

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Una aproximación histórico-religiosa, jurídica y bioética al aborto provocado de causa genética

Dr. Noel Taboada Lugo

Centro Provincial de Genética Médica, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

El aborto provocado es, probablemente, el método más antiguo y polémico de regulación de la fecundidad. No existe otro procedimiento electivo que haya sido tan debatido, que haya generado tanta controversia emocional y ética y que haya recibido tanta y tan constante atención pública a través del tiempo. La práctica del aborto es tan antigua como la organización social de los seres humanos, esta dependencia se da a través de múltiples factores psicológicos, culturales y sociales, incluidos los puntos de vista religiosos, las tradiciones y la reacción psicológica a la coyuntura económica y política. El diagnóstico prenatal incluye todos los métodos con los que se investigan indirectamente el fenotipo o las probabilidades del genotipo fetal. En Cuba existen las normas jurídicas que garantizan la instrumentación legal del aborto ante el diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas incompatibles con la vida. Se realizó una revisión bibliográfica con el objetivo de abordar el aborto provocado de causa genética desde las perspectivas histórico-religiosa, jurídica y bioética.

Palabras clave: aborto inducido; anomalías congénitas; diagnóstico prenatal; bioética

ABSTRACT

The induced abortion is probably the oldest and most controversial method of regulating fertility. There is no other elective procedure that has been so debated, that has generated so much emotional and ethical controversy and that has received so much and so constant public attention over time. The practice of abortion is as old as the social organization of human beings; this dependence is given through multiple psychological, cultural and social factors, including religious views, traditions and psychological reaction to the economic and political situation. Prenatal diagnosis includes all methods with which the phenotype or probabilities of the fetal genotype are indirectly investigated. In Cuba there are legal norms that guarantee the legal implementation of abortion before the prenatal diagnosis of congenital malformations incompatible with life. A literature review was carried out with the objective of approach the abortion caused by genetic causes from the historical-religious, legal and bioethical perspectives.

Key words: abortion induced; congenital abnormalities; prenatal diagnosis; bioethics

El aborto desde una perspectiva histórico-religiosa

Ningún aspecto en el campo de la salud humana ha desatado una controversia tan grande a nivel mundial como los temas del aborto provocado y de la anticoncepción. El aborto era ya practicado tanto en la civilización griega como en la romana.¹ La inserción de sustancias a través del cuello del útero,

utilizando tubos de plomo huecos, fue descrita por Hipócrates. Los romanos utilizaban plumas de pato con estos fines; en la antigua Grecia las posiciones ante la práctica del aborto eran más abiertas y se consideraba que debía prescribirse en caso de incesto, cuando los padres fueran personas de edad avanzada o para limitar las dimensiones de la familia.

Platón consideraba que el feto no tenía alma y llegó a manifestar en La República que el aborto debía prescribirse en caso de incesto o cuando los padres fueran personas de edad. Aristóteles y otros filósofos lo recomendaban como fórmula para limitar las dimensiones de la familia y, como consideraban al feto como parte de la madre, a ella pertenecía la elección.²

Fue en Roma donde comienza a aparecer la represión del aborto porque determinadas sustancias abortivas ponían en peligro la vida de las mujeres que se sometían a él. Doscientos años después de Cristo (d. C.) la civilización romana tomaba medidas rigurosas contra la mujer sujeta a esta acción que incluían la pena de muerte, castigos corporales y exilio.

La punibilidad del aborto ha marchado durante la historia de la humanidad desde la plena libertad de la mujer, por ser considerado su vientre una prolongación de su cuerpo, hasta las concepciones cristianas que dan una nueva valorización del tema. Durante la Edad Media, en la que el acto sexual solo era aceptado bajo el prisma del cristianismo como un medio para la reproducción humana, las mujeres recurrían a brujas y parteras para conseguir brebajes o sahumeros que provocaran el aborto, muchos de ellos inútiles y que no en pocos casos provocaban complicaciones y la muerte.^{3,4}

En la Biblia no aparece una explícita condena al aborto, cuando más se aproxima es en el Éxodo 21:22: "Si unos hombres en el curso de una pelea dan un golpe a una mujer embarazada provocándole un aborto, sin que muera la mujer, serán multados conforme a lo que imponga el marido ante los jueces".⁵ El problema aquí está relacionado con el derecho del padre a tener descendencia y no con la muerte del feto. Tal como señalara el teólogo conservador John Connery, el feto no tenía la misma categoría de la madre en las leyes hebreas; en otras palabras, no tenía la categoría moral de persona, al menos eso es lo que se interpreta de lo que dice la Biblia al respecto.³

Durante los gobiernos de Séptimo Severo y Caralla, doscientos años d. C., se promulgaron leyes rigurosas en contra del aborto que incluían la pena de muerte, castigos corporales y el exilio. El fundamento principal para tales medidas era que la mujer no tenía derecho a arrebatarse al marido su descendencia. Tempranamente se desarrolló en la cristiandad, como tradición dominante, la teoría de la homonización tardía o de la llegada del alma. Esta interpretación fue tomada de los griegos y señalaba que el alma no llegaba al feto hasta los tres meses del embarazo, por tanto, la vida que se desarrolla en el vientre de la madre hasta esta fecha no era humana.⁵

Tomás de Aquino (1225-1274), uno de los paradigmas del pensamiento cristiano (en la actualidad su doctrina es la oficial de la iglesia católica expresada en la forma de neotomismo), señaló que el feto, inicialmente, estaba habitado por un alma vegetativa, luego por un alma animal y solo cuando estaba formado por un alma espiritual humana. A pesar de las contradicciones la iglesia no cesó de condenar el aborto. Pio XI, en 1930, señaló que la vida de la madre y la del feto son igualmente sagradas y que

nadie tiene poder ni autoridad para destruirlas; este concepto otorga más rigidez a la posición de la iglesia.

En la actualidad, la iglesia católica se rige por la carta encíclica de Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana, en la que condena el aborto y la anticoncepción.^{3,6}

En todo el mundo, además de la iglesia católica, existe una tendencia religiosa principal que comparte una doctrina negativa respecto al aborto: el ala fundamentalista del protestantismo evangélico. Esta tendencia, aunque surge en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), se ha extendido a varios países que suelen adoptar doctrinas extremistas en muchas cuestiones, tanto prácticas como políticas.³

Otras religiones (la anglicana, la episcopal, la metodista, la presbiteriana unida y la ortodoxa griega) que mantienen relaciones amigables con la católica tienen doctrinas liberales respecto al aborto y a la anticoncepción: la iglesia anglicana permite el aborto hasta las 28 semanas de la concepción, consideran que Dios nos dio el poder de ser co-creadores. A partir de los 14 días de la concepción puede considerarse el producto como un embrión (antes pueden realizarse investigaciones para trasplante, etc); la iglesia metodista es del criterio de que después de una profunda meditación y de rogar a Dios que los ilumine, si la mujer lo decide, puede abortar;^{3,7} la iglesia bautista evangélica radical se opone al aborto y trata de evitar que funcionen las clínicas médicas en que se realizan; la iglesia ortodoxa rechaza el aborto en principio, pero pide a los sacerdotes su comprensión en casos específicos. Para los judíos el aborto puede ser permitido en algunas circunstancias, para ellos la vida y la salud de la madre son prioritarias, aunque otros factores están en discusión.^{6,8}

El Corán, libro sagrado de los musulmanes, señala que Dios envía el alma al feto a los 120 días y la ley islámica permite el aborto si está en peligro la vida de la madre que, según esta concepción, es la raíz, y el embrión la planta que puede sacrificarse para salvar la raíz. Los budistas, a pesar de su tesis de que la vida es el valor de más alta jerarquía, no se oponen al aborto en caso de peligro para la vida de la madre.^{9,10}

Posturas pro-elección y pro-vida en relación al aborto

El aborto es uno de los temas más complejos de la Bioética, en este momento representa una controversia de difícil solución entre posturas extremas, los denominados pro-choice (pro-elección, que defienden el derecho de la mujer a decidir libremente) y pro-life (pro-vida, que consideran que el aborto es injustificable por considerarlo un asesinato).¹¹

La más fuerte posición en contra del aborto la mantiene el grupo de postura pro-vida. Sus líderes provienen, principalmente, de la iglesia católica, para ellos la vida comienza en el momento de la concepción y, por tanto, el feto es digno de derechos y protección; su meta es revertir o detener las leyes que legalizan el aborto.

La posición de este grupo no es unánime para todos los católicos. Hay grupos que defienden el aborto durante el primer trimestre y han hecho notar que, en algún momento, la iglesia aceptó la idea aristotélica (ratificada por Santo Tomás de Aquino) de que el alma no entra al cuerpo hasta después de los 40 y hasta los 80 días de la concepción, por lo que argumentan que la posición de la

iglesia podría cambiar para tomar en cuenta las necesidades y las preocupaciones de los grupos pro-elección a favor de la legalización del aborto voluntario. Con excepción de la iglesia católica, la mayoría de las iglesias que tienen la posición pro-vida aceptan el aborto en casos excepcionales, como cuando la vida de la madre está en peligro de muerte.⁶

Otras iglesias han adoptado abiertamente una postura pro-elección: la unida de Cristo, la unida metodista, la episcopal y la presbiteriana. Estas iglesias consideran que la definición del momento del inicio de la vida humana es una cuestión que no está establecida, que se debe permitir a la mujer ejercer su libertad personal y seguir sus creencias morales y religiosas, que el bienestar de la mujer es una prioridad sobre el bienestar del feto y que la legalización del aborto asegura la salud de la madre. La mayoría de estas iglesias abogan porque el aborto solo debe realizarse en circunstancias especiales y que no debe ser usado como un método anticonceptivo.

Tanto el grupo pro-vida como el de pro-elección están muy bien organizados y totalmente convencidos de sus posiciones. En el grupo pro-vida hay quienes están en desacuerdo no solo con el aborto, sino con cualquier forma de anticoncepción que no sea el método de ritmo; en el grupo pro-elección algunos consideran el aborto como un método de planificación familiar. En el intermedio de estas posiciones extremas hay miembros de estos grupos que consideran que los métodos anticonceptivos modernos y la educación sexual son indispensables para disminuir el aborto.^{3,6}

El aborto desde una perspectiva jurídica

En casi todo el mundo mujeres de diversos sectores sociales han recurrido al aborto provocado o inducido independientemente del código legal, de las sanciones religiosas y de los peligros que representa el aborto para la salud y la vida.

En diferentes países sus sistemas jurídicos incluyen al aborto: en algunos se acepta como un derecho individual de la mujer, en otros se permite bajo ciertas circunstancias y en terceros se prohíbe terminantemente; cada una de estas posiciones se fundamentan en valoraciones éticas, religiosas, políticas o culturales y no es raro, incluso, que el tema del aborto sea tomado como bandera política para determinados partidos o que esté incluido en proyectos o programas políticos.³

De un modo gradual las razones sociales abrieron camino a las indicaciones médicas, que aceptaron la terminación electiva del embarazo o el aborto provocado cuando el feto produjera o agravara una enfermedad materna; algunos países lo hacen por defectos del feto. Las connotaciones psicológicas, éticas y jurídicas del aborto provocado están no solo en función de la persona que lo practica, sino también de la sociedad en la que se desarrolla y del lugar que en ella ocupa la mujer.^{12,13}

La legislación sobre el aborto es un reflejo de la evolución de la sociedad en este tema. En los países occidentales, salvo excepciones, se mueve desde una penalización total a parcial, con algunas características como la existencia de supuestos específicos tales como el aborto terapéutico por peligro para la vida de la madre, aborto eugenésico por malformaciones fetales o aborto ético por casos de violación o incesto; pero cuando se evidencia alguna alteración en el

embrión o en el feto el recurso al aborto selectivo va a ser la decisión en prácticamente el 95% de los casos.^{11,14}

En el mundo se realizan entre 50 y 60 millones de abortos cada año, la mayoría clandestinos debido a leyes penalizadoras, lo que representa el 22% de los 210 millones de embarazos que ocurren anualmente. El 49% de los abortos voluntarios fueron inseguros en el año 2008 (generalmente en países con legislaciones prohibicionistas), comparados con el 44% en 1995.¹³ Estos abortos se realizan, sobre todo, en los países en vías de desarrollo: en África el 97% y en Asia del sur y central el 65%. El aborto clandestino e inseguro es muy frecuente en países con leyes de aborto restrictivas, en particular en África Subsahariana y Latinoamérica. Hierbas, agujas punzantes, catéteres urinarios, sustancias tóxicas y acciones de todo tipo se emplean para expulsar el embrión no deseado en muchos países del Tercer Mundo. Según estimaciones de la OMS unas 500 000 mujeres mueren anualmente a consecuencia de abortos inseguros.^{13,15}

En algunos países, como México, la edad gestacional máxima permitida para la interrupción electiva de la gestación son las 20 semanas, en otros, como España, está legislado hasta las 22, mientras que en otros, como en Cuba, el período se extiende hasta las 26 semanas de embarazo y, en casos excepcionales, puede ser autorizada hasta las 35 semanas de gestación.^{13,16}

También en España existe la posibilidad de interrupción de la gestación hasta el final del embarazo si hay malformación incompatible con la vida del feto o si padece una enfermedad de extrema gravedad e incurable. En el primer caso se requiere el dictamen de dos médicos especialistas distintos del que practique el aborto y en el segundo el diagnóstico deberán confirmarlo tres médicos.¹³

El diagnóstico prenatal y el aborto de causa genética en Cuba

El diagnóstico prenatal (DPN) incluye todos los métodos con los que se investiga indirectamente el fenotipo o las probabilidades del genotipo fetal^{16,17} y debe ser realizado solo por razones relevantes a la salud del feto cuyos padres hayan decidido solicitarlo para detectar condiciones genéticas o defectos congénitos y si está médicamente indicado. Se debe ofrecer a la pareja independientemente de su punto de vista en relación al aborto.⁹

Uno de los objetivos del aborto provocado de causa genética es la reducción de los índices de mortalidad infantil por malformaciones congénitas pues el DPN se considera una de las medidas de prevención primaria postconcepcional de este tipo de defectos. Igualmente es dable esperar una reducción de los costos, tanto en vidas humanas como en recursos de toda índole para el sistema de salud pública y de seguridad social, por concepto de atención a complicaciones derivadas de malformaciones congénitas que implican costosos tratamientos quirúrgicos correctivos o discapacidades físico-motoras e intelectual.¹⁸⁻²⁰

No es éticamente aceptable la realización del DPN para decidir sobre la vida o la muerte del feto, pero el hecho de que no se admita el aborto como solución ante un posible resultado adverso tampoco lo hace inútil o desaconsejable. Existen otras razones para ofrecer la realización de un DPN: ofrecer tranquilidad a la pareja sobre que el feto no presenta malformaciones - situación que se da en el 95% de los casos-, acometer un posible tratamiento prenatal, indicar el mejor modo y lugar de realizar el parto, preparar las

condiciones de vida y el tratamiento más adecuados y preparar a la pareja para asumir la llegada de un hijo enfermo.⁹

Se ha demostrado que la secuencia de pensamientos que enfrenta la embarazada cuando debe elegir la interrupción electiva de la gestación está basada no solo en la calidad de vida del feto en sí, sino en la de ella, que se siente unida al feto, y en la calidad de vida de la familia como un todo.¹²

En la población cubana existe, sin embargo, la tendencia a favor de aceptar la terminación electiva de la gestación como opción reproductiva preventiva ante el riesgo de enfermedades genéticas o la identificación inequívoca de malformaciones congénitas mayores en el feto, condicionada por la confianza que tienen las personas en el sistema de salud cubano pues el aborto se realiza de forma segura, gratuita e institucional, además existen regulaciones sanitarias para su práctica.^{16,21}

El antecedente legislativo más remoto en Cuba, en relación con el aborto, se recoge en el Código Penal heredado de España y publicado en 1879, el que tuvo vigencia hasta 1939, cuando aparece el Código de Defensa Social. En su artículo 443 establecía que el aborto intencionalmente provocado, pero amparado por una causa establecida legalmente, sería considerado exento de responsabilidad criminal en los siguientes casos: el aborto terapéutico con el fin de salvar la vida de la madre bajo un grave riesgo, cuando el embarazo fuere el producto de una violación o cuando el propósito fuere evitar la transmisión al feto de una grave enfermedad hereditaria o contagiosa. El concepto de peligro para la salud de la madre era lo suficientemente vago para admitir relajadas interpretaciones y solo requería del acuerdo formal de dos médicos.

En el año 1959, cuando se deja de realizar el aborto voluntario institucional, se produce un incremento de la mortalidad materna por el ejercicio ilegal de este procedimiento y la mala práctica de las maniobras abortivas. En el año 1965 es institucionalizado y en el Código Penal de 1987 (artículo 6) se legaliza realmente el aborto en Cuba. Se sanciona al que proceda sin consentimiento de la mujer, lo realice fuera de las instituciones oficiales y no sea médico o lo realice por lucro; los abortos ilegales serán fuertemente penalizados.²

En la actualidad el estado cubano juega un papel importante en la regulación del aborto al establecer las disposiciones legales para su ejecución. El Decreto No. 139 del Reglamento de Ley de Salud Pública, en su artículo 36, establece que el Sistema Nacional de Salud promueve y realiza acciones para el diagnóstico y el tratamiento de los aspectos de la reproducción humana, la infertilidad y la regulación de la fecundidad y ofrece servicios para la terminación del embarazo no deseado. Según la Resolución Ministerial No. 24 de 2013 del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), rector del Sistema Nacional de Salud, se aprueban las Normas de salud para la terminación voluntaria del embarazo.^{21,22}

En su artículo 1 establece que: "...la terminación voluntaria del embarazo es el procedimiento mediante el que la grávida tiene la opción de terminar el embarazo cuando existe el deseo expreso de hacerlo por razones médicas o de salud o un DPN en el que resulta evidente la presencia de anomalías congénitas que resultan incompatibles con la supervivencia deseada al nacer".

En el artículo 2 se clasifica la terminación electiva de la gestación, según la edad gestacional de la grávida, de la siguiente forma:

- Hasta seis semanas en servicios de regulación menstrual
- Hasta 12 semanas, sin restricción en cuanto a la zona de residencia de la grávida
- Con más de 12 y hasta 22 semanas por razones médicas o de salud
- Con más de 22 semanas y hasta 26 por razones terapéuticas de causa genética

Con más de 26 y hasta 35 semanas, de forma excepcional, por razones terapéuticas de causa genética.

El artículo 3, por su parte, relaciona los diferentes requisitos imprescindibles para todas las variantes de terminación electiva del embarazo: el deseo expreso por escrito y la evidencia documental del consentimiento informado de la grávida con capacidad plena o su representante legal, cuando proceda.²²

Según lo establecido en las Guías metodológicas para la instrumentación de todos los tipos de terminación voluntaria del embarazo para la realización, de forma excepcional, de la terminación electiva del embarazo en grávidas con más de 26 semanas y hasta 35 semanas de gestación el Viceministro del Ministerio de Salud Pública designado para atender la asistencia médica conformará la Comisión Nacional de expertos, que tendrá entre sus funciones:

- Verificar las pruebas fehacientes de la sospecha del defecto congénito y la existencia de la solicitud expresa y por escrito de la decisión electiva y voluntaria de la grávida
- Comprobar el diagnóstico de la Comisión Interdisciplinaria provincial
- Realizar una evaluación de la grávida y del producto de la concepción al llegar al Servicio de Medicina Fetal en el que se le realizará el procedimiento para proponer la decisión final a la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública.²¹

Para la mujer gestante es evidente que su decisión frente al aborto provocado deberá ser asumida desde diferentes niveles de reflexión. Se plantean tres perspectivas distintas de análisis, pero todas complementarias entre sí. La primera está relacionada directamente con su decisión individual, desde su propia conciencia moral o de libertad de conciencia; la segunda será determinada en coherencia con el marco constitucional y legal vigente en torno a su situación particular y la tercera desde la perspectiva social o estatal, instancias que deberán permitirse mutuas interpelaciones y complementaciones para que contribuyan a la toma de una decisión final coherente y racional frente al tema.²⁰

Bajo ningún concepto la interrupción de la gestación, ni aún con el método de la regulación menstrual, debe constituir un método anticonceptivo. Considerarlo de esta forma significa un acto mayor de irresponsabilidad pues son evidentes las grandes diferencias entre un aborto y un método de anticoncepción tradicional en cuanto a implicaciones, consecuencias, complicaciones y riesgos inherentes a cada uno de ellos. Es socialmente claro que la despenalización del aborto no es promoverlo ni hacerlo obligatorio, como tampoco penalizarlo es evitarlo.^{2,20}

El aborto desde una perspectiva bioética

La bioética surge como resultado de la maduración de una serie de condiciones que se gestaron desde el advenimiento del mundo moderno y, de modo

particularmente intenso, durante el período comprendido entre la II Guerra Mundial y los primeros años de la década de los 70 del pasado siglo. Existe consenso en que fue en los EUA el escenario directo en el que tuvo lugar el nacimiento de la bioética como una nueva disciplina humanista y se reconoce al Especialista en Bioquímica y en Oncología norteamericano, de origen holandés, Van Ransellaer Potter como su fundador por su artículo "*Bioethics, the Science of survival*" y en su libro "*Bioethic: Bridge to the Future*".²³

La primera Enciclopedia de Bioética que vio la luz en 1978 la definió como: "El estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud a la luz de principios morales", que tiene como objeto: "el estudio sistemático y profundo de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, a la luz de los valores y los principios morales".^{23,24}

La reflexión bioética se basa en los hechos, en principios y reglas, aunque esos principios no se determinan de forma abstracta, ni se imponen a la realidad de forma autoritaria, ni funcionan como prohibiciones incuestionables. La bioética intenta concluir en los hechos pero necesita, sin embargo, de principios y reglas. Existen dos principios fundamentales, unánimemente reconocidos, que son complementarios: el respeto a la vida humana y a su dignidad y el respeto a la libertad de la persona.¹¹

Sin embargo, si bien existe unanimidad en cuanto a la aceptación de los referidos principios bioéticos, el problema se presenta en la definición de los términos comprendidos en ellos. Es decir, mientras que "respetar la vida humana" no implica discusiones, en cambio si hay divergencias en cuanto a la definición misma de "vida humana". Surgen interrogantes como ¿cuándo comienza la vida humana?, ¿qué significa una vida digna?, ¿qué es la libertad de elección?, ¿es libre quien decide sin responsabilidad? y sigue una larga lista de cuestiones que, por no tener una respuesta biológica, sino más bien filosófica o teológica o ideológica, presentan opiniones y posturas variadas.¹²

Los criterios morales y teológicos sobre el feto van desde creer que tiene un estado independiente, hasta limitarlo al criterio de que su estatus moral es igual al de cualquier persona nacida. Es muy difícil en sociedades pluralistas como la moderna llegar a una definición absoluta sobre este aspecto, pero en relación con el interés médico sobre el feto, el estudio prenatal lo considera de forma diferente.

Las respuestas a las interrogantes de ¿cuándo el feto se considera persona? o ¿cuándo el feto se considera paciente? se encuentran entre las más controvertidas de la medicina moderna y constituyen grandes dilemas éticos relacionados con el comienzo de la vida. Algunos consideran que desde etapas precoces de la gestación el embrión y el feto tienen un estatus moral y, por lo tanto, debe ser respetado como una persona potencial. El reconocimiento del estatus moral del embrión y de sus derechos como persona se encuentra en el centro de los grandes conflictos éticos actuales en relación con los centros de reproducción asistida y el destino de los embriones congelados resultantes de los ciclos de fertilización in vitro.^{9,12}

Los momentos considerados claves para esclarecer el estado moral del feto son la concepción, la implantación, el comienzo de la diferenciación del sistema nervioso central, la percepción de los movimientos fetales por parte de la madre y el momento del parto. Otros consideran que al alcanzarse el límite de viabilidad es que debe ser considerado como una persona y, como tal,

respetarse sus derechos. La viabilidad está relacionada no solamente con aspectos del desarrollo biológico intrínseco del feto, mucho depende de la tecnología porque su desarrollo influye, en gran medida, en la posibilidad que tenga el feto de sobrevivir fuera del claustro materno.^{12,14}

El estatus moral del feto está muy relacionado con la decisión de los padres de aceptar o no al feto enfermo, pues este no tiene capacidad para decidir, por lo que resulta muy importante que el médico, a pesar de sus convicciones morales, no trate de influir, de ninguna manera, en la decisión de la pareja. Si se toma en cuenta que la moral de un individuo se crea con las relaciones interpersonales, este feto solo conoce el medio del claustro materno, y no es hasta el nacimiento cuando se relaciona con el medio, por tanto, en este momento le corresponde a la madre decidir sobre su hijo.¹²

El feto no se considera persona jurídica en Cuba. Según el artículo 24 del Código Civil, en las disposiciones generales sujetas a la relación jurídica, la personalidad comienza con el nacimiento y, en el artículo 25, se plantea que el concebido se tiene por nacido, para todos los efectos que le sean favorables, a condición de que nazca vivo lo que, junto al Decreto Ley No. 139, en su artículo 36, y a la Resolución Ministerial No. 24 de 2013, brindan el marco legal y jurídico al aborto provocado de causa genética en Cuba.^{16,22,25}

La bioética se sustenta en cuatro principios básicos: justicia, beneficencia y no maleficencia y la autonomía. Estos principios han de utilizar, como nexos con la realidad, categorías generales e intermedias, conceptos que las conecten a la realidad social e individual en la que se apliquen.

La justicia se refiere a la equidad de cualquier decisión ética y a la promoción de la igualdad de oportunidades para acceder a los tratamientos, a la salud, a la vida; es el "deseo de promover un buen tratamiento a las personas". Tiene una dimensión más social, que implica la búsqueda de una equitativa distribución de los recursos.^{11,24}

En los países en los que existen diferencias entre las clases sociales y los servicios de salud son privados o dependen de seguros médicos no se garantiza el acceso a todos los miembros de la sociedad, por lo que las gestantes de más recursos tienen mayores probabilidades de que se les realicen los procedimientos de pesquijaje y DPN. Cuando esto ocurre se incumple con el principio de justicia porque no hay equidad en la distribución del servicio ofertado pues no todas las gestantes con un riesgo genético determinado tienen el mismo derecho de ser incluidas en un programa de diagnóstico prenatal.²⁰

La beneficencia implica que alguien persiga los mejores intereses para la otra parte, es el deseo de hacer el bien al promover la salud, el bienestar y el crecimiento de los otros; mientras que el principio de no maleficencia establece el abstenerse intencionadamente de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. Puede ocurrir, en algunas circunstancias, que en la búsqueda de esa solución para el paciente se incurra en un daño, en este caso no hay una voluntad de hacer daño, el tema pasará por evitar perjudicar innecesariamente a otros.^{11,23,24}

El problema que aquí se presenta tiene que ver con la definición de "hacer el bien", de "bienestar", de "los mejores intereses" para el otro. En la relación médico-paciente cada uno definirá estos términos de acuerdo a sus propios valores, a su cultura, etc. En la práctica de la Genética médica el conflicto

aparece ante la posibilidad del diagnóstico de una malformación congénita fetal y la posibilidad de realizar un aborto provocado de causa genética. El profesional se ve comprometido entre el deber de beneficiar al feto y respetar la autonomía de la mujer, entre el derecho a la salud de uno y de otro, entre el derecho a la vida de un nuevo ser y la calidad de vida de toda una familia; en definitiva, entre los valores de sus pacientes y los propios.

La autonomía implica la libertad de acción y elección y el deseo de promover la libertad de los otros para realizar opciones personales. Justamente uno de los fines del DPN es favorecer, a través de una información adecuada y de un consentimiento expreso, una actitud libre y responsable del paciente frente a sus propias decisiones.^{11,17,26}

Es decir, se genera una obligación por parte del profesional de respetar las decisiones de sus pacientes y, a la vez, un derecho de estos a la no interferencia. Para que la autonomía pueda ejercerse plenamente en una persona deben coexistir dos componentes: la racionalidad o el entendimiento (capacidad de evaluar claramente las situaciones y escoger los medios adecuados para adaptarse a ellas) y la libertad o no-control (derecho y facultad de hacer lo que se decide hacer o, por lo menos, actuar sin coerción o restricción).

No debe existir ningún conflicto entre el asesoramiento genético brindado ante el diagnóstico prenatal de un defecto congénito severo y la autonomía de las parejas, las políticas de salud pública y las expectativas sociales sobre el nacimiento de recién nacidos con malformaciones congénitas. Frente al deseo de proteger a todas las personas (beneficencia) debe velarse porque los intereses de cada uno (autonomía) encuentren justo equilibrio en los intereses de una sociedad, se impone así el principio de justicia.¹¹

La bioética, más que una disciplina o una tendencia, constituye un conjunto de tendencias que son expresión de la extensión del paradigma socio-médico a la esfera de la ética en salud, lo que explica su convergencia con otras corrientes presentes en el desarrollo de la humanidad como el empoderamiento de la mujer, la abogacía y la lucha por la equidad en salud.²⁴

La Bioética médica puede ser considerada como un campo de lucha dentro del pensamiento y la práctica salubrista contemporáneos, en la que también se dirige el bienestar y la salud del hombre y la mujer.

Consideraciones finales

El aborto provocado es, probablemente, el método más antiguo y polémico de regulación de la fecundidad. No existe otro procedimiento electivo que haya sido tan debatido, haya generado tanta controversia emocional y ética y que haya recibido tanta y tan constante atención pública a través del tiempo.

En Cuba existen las normas jurídicas que garantizan la instrumentación legal del aborto ante el diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

La conducta ética del Especialista en Genética clínica y del asesor genético debe basarse en los principios bioéticos que, aplicados en su diario quehacer profesional, aseguran y amparan la práctica legal del aborto provocado de causa genética.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Deza S. Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas. Rev Bioét Der [Internet]. 2017 Jun [citado 30 Jul 2017];39:23-52. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/783/78349731003/>
2. Malcom ALS, Rodríguez ARC, Rondón RC. Aborto provocado en la adolescencia. Multimed [Internet]. 2015 [citado 30 Jul 2017];19 (4):5-18. Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2015/v19-4/02.html>
3. Castillo VR, Pérez HG, Martínez SMC, Pérez SF. El aborto y la concepción vistos desde una perspectiva histórica. En: Colectivo de Autores. Selección de artículos de Filosofía, sociedad y salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 261-77.
4. Reyes RLM. Discursos médicos acerca del aborto provocado en Chile (1960-1970). Cuadernos de historia (Santiago) [Internet]. 2017 [citado 30 Jul 2017]; (46):111-136. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0719-12432017000100005&script=sci_arttext
5. Génesis. En: La Biblia Latinoamericana. Ciudad México: Edición Pastoral; 2012. p. 1-10.
6. Irrazabal MG. La Religión en las decisiones sobre aborto no punible en la Argentina. Estudios Feministas, Florianópolis [Internet]. 2015 Sep-Dic [citado 30 Jul 2017];23(3):406. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/352222091/aborto-y-religion-pdf>
7. Grandbois JA, Smith DH. The Anglican Communion and Bioethics. Theological development in bioethics. En: Bioethics Yearbook. Philadelphia: Netherlands Springer; 1991. p. 77-80.
8. Golding J. Abortion from an Orthodox Christian Perspective. Montreal: The Orthodox Observer; 1990.
9. Manguire M. La actitud católica moderada respecto a la anticoncepción y el aborto [Internet]. 2012 [citado 30 Jul 2017]. Disponible en: http://www.religiousconsultation.org/Spanish_translation.htm
10. Islamic Organization for Medical Sciences Symposium and Reproduction. Kuwait. En: Bioethics Yearbook. Philadelphia: Netherlands Springer; 1991 [citado 30 Jul 2017]. p. 23-108. Disponible en: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-94-011-0197-4>
11. Rojas I. Bioética y Genética. Rev Cubana Genet Comunit [Internet]. 2007 [citado 5 Oct 2016];1(1):9-14. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/genetica/gco01107.pdf>
12. Taboada LN. Dilemas éticos en la interrupción del embarazo por malformaciones congénitas. Rev Hum Med [Internet]. 2017 [citado 30 Jul 2017];17(1):17-31. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202017000100003&script=sci_arttext&lng=pt
13. Rodríguez DRN. Aborto eugenésico: actitud ante el diagnóstico de un feto malformado. Dilemata [Internet]. 2015 [citado 30 Jul 2017];7(17):23-50. Disponible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/viewFile/345/360>
14. Becio M. Objeción de conciencia, profesión médica y proyecto sobre despenalización del aborto en Chile. Rev Med Chile [Internet]. 2016 [citado 30 Jul 2017];144 (3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872016000300014&script=sci_arttext&lng=pt
15. Organización Mundial de la Salud. Anomalías congénitas [Internet]. 2015 Abr [citado 30 Jul 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/es/>

16. Gaceta Oficial de la República Decreto No. 139 del Reglamento de Ley de Salud Pública artículo 36 [Internet]. La Habana: Ciencias Sociales; 2013 [citado 30 Jul 2017]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bal/decreto_139.pdf
17. Rojas BI. Prevención de las enfermedades genéticas y Asesoramiento genético. En: Lantigua CA. Introducción a la genética médica. La Habana: Ciencias Médicas; 2011. p. 342-72.
18. Díaz H. Diagnóstico ecográfico prenatal de encefalocele frontal: a propósito de un caso. Rev Peru Ginecol Obst. 2004;50(2): 129-132.
19. Betancourt GJ. Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones. Rev Hum Med [Internet]. 2014 [citado 30 Jul 2017]; 14(2): 407-422. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000200011
20. Villela CF, Linares SJE. Diagnostico genético prenatal y aborto. Dos cuestiones de eugenesia y discriminación. Rev Bioét Der [Internet]. 2012 [citado 8 Ago 2017]; 24(1): 21-32. Disponible en: http://www.ub.edu/fildt/revista/pdf/RByD24_ArtVillela%26Linares.pdf
21. Colectivo de autores. Guías metodológicas para la instrumentación de todos los tipos de terminación voluntaria del embarazo [Internet]. Ministerio de Salud Pública, Departamento Materno Infantil; 2012 [citado 8 Ago 2017]. p. 1-38. Disponible en: <https://srhr.org/abortion-policies/documents/countries/01-Cuba-Methodological-guidelines-for-the-implementation-of-voluntary-termination-of-pregnancy-Ministry-of-Health-2011.pdf>
22. Morales OR. Normas de salud para la terminación voluntaria del embarazo. Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba Resolución Ministerial No. 24; 2013. p. 1-3.
23. Mora AP, Martínez P, Chaviano M. Senderos en la perspectiva latinoamericana y cubana de la bioética. En: Colectivo de Autores. Selección de artículos de Filosofía, sociedad y salud. La Habana: Ciencias Médicas; 2000. p. 279-86.
24. Taboada LN. Consideraciones éticas en el diagnóstico prenatal y el asesoramiento genético. Rev Hum Med [Internet]. 2017 [citado 8 Ago 2017]; 17(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202017000100002&script=sci_arttext&tlng=pt
25. República de Cuba. Sujetos de la Relación Jurídica. Código Civil. Ley No. 59. Capítulo I. Personas naturales. Art. 24 y 25 [Internet]. La Habana: Ciencias Sociales; 1999 [citado 8 Ago 2017]. p. 5-6. Disponible en: <http://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/cu/cu005es.pdf>
26. Taboada LN. El consentimiento informado en la práctica asistencial e investigativa de la Genética Clínica. Acta Med Centro [Internet]. 2017 [citado 8 Ago 2017]; 11(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/775>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Recibido: 15-8-2017 Aprobado: 17-10-2017

Noel Taboada Lugo. Centro Provincial de Genética Médica. Calle 1ra e/ A y B, Reparto Escambray. Santa Clara, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 50200 Teléfono: (53)42221456 noeltl@infomed.sld.cu