Contragestación

El término «contragestación», acuñado por el profesor Beaulieu en la presentación de la «píldora abortiva» RU486 –o mifepristona–, no ha tenido ningún impacto en el lenguaje corriente, porque lo que pretendía designar como si fuera un eufemismo –el aborto químico precoz– no suscita hoy apenas objeciones. De todas maneras, este término conserva su valor descriptivo y explicativo, en especial, para toda persona sensible a la sorprendente banalización del aborto que los anticonceptivos –entre los que destaca en primer lugar la mifepristona asociada a las prostaglandinas– han introducido allí donde ya se usan. Al mismo tiempo, aunque se ha eliminado verosímilmente del procedimiento el que no implique hospitalización alguna y parezca producirse «con suavidad», persiste la realidad del aborto. Lo peor es que la mujer que toma la mifepristona queda a solas con su receta, sola a la hora de enfrentarse al drama que se produce en ella, sola también para sufrir los efectos secundarios y las complicaciones de un fármaco del que lo menos que se puede decir es que no respeta ni el cuerpo, ni la vida, ni la conciencia, ni el alma. (↗ Contracepción preimplantatoria y de emergencia; Dignidad del embrión humano; Estatuto jurídico del embrión humano; Maternidad segura; Selección y reducción embrionarias).

Con el término «contragestación» se indica una serie de productos de acción abortiva que se utilizan en las fases más tempranas del embarazo y que, a diferencia de los interceptivos, actúan también tras completarse el anidamiento del embrión en el endometrio del útero.

¿Por qué, entonces, no se les llama abortivos? Porque, al sustituir el término «aborto» por el de «contragestativo» se pretende evitar que el receptor recuerde un hecho dramático –el aborto o, lo que es lo mismo, la supresión de un individuo–, haciéndolo menos brutal e incapaz de provocar ansiedad, malestar y, sobre todo, rechazo. Se destruye la vida con tan solo tomar una píldora: este hecho –se dice– compromete menos, desde el punto de vista psicológico, que el aborto quirúrgico, y la mujer apenas percibe la gravedad del acto que comete.

Y por eso se hace necesario una vez más precisar el significado de los términos, «*llamar a las cosas por su nombre*, sin ceder a componendas de conveniencia o a la tentación de autoengaño»[1], para restablecer la verdad semántica y la verdad científica, para devolver a la mujer la conciencia y la responsabilidad de su elección.

La contragestación y los contragestativos

Los productos que se utilizan en la contragestación son: la mifepristona o RU486, el misoprostol, las prostaglandi-

[1] Juan Pablo II, Carta encíclica *Evangelium vitae*, 25 de marzo de 1995.

nas, la vacuna anti-hCG y la vacuna anti-TBA (anti-trofoblástica).

La *mifepristona*, conocida también como RU486, es un antiprogestágeno que actúa bloqueando los receptores de la progesterona y contrarrestando los efectos de esta hormona en los órganos y tejidos correspondientes[2].

Como es sabido, la progesterona es una hormona que desempeña un papel central en el arranque y en el desarrollo del embarazo: segregada tras la ovulación, durante la fase luteínica y en las primeras fases del embarazo (hasta alrededor del día 50 desde la fecundación) por el cuerpo lúteo, y sucesivamente –a continuación del llamado «*shift* lúteo-placentario»– por el trofoblasto, la progesterona determina la caducidad del endometrio, la reducida capacidad de respuesta del miometrio ante factores estimulantes como la prostangladina y la oxitocina, y el cierre del cuello del útero. De este modo se garantiza el anidamiento del embrión en el endometrio y la continuación de su desarrollo.

Se han llevado a cabo diversos intentos de bloqueo de la actividad de la progesterona para impedir, a continuación, la prosecución del embarazo. Se han dado intervenciones en tres niveles: 1) la interrupción de la síntesis de la progesterona, interrupción que es responsable de la síntesis alterada de los corticoesteroides, hormonas fundamentales para la supervivencia del individuo; 2) la neutralización de la progesterona en circulación; 3) el bloqueo de los receptores de la progesterona en el órgano correspondiente. Este último es el mecanismo de acción de la RU486.

En efecto, como la progesterona se une a los receptores localizados en el ADN, sobre todo en las regiones promotoras de genes o próximas a ellas[3], también la RU486 atraviesa la membrana de las células en cuestión y llega a los propios receptores[4]. De esta manera, la RU486 interrumpe la actividad de la progesterona, interrupción que siempre es reversible una vez que se suspende la toma del contragestativo, con tal de que no se altere la dinámica de las células: en este caso, el efecto de bloqueo se vuelve permanente[5]. Las estructuras afectadas por la actividad de la RU486 son el endometrio, el cuello del útero y el miometrio.

La acción sobre el endometrio se dirige en concreto a los capilares que lo riegan: el aumento de la contractilidad de la musculatura lisa reduce la vasculariza-

[2] W. L. SHI – J. D. WANG – Y. FU – P. D. ZHU, «Estrogen and Progesterone Receptors in Human Decidua after RU486 Treatment»: *Fertil Steril* (1993) 60 (1), 69-74; D. T. BAIRD, «Antigestogens»: *Br Med Bull* (1993) 49 (1), 73-87; M. L. SWAHN – M. BYGDEMAN – S. CEKAN ET AL., «The Effect of Ru486 Administred during the Early Luteal Phase on Bleeding Pattern, Hormonal Parameters and Endometrium»: *Hum Reprod* (1990) 5, 402-408; A. GLASIER – K. J. THONG – M. DEWAR ET AL., «Mifepristone (RU486) Compared with High-dose Estrogen and Progestogen for Emergency Postcoital Contraception»: *NEJM* (1992) 327, 1041-1044.

[3] S. GREEN – P. CHAMBON, «Nuclear Receptors Enhance our Understanding of Transcription Regulation»: *Trends in Genetics* (1988) 4, 309-314.

[4] D. PHILIBERT – R. DERAEDT – C. TOURNEMINE ET AL., «RU486-an Antiglucocorticoid with a New Mechanism of Antihormone Activity»: *J. Steroid Biochem* (1982) 17 (3), LXVIII; E. E. BEAULIEU, «The Albert Lasker Medical Awards. RU486 as an Antiprogesterone Steroid. From Receptor to Contragestion and Beyond»: *JAMA* (1989) 262 (13), 1808-1814.

[5] Cf. al respecto también E. E. BEAULIEU, «Contragestion by Antiprogestin: a New Approach to Human Fertility Control», en *Abortion: Medical Progress and Social Implications* (Ciba Foundation Symposium 1985) (Pitman, London 1985) 192-210; ÍD., «Contragestion with RU 486: a New Approach to Postovulatory Fertility Control»: *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* (1989) 149, 5-8; R. PEYRON – E. AUBENY – V. TARGOSZ ET AL.,«Early Termination of Pregnancy with Mifepristone (RU 486) and the Orally Active Prostaglandin Misoprostol»: *NEJM* (1993) 328, 1509-1513.

ción del endometrio, produciendo edemas y necrosis celular seguidos de descamación del tejido, hemorragia y separación del embrión ya implantado. Luego la descamación del endometrio es responsable de la liberación de prostaglandina, y en concreto de la PGF2alfa, que estimulan ulteriormente las contracciones del miometrio y provocan la dilatación y el desprendimiento del cuello del útero, facilitando la expulsión del embrión. La separación y la muerte del embrión son, a su vez, la causa de la menor producción de hCG *(human Chrorionic Gonadotropin,* hormona gonadotropina coriónica humana), hormona que mantiene normalmente activo el cuerpo lúteo en las primeras etapas del embarazo. El cese de la actividad del cuerpo lúteo reduce ulteriormente los niveles de progesterona, reforzando la acción antiprogestágena de la RU486.

El primer estudio sobre la acción abortiva de la RU486 se llevó a cabo en 1982. Participaron 11 mujeres, que se encontraban entre la sexta y la octava semana de embarazo. Se les suministró una dosis de 200 mg de mifepristona durante 4 días: 8 mujeres abortaron entre el tercer y el quinto días; 2 mujeres fueron sometidas posteriormente a histerectomía; 1 mujer fue sometida a «revisión» de la cavidad uterina[6].

Estudios posteriores utilizaron 600 mg de mifepristona en una sola dosis, seguidos, a las 36-48 horas, de la administración de uno de los dos análogos de la prostaglandina, el gemeprost (1 mg por vía vaginal) o el sulprostón (0,5 mg por vía intramuscular). En esta ocasión se produjeron 96 abortos, 1 continuación del embarazo, 2 abortos «incompletos» seguidos de histerectomía y 1 aborto «incompleto» seguido de revisión de la cavidad uterina (legrado)[7].

De hecho, en la actualidad se usa la dosis única de 600 mg de RU486[8], seguida de una dosis de prostaglandina a las 36-48 horas para aumentar la acción abortiva de la mifepristona[9]. En realidad, la acción abortiva de la RU486 es evidente en el 85 % de los casos, mientras que con la acción añadida de la prostaglandina el porcentaje llega al 96,9 %. En el 3,1 % de los casos restantes o bien se produce el efecto abortivo, pero no se da la expulsión del embrión (1,8 %), o bien no hay efecto abortivo[10]. Sin embargo, dado que el embrión sometido a los efectos de la RU486 y a las prostaglandinas puede presentar graves anomalías morfológicas, sobre todo en el aparato génito-urinario, incompatibles con la vida, casi siempre se recomienda también, «calurosamente», además, el aborto quirúrgico a la mujer que se encuentra en esta situación. Tanto es así que a las mujeres que se someten al aborto químico se les exige firmar su consentimiento ante el eventual y complementario legrado.

La RU486, además de administrarse junto con las prostaglandinas, se administra con el misoprostol[11], que también

[6] Informe de BAIRD, «Antigestogens», 73-87.

[7] L. SILVESTRE – C. DUBOIS – M. RENAULT ET AL., «Voluntary Interruption of Pregnancy with Mifepristone (RU486) and a Prostaglandine Anlogue»: *NEJM* (1990)322(10), 645-648.

[8] A. ULMAN, «Uses of RU486 for Contragestion: an Update»: *Contraception* (1987) 36, 27-31.

[9] M. BYGDEMAN – M. L. SWAHN, «Progesterone Receptor Blockage. Effect on Uterine Contractility and Early Pregnancy»: *Contraception* (1985) 32, 45-51; D. T. BAIRD – M. RODGER – I. T. CAMERON ET AL., «Prostaglandins and the Interruption of the Early Pregnancy», *J Reprod Fertil* (1988) 36 suppl., 173-179.

[10] E. AUBENY, «RU 486. Contragestion, Contraception»: *Rev Prat* (1995) 45 (19), 2445-2448.

[11] C. R. RICHARDSON, «Can Vaginal Misoprostol Be Administred 1 to 3 Days After Mifepristone Without Loss of Efficacy or an Increase in Adverse Events?»: *J Fam Pract* (2001)50(1), 9; L. BORGATTA – M. S. BURNHILL – J. TYSON ET AL., «Early Medical

se utiliza solo[12] o después del metotrexato[13].

El efecto abortivo de la RU486 se verifica con más frecuencia en las primeras fases del embarazo, cuando los niveles de progesterona son todavía reducidos. A los 49 días de la concepción, la placenta produce –como ya hemos indicado– grandes cantidades de progesterona que no puede contrarrestar la RU486.

La RU486 no puede tomarse en casa, como han hecho creer sus partidarios, aunque –como se verá– su toma en el domicilio es uno de los objetivos de los países en vías de desarrollo. La RU486 se receta, por tanto, bajo control médico y en hospitales, por sus posibles complicaciones, entre las que podemos señalar hemorragias y fuertes dolores abdominales.

La acción abortiva de la RU486 es también evidente en la fase luteínica precoz, es decir, inmediatamente después de la fecundación y antes de producirse la implantación: estamos ante su uso como anticonceptivo de emergencia o, mejor dicho, como anti-anidatorio o interceptivo. En este caso, la RU486 provoca la inhibición y el asincronismo del desarrollo del endometrio con la consiguiente imposibilidad de que el embrión anide en la pared uterina[14]. La toma se daría en una única dosis hasta el quinto día después de las relaciones sexuales[15], con un retraso mínimo de tres días en la siguiente menstruación[16].

También se ha experimentado la RU486 como anticonceptivo, ya que puede bloquear la ovulación si se administra en la fase folicular como una sola dosis (200-600 mg) o en dosis repetidas durante algunos días[17].

Las *prostaglandinas* se utilizan con fines contragestativos en el plazo de 50 días desde la fecundación, sin rebasar este límite[18], si bien, como es sabido, su efecto abortivo alcanza su mayor eficacia también en fases posteriores del embarazo.

No se conoce con exactitud el mecanismo de acción de las prostaglandinas para causar el efecto abortivo: se cree que se debe achacar a la lisis del cuerpo lúteo, con la consecuente reducción en la producción de progesterona, descamación del endometrio y aborto del embrión ya anidado[19]. Asociado a la prostaglandina se emplea también el epostano, un

Abortion With Methotrexate and Misoprostol»: *Obstet Gynecol* (2001)97(1), 11-16.

[12] A. VELAZCO – L. VARELA – R. TANDA ET AL., «Misoprostol for Abortion up to 9 Weeks' Gestation in Adolescents»: *Eur J Contracept Reprod Health Care* (2000)5(4), 227-233; K. COYAJI – B. ELUL – U. KRISHNA ET AL., «Mifepristone Abortion Outside the Urban Research Hospital Setting in India»: *Lancet* (2001)357(9250), 120-122.

[13] E. R. WIEBE, «Misoprostol Administration in Medical Abortion. A Comparison of Three Regimens»: *J Reprod Med* (2001) 46 (2), 125-129.

[14] M. L. SWAHN – K. GEMZELL – M. BYGDEMAN ET AL., «Contraception with Mifepristone»: *Lancet* (1991) 338, 942-943 (carta); P. LAHTEENMAKI – H. ALFTHAN – T. RAPELI ET AL., «Late Postcoital Treatment Against Pregnancy With Antiprogesterone RU486»: *Fertil Steril* (1988) 50, 36-38; C. DUBOIS – A. ULMANN – E. E. BEAULIEU, «Contragestion With Late Luteal Administration of RU 486 (Mifepristone)»: *Fertil Steril* (1988) 50 (4), 593-596.

[15] TASK FORCE ON POSTOVULATORY METHODS OF FERTILITY REGULATION, «Comparison of 3 Single Doses of Mifepristone as Emergency Contraception: a Randomised Trial», en *Lancet* (1999) 553, 697-702.

[16] P. C. HO, «Emergency Contraception: Methods and Efficacy», *Curr Opin Obstet Gynecol* (2000) 12 (3), 175-179.

[17] D. SHOUPE – D. R. MISHELL – M. A. PAGE ET AL., «Effects of the Antiprogesterone RU 486 in Normal Follicular Fase»: *Am J Obstet Gynecol* (1987) 157, 1421-1426.

[18] E. W. HORTON – N. L. POYSER, «Uterine Luteolytic Hormone: a Physiological Role for Prostaglandine F2», *Physiol Rev* (1979) 56, 913-919; M. SMMKARI – G. M. FILSHIE, «Therapeutic Abortion Using Prostaglandin F2»: *Lancet* (1970) 1, 157-159.

[19] S. BERGSTROM – E. DICZFALUSY – U. BORELL ET AL., «Prostaglandins in Fertility Control»: *Science* (197) 175, 1280-1287; K. M. SEVERYN, «Abortifacient Drugs and Devices: Medical and Noral Dilemas»: *Linacre Quaterly* (1990) agosto, 50-67.

antiprogestágeno que inhibe con eficacia la 3-beta-hidroxidoesteroidehidrogenasa, la enzima que transforma la pregnenolona en progesterona[20]. Las *vacunas abortivas* que se encuentran hoy día en fase de experimentación son la vacuna anti-hCG y la vacuna anti-TBA[21].

El principio base de la vacuna anti-hCG *(anti-human Chorionic Gonadotropin)* es impedir la continuación del embarazo, provocando en la mujer un estado de inmunidad contra la gonadotropina coriónica, hormona que indica la presencia del embrión en el sistema endocrino materno[22]. La hCG, segregada por el blastocito ya anidado, estimula el cuerpo lúteo del ovario materno para la producción de progesterona, con el fin de prevenir la atrofia del cuerpo lúteo, evitar la pérdida menstrual y permitir el desarrollo del embrión.

En consecuencia, el bloqueo del hCG y el descenso en los niveles de progesterona dificultan la anidación y el desarrollo del embrión: el cuerpo lúteo retrocede, el endometrio se descama y se elimina el embrión.

El mecanismo de acción de la vacuna anti-hCG es, por ello, tanto interceptivo como contragestativo, aunque, dado que no se observan alteraciones ni en el ciclo menstrual ni en el de la ovulación, se piensa que el aborto tiene lugar a los pocos días de la fecundación, cuando el embrión, a pesar de haber comenzado la implantación, no la ha terminado todavía.

En cuanto a su estructura, la vacuna anti-hCG se ha formulado de diversas maneras, con el fin de evitar reacciones cruzadas con otros péptidos de estructura similar (TSH, LH, FSH, etc.) y de aumentar la respuesta de los anticuerpos.

En efecto, se ha utilizado en primer lugar una secuencia carboxílica de la hCG –los 37 aminoácidos del terminal carboxílico son distintos, por ejemplo, de los del LH– unida a un *carrier* inmunogénico de origen bacteriano, como la toxina diftérica o la toxina tetánica[23]. Durante las primeras fases de experimentación se ha observado una discreta respuesta de los anticuerpos, sin efectos locales secundarios: sin embargo, no satisfechos con la respuesta de los anticuerpos, menor de lo esperado a causa de la breve vida media de la citada vacuna, se ha preparado también un sistema de microesferas biodegradables que la libera lentamente, permitiendo así una mayor respuesta inmunogénica.

En otros estudios, en cambio, se ha utilizado toda la subunidad beta del hCG como inmunógeno: es lo que ha ocurrido en la India, donde se ha valorado, además de la respuesta de los anticuerpos, el efecto abortivo de la vacuna[24]. También en este caso, el *carrier* está formado por una toxina tetánica y se han observado, no obstante, diferentes respuestas

[20] N. S. PATTISON – M. A. WEBSTER – S. L. PHIPPS ET AL., «Inhibition of 3 Beta-hydroxysteroid Dehydrogenase (3beta-HSD) Activity in First and Second – Trimester Human Pregnancy and the Luteal Phase Using Epostane»: *Fertil Steril* (1984) 42 (6), 875-881.

[21] W. R. JONES, «Contraceptive Bacines»: *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* (1996) 10(1), 69-86; S. DIRNHOFER – P. BERGER, «Vaccination for Birth Control»: *Int Arch Allergy Immunol* (1995) 108 (4), 350-354.

[22] R. J. AITKEN – M. PATERSON – P. THILLAI KOOTHAN, «Contraceptive Vaccines»: *Br Med Bull* (1993) 49 (1), 88-99.

[23] W. R. JONES – J. BRADLEY – S. J. JUDD ET AL., «Phase I Clinical Trial of a World Health Organisation Birth Control Vaccine»: *Lancet* (1988) 1, 1295-1298.

[24] S. M. SHAHANI – P. P. KULKARNI – M. SALAHUDDI ET AL., «Clinical and immunological Responses With Pr-beta-hCG-TT-vaccine»: *Contraception* (1982) 25 (4), 421-434; G. P. TALWAR – V. HINGORANI – S. KUMAR ET AL., «Phase I Clinical Trials With Three Formulations of Anti-human Chorionic Gonadotropin Bacines»: *Contraception* (1990) 41 (3), 301-316.

respecto a los anticuerpos en las mujeres a quienes se había administrado.
Se ha intentado posteriormente producir vacunas a partir de híbridos de la hCG humana con la cadena alfa de la LH ovina: el resultado ha sido una mayor respuesta de los anticuerpos, pero al mismo tiempo un elevado porcentaje de reacciones cruzadas entre la LH ovina y la LH humana. Y además, para aumentar la respuesta de los anticuerpos, se ha pensado en inmunizar antes a la mujer con el suministro previo del *carrier* y, después, de la vacuna completa[25].
La vacuna anti-TBA *(Trophoblastic Antigen Vaccine)* es otro producto con efecto abortivo preparado a instancias de la Organización Mundial de la Salud[26]: se estimula en la mujer la producción de anticuerpos contra el trofoblasto, nombre que se da al embrión en las primeras fases del embarazo.

LA CONTRAGESTACIÓN EN LOS PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO

Uno de los principales objetivos de la distribución de contragestativos, que, por otro lado, ya se emplean o experimentan en varios países industrializados, son las mujeres de los países en vías de desarrollo (PVD). La razón es la siguiente: dado que el embarazo –se dice– es una «enfermedad» social (el número cada vez mayor de nacimientos sería la causa, según algunos, del empobrecimiento del mundo) y física (la mortalidad/morbilidad relacionada con el embarazo sigue siendo alta en los PVD), hay que evitar dicha enfermedad mediante cualquier medio, incluido el aborto.
Es evidente que no se puede negar que el aumento de la población mundial recae sobre todo en los PVD y que el 95 por ciento de las muertes infantiles y de las muertes maternas ocurren siempre en los PVD, pero sabemos que este hecho no se debe al número de nacimientos, sino a una asistencia sanitaria inadecuada, a la falta de formación y de estructuras de base para el seguimiento del embarazo y del parto, a la carencia de los sistemas más básicos de alcantarillado y de almacenamiento de agua, a la mala alimentación[27]. Aunque el embarazo fuera, que no lo es, una «enfermedad», habría que ofrecer respuestas muy distintas a la anticoncepción-esterilización-aborto. No es nuestra intención detenernos en este punto: nos limitamos únicamente a señalar que las ínfimas condiciones higiénico-sanitarias se consideran, por el contrario, razón para los abortos quirúrgicos «no seguros» *(unsafe abortions)*, de donde se deriva la propuesta de aumentar el recurso al aborto químico, en especial, el aborto con mifepristona y prostaglandinas, con mifepristona y mifepristol, o bien con mifepristol solo[28].

[25] S. SHAH – R. RAGHUPATHY – O. SINGH ET AL., «Prior Immunity to a Carrier Enhances Antibody Responses to hCG in Recipients of an hCG-Carrier Conjugate Vaccine»: *Vaccine* (1999)17(23-24), 3116-3123.

[26] C. S. BAMBRA, «Anti-Trophectoderm Vaccine: Rationale and Methods Used for Antigen Identification and Selection»: *Scand J Immunol* (1992) 36 (supl 11), 131-136; L. F. ROBERGE, «Abortifacient Vaccine Technology: Overview, Hazards and Christian Response»: *Linacre Quaterly* (1995) agosto, 67-75.

[27] D. RUSHS, «Nutrition and Maternal Mortality in the Developing World»: *Am J Clin Nutr* (2000)72 (supl 1), 212S-240S.

[28] K. COYAJI – B. ELUL – U. KRISHNA ET AL., «Mifepristone Abortion Outside the Urban Research Hospital Setting in India»: *Lancet* (2001) 357 (9250), 120-122; A. E. POLLACK – R. N. PINE, «Opening a Door to Safe Abortion: International Perspectives on Medical Abortifacient Use»: *J Am Med Women's Assoc* (2000) 55 (supl 3), 186-188; K. BLANCHARD – B. WINIKOFF – C. ELLERTSON, «Misoprostol Used Alone for the Termination of Early Pregnancy. A review of the Evidence»: *Contraception* (1999) 59 (4), 209-217.

Es más, para incrementar su empleo, en especial de la mifepristona asociada al misoprostol, se ha comenzado su producción, por un lado, en los propios PVD[29], mientras que, por otra parte, se favorece la distribución del producto a domicilio. Este protocolo ya ha sido objeto de experimentación: se administra primero la mifepristona a las mujeres bajo control médico, luego se les entregan las dosis de misoprostol para que las tomen en casa, y finalmente se les pide un control a las dos semanas[30].

EL PROBLEMA ÉTICO: CONTRAGESTACIÓN Y OBJECIÓN DE CONCIENCIA

A propósito del aborto farmacológico, leemos en la encíclica *Evangelium vitae:* «Para facilitar la difusión del aborto se han invertido y se siguen invirtiendo ingentes sumas destinadas a la obtención de productos farmacéuticos que hacen posible la muerte del feto en el seno materno, sin necesidad de recurrir a la ayuda del médico. La misma investigación científica sobre este punto parece preocupada casi exclusivamente por obtener productos cada vez más simples y eficaces contra la vida y, al mismo tiempo, capaces de sustraer el aborto de toda forma de control y responsabilidad social» (n. 13).

Esta afirmación, que parece referirse más bien a la intercepción, ya que habla de productos que puede tomar la mujer libremente, podría extenderse también a los contragestativos, dada la tendencia a domiciliar su empleo.

Ya se trate de intercepción o de contragestación o de aborto quirúrgico, el juicio moral no cambia: «Entre todos los delitos que el hombre puede cometer contra la vida, el aborto procurado presenta características que lo hacen particularmente grave e ignominioso. El Concilio Vaticano II lo define, junto con el infanticidio, como *crímenes nefandos*»[31].

Aun así, se procura, cada vez con mayor insistencia, transformar este delito en derecho, «hasta el punto de pretender con ello un verdadero y propio reconocimiento legal por parte del Estado y la sucesiva ejecución mediante la intervención gratuita de los mismos agentes sanitarios»[32].

Precisamente son estos agentes sanitarios quienes, cuando no comparten una tal práctica delictiva, deben oponerse con un neto rechazo, planteando una objeción de conciencia. La difusión del recurso al aborto químico ha ampliado, por un lado, el número de sectores profesionales que pueden verse implicados en un acto abortivo y, por otro, la extensión, en cuanto al alcance y tiempo, de las actividades específica y necesariamente dirigidas a determinarlo. De hecho, es necesario precisar qué es lo que un profesional sanitario que sea objetor no está obligado a hacer en el caso de que en el centro donde trabaje se utilicen contragestativos, que no provocan el aborto inmediatamente, sino que necesitan horas y días para actuar. En tal caso, ¿debe li-

[29] G. W. DUNCAN, «Collaborative Research and Development on Mifepristone in China to Reduce Unwanted Pregnancies and Recourse to Abortion»: *Int J Gynaecol Obstet* (1999) 67 (supl 2) (6), 69-76.

[30] J. P. GUENGANT – J. BANGOU – B. ELUL – C. ELLERTSON, «Mifepristone-misoprostol Medical Abortion: Home Administration of Misoprostol in Guadeloupe»: *Contraception* (1999) 60 (3), 167-172.

[31] JUAN PABLO II, Carta encíclica *Evangelium vitae*, 58.

[32] JUAN PABLO II, Carta encíclica *Evangelium vitae*, 11.

mitarse la intervención abortiva a los pocos minutos que hacen falta para la expulsión del feto o debe ampliarse a todo el período (horas o días) en que se desarrolla la acción de dicho abortivo?
Creemos que todo el período de administración y de espera ante el resultado de la acción de los abortivos se incluye en la objeción y que, por tanto, no se puede exigir ninguna prestación al personal sanitario, dado que tal prestación tiene como fin el aborto –aunque sea una prestación prolongada en el tiempo–, ni mucho menos se puede exigir la administración de dosis o de otras sustancias destinadas a reforzar la acción del propio abortivo. Por poner un ejemplo: un objetor de conciencia no está obligado a suministrar ni prostaglandinas o RU486, ni más dosis de prostaglandinas o misoprostol, en el caso de que se le pidan para reforzar el efecto del primer abortivo suministrado.

Maria Luisa di Pietro