, etc. En definitiva, es uno de los nuestros

«En un mismo hospital se abortan fetos de 24 semanas y se salvan prematuros de esa edad en la UCI de neonatos», constata **José María Pardo**, médico y teólogo de la Universidad de Navarra.

Este sacerdote recoge en el libro [El no nacido como paciente](#), presentación de las propuestas clave de su tesis, dirigida por el presidente de la Pontificia Academia para la Vida, el obispo **Ignacio Carrasco de Paula**.

En esta conversación comparte las conclusiones a las que ha llegado en su investigación.

Su libro plantea una paradoja: los abortos en gestaciones avanzadas y los esfuerzos por salvar prematuros de esa misma edad. ¿Cómo se explica esta contradicción? ¿Qué dice esto de la sociedad actual?

No es infrecuente escuchar que los elementos más valorados en la sociedad occidental actual son la eficacia y la estética de la apariencia (el *look*). Dentro de esta mentalidad del *carpe diem*, el no nacido —y más aún si presenta alguna anomalía— puede resultar un "*clandestino a bordo*", un intruso que molesta y del que hay que desprenderse.

Por eso no sorprende que se emplee el conocimiento científico-médico más avanzado para destruir la vida incipiente. Por eso no sorprende que una madre, aun viendo el pequeño cuerpo de su hijo, pueda decidir, ante una discapacidad, cerrar los ojos y abortar. Por eso no sorprende que se empleen grandes cantidades de dinero en repoblar la faz de la tierra de especies animales en vía de extinción, y no se invierta lo suficiente para salvar muchas vidas humanas concebidas no nacidas.

En un mismo hospital se abortan fetos de 24 semanas de gestación en una sala de partos, mientras que en la Unidad de Cuidados Intensivos neonatales se intenta salvar prematuros de la misma edad. Es el mundo al revés.

Uno de sus objetivos es clarificar quién es el 'nonnato'. ¿Se puede considerar al embrión tan humano como cualquier persona nacida? ¿Qué implicaciones conlleva esta consideración?

Aunque resulte sorprendente, uno de los mayores retos de la Bioética en los umbrales del siglo XXI es buscar y mostrar la evidencia, la realidad. Y en este apasionante desafío quiere participar este libro. Mi intención ha sido atravesar los pocos centímetros de piel que recubren el vientre materno.

O dicho con otras palabras, intentar hacerlo transparente, convertirlo en un útero de cristal. Cuando uno bucea en

ese mundo desconocido desde el exterior, se sorprende y se maravilla de la grandeza de la vida en sus primeros pasos.

El no nacido no habla como nosotros, no razona como nosotros, no pesa lo que nosotros, pero es exactamente como nosotros: come, oye, sueña, siente dolor, llora, juega, es susceptible de diagnóstico y tratamiento médico, etc. En definitiva, es uno de los nuestros.

Uno de los apartados habla del sufrimiento del feto. ¿Hay pruebas de que el feto puede padecerlo?

El dolor fetal es actualmente objeto de numerosos estudios en el ámbito científico. Es un nuevo desafío de la medicina. Después de una amplia revisión en las principales revistas científicas que tratan este tema, se puede concluir que cada día resulta más evidente que en el segundo trimestre de gestación (desde la vigésima cuarta semana, y muy posiblemente desde la decimosexta) el feto reacciona a estímulos estresantes, que si no se palian pueden causar daños a corto, mediano y largo plazo sobre la función orgánica (problemas cerebrales, cardiovasculares, esqueléticos y viscerales), la nonicepción y el desarrollo neurocomportamental.

Afirmar con certeza que en las etapas precoces de la vida humana no está presente la percepción dolorosa, significa desconocer importantes evidencias clínicas y científicas. Además, en caso de duda razonable es preferible aliviar el estrés y el dolor con el empleo de analgesia que exponer al feto a serias lesiones en el futuro.

Llama la atención su propuesta de considerar al embrión-feto como paciente. ¿Qué consecuencias éticas tiene esta óptica para la responsabilidad del médico?

La Obstetricia es el arte y la ciencia de atender a dos pacientes a la vez: el no nacido y la gestante. Lo que he pretendido poner de manifiesto es que en la relación médico-gestante (cónyuge)-concebido la figura del profesional de la salud no es un elemento neutro, sino que juega un papel determinante.

Aunque corresponde a los progenitores, en primera instancia, la toma de decisiones para el cuidado de la vida y el bienestar de sus hijos, la labor y la cercanía del médico son necesarias. Su misión es la de ayudar a los padres a que realicen elecciones maduras, libres y responsables sobre la vida prenatal.

Las técnicas diagnósticas y terapéuticas pueden ser un arma de doble filo cuando se aplican en la medicina prenatal. ¿En qué consiste hacer buen uso de ellas?

La diferencia reside entre "conocer para curar o para mejorar las condiciones de salud del feto o de la gestante" y "conocer para desprenderse de lo que no satisface las expectativas de los progenitores". Es muy distinto realizar una ecografía con la intención de abortar si el feto presenta alguna enfermedad, o hacerse una ecografía y continuar el embarazo hasta la muerte natural de esa criatura enferma.

Es preciso conocer que en muchos lugares se están individuando los fetos portadores de anomalías no para intentar su curación, sino para poder eliminarlos posteriormente. El diagnóstico prenatal está siendo aplicado como una auténtica modalidad de "policía genética", para individuar y eliminar un feto culpable de estar enfermo o de no cumplir las expectativas que de él esperaban sus progenitores.

En ocasiones, comunicar a unos padres que su hijo puede padecer alguna malformación, discapacidad o síndrome desemboca en la decisión de abortar. ¿Qué acciones puede realizar el médico para evitarlo (comunicar mejor...)?

Ante el diagnóstico de una patología embrio-fetal, la vida prenatal (el embrión, el feto), antes que un caso clínico o un conjunto de síntomas, es un paciente, un *tú*, frágil, que se encuentra en una situación de necesidad y dependencia. De ahí la necesidad de poner en el centro de la relación la vida humana no nacida, y no la

enfermedad.

En muchas ocasiones, los agentes sanitarios deberán hacer las veces de *"abuelos"*, ayudando a los progenitores en el proceso de acercamiento-conocimiento de ese hijo enfermo que se aleja de sus expectativas y sueños.

Como antes he señalado, la medicina está en condiciones de tratar muchas enfermedades fetales: hipotiroidismo, anemia, arritmias fetales, espina bífida, reflujo vésico-ureteral, hernia diafragmática, etc. Pero incluso cuando el feto es diagnosticado de una enfermedad incompatible con la vida, la medicina puede hacer algo.

Cuando un niño quiere entrar en una habitación oscura se pueden hacer dos cosas: o encender la luz, o cogerle de la mano y entrar con él. La ciencia médica aporta la luz necesaria cuando el médico hace todo lo posible por curar. Cuando no es posible aportar luz a la oscuridad, se coge de la mano y se acompaña: juntos se tiene menos miedo.

¿Qué actitud hay que tomar ante un feto terminal?

No se puede aplicar la frase *"no se puede hacer nada"*. Se le puede acompañar hasta el final natural pre o post-natal, junto a sus padres y familiares, aportándole lo que necesite (analgesia, por ejemplo), sin caer en el exceso terapéutico. El feto terminal es un individuo de la especie humana, uno de los nuestros, que tiene necesidad de morir con dignidad.