

# Gaceta Médica de México

Volumen  
Volume **139**

Suplemento  
Supplement **1**

Julio-Agosto  
July-August **2003**

*Artículo:*

## Consideraciones sobre las indicaciones médicas para la interrupción del embarazo

Derechos reservados, Copyright © 2003:  
Academia Nacional de Medicina de México, A.C.

### Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

### *Others sections in this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Edigraphic.com**

# Consideraciones sobre las indicaciones médicas para la interrupción del embarazo

Samuel Karchmer-K\*

## Resumen

*La mayor parte de las mujeres en edad reproductiva, antes o durante la gestación, experimentan temor y ansiedad ante la posibilidad de generar un ser con anomalías genéticas. La posibilidad del diagnóstico prenatal de los defectos congénitos en etapas más tempranas del embarazo, ha conducido a un aumento inexorable de las peticiones para su interrupción voluntaria. Muchas circunstancias se han invocado para explicar o justificar la práctica del aborto por indicaciones médicas. Con base en los avances científicos y tecnológicos de la medicina actual, en la práctica diaria esas indicaciones son excepcionales, pero el hecho de que exista una sola, obliga a que perdure la denominación "aborto terapéutico", el cual -como el aborto en general- es un tema controvertido. Mientras nuestras instituciones y nuestras sociedades no sigan buscando un terreno medio y neutral que permita llegar a un acuerdo y sólo muestren tesis morales totalmente antagónicas, el problema seguirá cobrando vidas humanas.*

*Las nuevas técnicas de reproducción asistida han aparecido en el mundo contemporáneo en forma explosiva. El hecho de que puedan existir abusos y prácticas irregulares no significa que haya que combatir el progreso en este campo. Por ello, es importante evitar que el tener un hijo se convierta en una cuestión de laboratorio o que la mujer sea definida cada vez más en términos de su capacidad reproductiva y cada vez menos como ser humano.*

**Palabras clave:** Aborto terapéutico, diagnóstico prenatal, consejo reproductivo, fertilización asistida

## Summary

*Most reproductive age women, before or during pregnancy, experience fear and anxiety regarding the possibility of carrying a baby with genetic abnormalities. The opportunity of having a prenatal diagnosis during early stages of pregnancy has increased the number of voluntary interruptions of pregnancy. Many circumstances have been exposed to explain or justify a medically indicated abortion. Routinely, those indications based on scientific and technological advances are exceptional; nevertheless, the fact that only one of these indications may be potentially present forces the use of the term "therapeutic abortion". Therapeutic abortion -and abortion in general- is a controversial issue. As long as our institutions and societies continue avoiding the search for an intermediate position that may allow to reach an agreement, and only moral and antagonistic thesis prevail, the problem will continue, taking away human lives.*

*New assisted reproduction techniques have become increasingly common in today's world. The fact that irregular practices and abuses exist, does not necessarily mean that progress in this field should be stopped. Therefore, it is important to avoid turning the fact of having a child into a laboratory matter or considering women just in terms of their reproductive capacity rather than as human beings.*

**Key words:** Therapeutic abortion, prenatal diagnosis, reproductive counseling, assisted reproduction



\* Académico Titular.

*Director del Centro Especializado para la Atención de la Mujer y Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital Ángeles de las Lomas.*

*Profesor Titular de Ginecología y Obstetricia, Curso de Posgrado, División de Estudios Superiores, Facultad de Medicina, UNAM.*

*Correspondencia y solicitud de sobretiros: Hospital Ángeles de las Lomas, Vialidad de la Barranca s/n, Col. Valle de las Palmas, Huixquilucan, Edo. de México 52743. e-mail skarchmer@infosel.net.mx*

## Introducción

Probablemente una de las características que mejor definen la obstetricia moderna es el énfasis puesto en el concepto de calidad reproductiva. Los objetivos alcanzados en las últimas décadas del Siglo XX, reduciendo primero la mortalidad materna y minimizando las cifras de mortalidad perinatal después, sobre todo en los países desarrollados, han producido un cambio sustancial en los factores que actualmente contribuyen a la morbilidad y mortalidad materno-fetal. Por razones didácticas, he subdividido este artículo sobre la interrupción del embarazo en sus indicaciones genéticas, las indicaciones médicas, las técnicas actuales de reproducción asistida y al final, la opinión del autor sobre el aborto terapéutico por indicaciones médicas.

## Indicaciones Genéticas

Con base en lo anterior, las anomalías congénitas han adquirido un triste protagonismo en este aspecto, y el diagnóstico y la prevención de este heterogéneo grupo de enfermedades en cuyo origen participan factores genéticos, ambientales o la superposición de ambos, es uno de los objetivos prioritarios de la medicina reproductiva actual. La idea de mejorar la calidad de los nacidos está, por consiguiente, en la mente de todos los profesionales involucrados en la medicina reproductiva.

El concepto de consejo reproductivo, introducido durante los años setenta, define el intento racional de integración del asesoramiento genético en medicina reproductiva, para abordar de modo sistemático y multidisciplinario la problemática de las anomalías congénitas. Este concepto se ha ido desarrollando y asimilando en todos los centros interesados en un esfuerzo racional y sistemático para identificar, y en lo posible evitar, los riesgos reproductivos. Este concepto es por supuesto, genérico y amplio, pero implica necesariamente el hecho de que la genética ha pasado a ser parte integral de la gineco-obstetricia actual. Ello modifica sensiblemente la perspectiva del especialista en la práctica diaria y de la sociedad en general, pero también en las políticas de salud de los países, en donde deben generarse los primeros eslabones esenciales para la efectividad de los programas de consejo reproductivo, representado por la medicina primaria, eminentemente preventiva.

Es indudable que todas las parejas que desean hijos piensan que éstos deben ser perfectos; por consiguiente, la mayor parte de las mujeres en edad reproductiva antes o durante la gestación experimentan temor o ansiedad ante la posibilidad de generar un ser con anomalías genéticas o, de otro modo, la preocupación justificada de que se repita un evento previo desfavorable. La sociedad

contemporánea reconoce cada vez más estos hechos y ello es importante y positivo para que tenga lugar la percepción del riesgo y la búsqueda de mejor información. Puede, sin embargo, caerse en el error de no contar con los recursos adecuados para proporcionar esta información adicional y canalizar las consultas hacia los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados. Ello conduce a incrementar la angustia y, lo que es más importante, a una ineffectividad absoluta de los esfuerzos en el asesoramiento reproductivo y genético. El cambio experimentado en las tendencias reproductivas de la sociedad actual demuestra un desplazamiento en la edad de concebir, por condicionamientos sociológicos que no es pertinente analizar aquí y una reducción del número de hijos en algunos de los estratos poblacionales. Ello coloca a la pareja en una situación de exigencia en cuanto a la calidad reproductiva. Por otra parte, el cambio experimentado en los hábitos sexuales y tendencias reproductivas ha conducido a un hecho positivo en cuanto a la posibilidad de proporcionar consejo reproductivo preconcepcional, período sin duda óptimo en el aspecto preventivo.<sup>1-3</sup>

En cualquier caso, el médico actual enfrenta una situación distinta a la de hace unas décadas durante las cuales se han ido delimitando nuevos problemas en relación con el proceso reproductivo y paralelamente se han ido introduciendo nuevos procedimientos diagnósticos prenatales que el médico tiene la obligación de conocer y discutir con las mujeres en cuanto a sus posibles indicaciones.

La posibilidad del diagnóstico prenatal de los defectos congénitos, en etapas más tempranas del embarazo, ha conducido a un aumento inexorable de las peticiones para la interrupción voluntaria del mismo (IVE). Tal hecho ha condicionado, además de una intensa polémica religiosa, política y social que ha alcanzado de lleno a la profesión médica, la necesidad de actualizar los conocimientos adecuados para llevar a cabo esta interrupción cuando esté legalmente justificada. Debido, en parte, al hecho de que la interrupción artificial del embarazo ha sido considerada durante más de 24 siglos como contraria a la ética médica y a las relativamente escasas justificaciones de orden terapéutico que se podían argüir hasta hace poco tiempo, ha existido tradicionalmente muy escasa información sobre los procedimientos de elección, sus riesgos inmediatos y sus efectos tardíos.

Por otro lado, es una opinión generalmente aceptada que el diagnóstico prenatal y precoz de los defectos congénitos sólo tiene una justificación razonable si, logrado éste, existen medios para evitar el problema. En todo caso, nos parece evidente que la decisión de la interrupción artificial de la gestación, por motivos eugenésicos, sólo debe ser tomada en consideración cuando se cumplan los siguientes requisitos fundamentales:

1. Diagnóstico suficientemente preciso y razonable de que exista un defecto congénito que comprometa gravemente la vida o la calidad de vida del producto de la gestación. Sólo así podrá justificarse médica y legalmente la decisión.
2. Adecuada explicación a los padres del alcance real del defecto descubierto, del grado de seguridad del diagnóstico y de sus implicaciones reales. La información facilitada debe ser tan veraz como completa.
3. Respeto absoluto por los sentimientos y principios éticos de la familia y por la libertad de conciencia de todos los implicados en la decisión y realización de la IVE.
4. Autonomía absoluta del individuo o de la pareja.

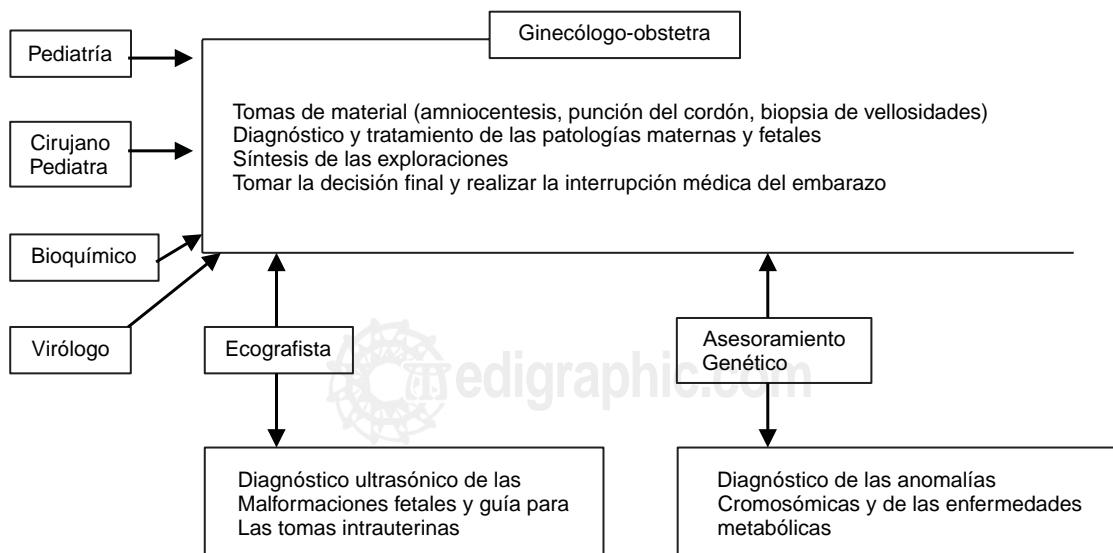
El concepto de diagnóstico prenatal ha cambiado radicalmente en las dos últimas décadas. Mientras hace unos pocos años tal expresión era sinónimo de investigación citogenética, en la actualidad se acepta que comprende todas aquellas técnicas encaminadas a descubrir cualquier tipo de defecto congénito. Ello quiere decir que en tal diagnóstico están implicados especialistas tan diversos como genetistas, bioquímicos, hematólogos, ecografistas, perinatólogos, biólogos de la reproducción, etc.

En la actualidad, la situación ha cambiado en forma substancial en los países desarrollados. El avance científico y tecnológico de los últimos tiempos y su aplicación a la medicina han desempeñado un papel decisivo en el control de muchas enfermedades. El resultado ha sido un importante descenso en la morbilidad y mortalidad de este grupo de población debido a ellas –prematurez, bajo peso al nacer, trauma obstétrico, etc.–

. y un incremento de la tasa relativa de morbilidad y mortalidad debida a otras patologías sobre las que no se ejercía ningún tipo de control como los defectos congénitos. Paralelamente, los avances en el conocimiento de la etiología y patogenia estas alteraciones del desarrollo han ido eliminando poco a poco el concepto de que se trataba de anomalías inevitables e incurables. Por último, el incremento de su frecuencia absoluta en países desarrollados, debido seguramente a la introducción de agentes teratogénicos y/o mutagénicos en el medio como consecuencia del propio desarrollo, hicieron necesario algún tipo de control y estudio de estas patologías.

Los servicios de genética con toda la tecnología molecular necesaria para realizar diagnósticos tempranos y precisos, se han desarrollado de una forma relativamente reciente, partiendo de una base de investigación, que de hecho es todavía inseparable de ella. El trabajo inicial de los genetistas clínicos era establecer la epidemiología y el diagnóstico diferencial de las numerosas condiciones dismórficas, los trastornos cromosómicos y las enfermedades metabólicas congénitas, ya que esta labor era indispensable para el diagnóstico, predicción del riesgo, asesoramiento genético y el diagnóstico fetal. Así pues, en este aspecto, el diagnóstico prenatal es una de las facetas más importantes de la genética clínica. Sin embargo, su gradual desarrollo durante los últimos años ha propiciado también una nueva subespecialidad obstétrica: la medicina materno-fetal. Por esta razón ya no se concibe en la actualidad un servicio de genética aislado. Un centro diagnóstico prenatal óptimamente organizado deberá incluir, cuando menos, a ginecología-clínica, genetistas clínicos, ultrasonografistas y perinatólogos (Cuadro I).

Cuadro I. Asesores en perinatología y medicina fetal



Considero que los servicios de genética tienen ahora dos cometidos diferentes. En primer lugar, deben seguir siendo un servicio especializado orientado hacia el diagnóstico y asesoramiento genético de numerosas pero raras condiciones con herencia mendeliana o multifactorial, que sólo un genetista puede realizar. Pero además deben proyectarse sobre la comunidad en la detección colectiva de algunas condiciones menos raras y más frecuentes. Naturalmente, en este último cometido deben enlazarse en el contexto de los sistemas de atención primaria de la salud y en los programas de salud reproductiva, cosa que no es siempre fácil, sobre todo en los países en vías de desarrollo.

El principal problema, con implicaciones éticas y religiosas, reside en la baja oferta social de los procedimientos de diagnóstico prenatal en muchos países donde tales recursos ya existen, agudizándose el problema en países en vías de desarrollo. Así por ejemplo, en Dinamarca, más del 70% de las mujeres mayores de 35 años son tributarias de amniocentesis; en Gran Bretaña esto se consigue únicamente en el 45-50% de las mujeres que sobrepasan 37 años, y en Francia la población beneficiada por el procedimiento no supera el 30%. Esto ocurre a pesar de que en todas las comunidades estudiadas, los grupos informados o bajo la influencia de un centro de diagnóstico prenatal, solicitan una amniocentesis en el 80% de los casos.<sup>3</sup> Probablemente la explicación de que la información proporcionada en los niveles primarios sea menos eficaz que la efectuada en los centros de genética o de diagnóstico prenatal, se debe a que el consejo genético o reproductivo precisa más tiempo del disponible habitualmente en estos niveles y porque los médicos no han adquirido la habilidad suficiente para el asesoramiento.

Generalmente se acepta que el "asesoramiento genético" no debe implicar propiamente una imposición o una recomendación por parte del médico, sino más bien proporcionar un asesoramiento o consejo profesional que permita a la persona o pareja afectada, tomar libremente una decisión. El "asesor" o "consejero" debe tener una habilidad especial, que solo proporciona el aprendizaje, para auxiliar a la pareja a tomar decisiones adecuadas y específicas a su particular situación médica, social y moral. La escasa cantidad de amniocentesis que se practican en nuestro medio (Méjico), si tomamos en cuenta el número de nacimientos por año, cuando el asesoramiento es efectuado por los médicos familiares u obstetras de cabecera, indica que es preciso desarrollar a nivel de comunidad un sistema específico de consejo genético, especialmente necesario, si se toma en cuenta que en la actualidad y, obviamente en un futuro próximo, aumentarán las posibilidades diagnósticas y de tratamiento. Estos problemas subrayan la necesidad de desarrollar una adecuada infraestructura de centros que sean capaces de asegurar la monitorización de todos los embarazos y nacimientos con trastornos congénitos evitables.

Es asimismo importante, tener presente que la decisión de terminar una gestación, motivada por una anomalía fetal, necesita no sólo de una organización perfecta, sino también de un soporte anímico adecuado. Y como el propósito del procedimiento es dar a los padres suficiente confianza para intentar tener posteriormente un hijo sano, es preciso crear entre estos y el equipo médico unos fuertes vínculos de apoyo y seguridad.

Obviamente, existen muchos problemas en este campo. Como en cualquier área nueva de la medicina, los errores son inevitables debido a que las buenas intenciones nunca han sido una garantía contra errores monumentales. Se necesita de manera urgente el mejoramiento en la habilidad diagnóstica, una mejor comprensión de la historia natural de algunos trastornos fetales, una mayor conciencia de la tolerancia y elasticidad del feto, la consideración crítica de diversos aspectos éticos serios y el seguimiento a largo plazo de los sobrevivientes. Incluso en algunos casos, no particulares a la terapia fetal como son el parto prematuro y la ruptura prematura de membranas, nuestra ignorancia actual es en verdad importante.

Para algo que se hace por primera vez no existen precedentes, por lo que el progreso y el mejoramiento son inevitables. A la fecha, para una variedad de trastornos, tanto el médico como los padres no dependen ya irremediablemente del paso del tiempo, de la suerte ni de lo que la vida intrauterina les depare al nacimiento. Tampoco las personas que atienden a una mujer embarazada son simples espectadores incapaces de hacer algo ante la muerte de un bebé. Cuando nace un niño, ya sea bajo el signo de Capricornio o de Piscis, su destino no está simplemente determinado por el signo zodiacal sino por el cuidado seguro y eficiente que reciba en el útero o en el cunero. Sin duda estas decisiones son dolorosamente difíciles y de gran consecuencia para los involucrados. En el futuro, la obtención de datos útiles requerirá cuidado extremo y sensibilidad en el diseño de los estudios.

Uno de los principales mensajes que el autor ha querido transmitir en los párrafos anteriores, es que tan importante es desarrollar la investigación de la genética para efectuar el diagnóstico prenatal, como el proporcionar una información suficiente a la comunidad. Aún cuando se cuente con los recursos materiales y humanos necesarios, el sistema no funcionará si no se logra una organización ágil y adecuada que asegure una actividad homogénea y coordinada. Y esto solo se logra mediante un esfuerzo educativo a todos los niveles, que no han logrado la mayoría de los países en desarrollo.<sup>2,3</sup>

Por lo que se ha comentado, queda patente la trascendencia que todos estos progresos científicos significan para la colectividad y su desenvolvimiento tradicional. Hoy se ha impuesto el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de la persona como valores que

despiertan una especial sensibilidad en la sociedad y se reflejan también desde el punto de vista jurídico. Antes bien, debemos ser conscientes de que los descubrimientos científicos en genética humana deben invitar a la reflexión de toda la colectividad y no sólo de sus protagonistas, los científicos, y adoptar consecuentemente en ese marco de referencia el respeto al individuo, las decisiones políticas, sociales y jurídicas oportunas.

Las pruebas genéticas han llegado tal vez más temprano de lo que los médicos y pacientes necesitaban o entendían. Por el momento, las sociedades de profesionistas están llevando la batuta en la vigilancia de la calidad de la instrucción del médico y los servicios de laboratorio. El gobierno federal deberá encargarse de la vigilancia y calidad de los equipos de pruebas genéticas, pero el desarrollo más significativo será el mejoramiento de la relación médico-paciente.

Hasta el año de 1992, tal vez no era necesario que los médicos instruyeran a sus pacientes en cuanto a la disponibilidad de pruebas genéticas, a menos de que hubiera alguna indicación específica de enfermedad genética en la familia. Sin embargo, cuando una paciente solicita tal información o estudio, el médico actual tiene la obligación de conocer lo suficiente en cuanto al estado actual de las pruebas de portadores para responder a las solicitudes o hacer un envío adecuado al especialista. Además, conforme aumenta la disponibilidad de tales pruebas y disminuyen sus costos, llegará el momento que los médicos deban proporcionar algún tipo de instrucción a la paciente, al menos para los trastornos más frecuentes.

Las decisiones recientes de algunos países sobre el asunto, indican que las pacientes continuarán teniendo el derecho moral y legal de la seguridad y el privilegio para planificar su familia y cuando sea posible, evitar alteraciones genéticas a sus hijos. Los médicos tienen la tarea sensible de ayudar a las pacientes a lograr sus propósitos personales en cuanto a tal planeación familiar, sin abrumarlas con información confusa o atemorizante.

### Indicaciones médicas

En los últimos años se han invocado muchas circunstancias para explicar o justificar la práctica del aborto por indicaciones médicas. Sin embargo, los avances de la medicina, con el mejor conocimiento de la fisiopatología de las diferentes complicaciones médicas que pueden asociarse al embarazo, ha motivado continuos cambios en el uso del mal llamado "aborto terapéutico". Transcribo la Declaración de Oslo o "Postulado sobre el Aborto Terapéutico" adoptado por la XXIV Asamblea Médica Mundial en Noruega en el año de 1970.<sup>4,5</sup>

1. El primer principio moral que se impone al médico es el respeto a la vida humana.

2. Las circunstancias que ponen los intereses vitales de la madre en conflicto con los intereses vitales de su feto por nacer, crean un dilema y hacen surgir la interrogante respecto a si el embarazo debe o no debe ser deliberadamente interrumpido.
3. La diversidad de respuestas a esta situación es producida por la diversidad de actitudes hacia la vida del feto. Esta es una cuestión de convicción y conciencia individuales que debe ser respetada.
4. No es función de la profesión médica determinar las actitudes y reglas de una nación o de una comunidad particular con respecto a este asunto; pero sí es su deber asegurar la protección de sus pacientes y defender los derechos del médico dentro de la sociedad.
5. Por lo tanto, donde la ley permite el aborto terapéutico, la operación debe ser ejecutada por un médico competente en la materia y en un lugar aprobado por las autoridades del caso.
6. Si un médico estima que sus convicciones no le permiten aconsejar o practicar un aborto, él puede retirarse siempre que garantice que un colega calificado continuará dando la asistencia médica.
7. Esta declaración, si bien está respaldada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, no debe ser considerada como obligatoria para ninguna asociación miembro en particular, a menos que ella sea adoptada por la asociación.

Como se puede apreciar, el más autorizado vocero de la profesión médica a nivel mundial no desconoce la posibilidad de que el embarazo sea interrumpido deliberadamente para favorecer los intereses vitales de la madre. Debemos recordar que para algunos moralistas el aborto terapéutico no existe ni moral ni científicamente. No se ha ocupado la Asociación Médica Mundial, a través de los años, en señalar cuales serían las circunstancias o indicaciones médicas para hacerlo, pues ellas quedan a criterio de los médicos tratantes y las normas y experiencia de las instituciones de salud.

Con base en los avances científicos y tecnológicos de la medicina actual, en la práctica diaria esas indicaciones son excepcionales, pero el hecho de que exista una sola, obliga a que perdure la denominación "aborto terapéutico", la cual, a juicio de algunos, debería desaparecer de la terminología médica. El deseo de que desaparezca quizás se deba a que, invocando esa indicación, se llevan a cabo muchos abortos que caerían en justificaciones poco o nada convincentes, en especial las causas psiquiátricas, que son las más socorridas en algunas estadísticas,<sup>6</sup> ya que se prestan para incluir en ella circunstancias de orden social y económico, que no se tratan en el presente escrito.

En el proceso de toma de decisión en el aborto por indicación médica materna deben tenerse en cuenta los siguientes factores.

- a) Factores objetivos:
  - ◆ Morbilidad y mortalidad materna a corto plazo.
  - ◆ Morbilidad y mortalidad materna a largo plazo.
  - ◆ Reducción de la tasa de morbi-mortalidad materna, a corto y largo plazo, como consecuencia de la interrupción del embarazo.
  - ◆ Aumento de los riesgos maternos con el embarazo.
- b) Factores subjetivos:
  - ◆ Calidad del cuidado médico (médico e institucional).
  - ◆ Aceptación de la paciente.
  - ◆ Consideraciones financieras.
  - ◆ Consideraciones sociales.

Frente a un caso problema, el médico –y mejor aún un grupo de médicos– deben sopesar los factores arriba mencionados en forma honesta y pragmática. De concluirse que el riesgo materno es demasiado alto si se permite la continuación el embarazo, la situación deberá plantearse con toda la claridad a la paciente y a su cónyuge quienes serán los que deban tomar la decisión final. Si su determinación es que se corran los riesgos, el grupo médico dejará la respectiva constancia en la historia clínica y pondrán todo su empeño para que dichos riesgos se minimicen al máximo. La asociación con otros especialistas y la permanencia de la paciente en una institución con suficientes recursos tecnológicos, será lo deseable.

Quisiera mencionar, como ejemplo, algunas circunstancias específicas que pueden complicar un embarazo y que harían recomendable, de manera médica inobjetable –a nuestro entender– la terminación de un embarazo para favorecer la vida o la salud de la mujer y que obviamente en la actualidad, son muy reducidas:

1. Hipertensión pulmonar primaria. Las mujeres que padecen esta entidad, corren un gran riesgo de fallecer en el curso del embarazo o el puerperio.
2. Síndrome de Eisenmenger.
3. Lupus eritematoso sistémico con compromiso progresivo de la función cardiaca o renal.
4. Diabetes asociada a cardiopatía isquémica. Se trata de la diabética clase H de la clasificación de la Dra. White.<sup>7</sup>
5. Cáncer ginecológico avanzado antes de la semana 22 de embarazo, etc.

Como se puede apreciar, constituyen ejemplos poco comunes, pero evidentes por su gravedad y pronóstico desfavorable.<sup>6,8-10</sup>

## Reproducción asistida

Las nuevas técnicas de reproducción asistida han aparecido en el mundo contemporáneo como medios para suplir aquellas deficiencias orgánicas o biológicas de la pareja que le impiden fertilizar naturalmente cuando así lo desean. En varios países en el mundo y en América Latina, desde hace algunos años se aplican diversas

técnicas en centros especializados en fecundación asistida.<sup>11</sup> Sin embargo pocos países de la región han legislado sobre el tema de manera expresa. En consecuencia, es necesario que en los países de América Latina sobre todo, se reconozca la urgencia de confrontar la realidad de la fecundación humana asistida y de legislar sobre sus distintas facetas. En esta área las soluciones legislativas propuestas por aquellos países considerados líderes en la materia pueden servir como guía.

Los progresos científicos y tecnológicos abren nuevos campos para el desarrollo de la humanidad. El hecho de que puedan existir abusos y prácticas irregulares no significa que haya que combatir todo progreso en este campo. Significa, en cambio, que el orden científico debe estar subrogado a un orden superior, ético y moral, en el cual categorías valorativas establecidas por cada sociedad señalen sus límites de aplicación. Por ello, es importante evitar que el tener un hijo se convierta en una cuestión de laboratorio o que la mujer sea definida cada vez más en términos de su capacidad reproductiva y cada vez menos como ser humano, olvidando así que en la medida en que se utilicen, respetando la propuesta ética de la dignidad humana –en particular de la mujer–, las nuevas técnicas de reproducción asistida coadyuvarán a que la vida sea más digna de ser vivida.<sup>12</sup>

El innegable valor de los avances científicos en este campo, mediante las técnicas de fecundación *in vitro* en cualquiera de sus modalidades puede verse contrarrestado con el hecho real de que pueden servir para desencadenar angustia a las personas afectadas a menos que se desarrolle y tengan acceso a las terapias adecuadas. A continuación quisiera presentar algunos ejemplos:

### *Análisis genético del corpúsculo polar: eliminación del ovocito*

Analizando el corpúsculo polar, esta técnica permite en algunos casos conocer si el ovocito es portador de alguna información genética defectuosa que no se desea transmitir a la descendencia y, en consecuencia, no se utilizará en una posterior fecundación *in vitro*. Desde el punto de vista ético tiene la ventaja de que no supone eliminar un embrión sino un ovocito cuyo valor biológico y ético no es, por mucho, el de un embrión.

### *Selección del sexo del embrión en caso de enfermedades ligadas al sexo*

La selección de los embriones en función de su sexo implica, obviamente, la eliminación de los embriones de sexo no deseado. Este es el único caso en que la legislación de otros países permite seleccionar el sexo de los embriones que se van a transferir al útero materno en un proceso de

fecundación *in vitro*. Se puede aplicar en aquellos casos en los que la mujer es portadora (heterocigota, XAXa) de una enfermedad ligada al cromosoma X, por ejemplo, la hemofilia, la distrofia muscular de Duchenne, la agammaglobulinemia, etc. En estos casos la probabilidad de que un hijo varón padezca la enfermedad sería del 50%; en cambio, todas las hijas serán sanas, aunque la mitad serán portadoras, como la madre. Por ello, en estos casos solamente se transfieren al útero de la mujer los embriones de sexo femenino, descartándose los masculinos. La realización de esta práctica depende de la valoración ética que se tenga del embrión pre-implantación.

#### *Eliminación (no transferencia al útero de la mujer) de embriones con diagnóstico desfavorable*

Si al hacer un análisis genético de un embrión se detecta una anomalía genética grave, puede tomarse la decisión de no transferirlo al útero de la mujer. La valoración ética de este caso, similar al anterior, depende de la valoración ética que se dé al pre-embrión. Es evidente que en este caso se está realizando una eugenesia negativa directa. Sin embargo, por el contrario, se puede argumentar que sería una irresponsabilidad transferir el embrión conociendo su constitución genética defectuosa.

#### *Reducción fetal en el embarazo de alto orden fetal*

Un embarazo múltiple de un rango superior a mellizos conlleva gran peligro para la salud de la mujer y también para los fetos, los que pueden ser abortados con facilidad o terminar en partos inmaduros o prematuros con alto riesgo, ya sea de morir o quedar dañados. En estas circunstancias existe el pensamiento de diversos investigadores y centros de reproducción el considerar éticamente menos inaceptable reducir selectivamente el número de fetos que no hacer nada, posición muy controvertida y no aceptada por otros. Es muy importante no considerar a esta reducción selectiva como una alternativa al cuidadoso monitoreo del tratamiento de la esterilidad. Si este monitoreo se realiza correctamente, los embarazos múltiples de alto orden fetal serán infrecuentes. Debe sobreentenderse que el consentimiento informado se obtendrá antes de emprender estos procedimientos. A mi conocimiento, la experiencia en México es nula a este respecto.<sup>13-17</sup>

#### *Investigación en pre-embiones*

El estado pre-embrionario puede ser definido como el período desde la fertilización (concepción) hasta la aparición de la banda primitiva a los 14 días de edad. La

investigación en pre-embiones es necesaria para ampliar nuestros conocimientos sobre el proceso de desarrollo, para mejorar el tratamiento de la infertilidad y el control de la reproducción y permitir el monitoreo genético con su capacidad potencial para la prevención y tratamiento de los defectos de nacimiento (malformaciones congénitas).

Se reconoce la existencia de un variado espectro de valores éticos, culturales y religiosos relativos al estado de pre-embrión. Sin embargo se ha logrado acuerdo en las siguientes conclusiones:

1. La investigación en pre-embiones es éticamente aceptable sólo cuando su propósito es el beneficio de la salud humana: (la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud es: "La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de malestar ó enfermedad").
2. No se debe permitir a los pre-embiones su desarrollo mas allá de los 14 días después de la fertilización. Este período de 14 días no incluye el tiempo durante el cual el embrión puede haber sido congelado.
3. La investigación deseada puede obtenerse de modelos animales.
4. El apropiado consentimiento informado debe obtenerse antes de emprender la investigación en pre-embiones. Normalmente este consentimiento debe provenir de ambos donantes de los gametos.
5. Los proyectos de investigación en pre-embiones deben ser autorizados por cuerpos éticos u otros organismos apropiados.
6. No se ha logrado consenso sobre si la investigación debe limitarse a embriones sobrantes o puede incluir también pre-embiones especialmente generados para la investigación.
7. Los pre-embiones usados previamente para investigación no deben transferirse a un útero, salvo que exista una razonable expectativa de que el procedimiento de investigación haya favorecido las posibilidades de obtener el término de un embarazo normal.<sup>18</sup>

Por último, quisiera proponer un marco de referencia ética para los cuidados ginecológicos y obstétricos de las mujeres:

1. Las mujeres tienden a ser vulnerables por circunstancias sociales, culturales y económicas. Este es el caso en las relaciones médico-paciente, porque en el pasado, los cuidados de las mismas fueron con frecuencia dominados por el paternalismo de sus consejeros.
2. El principio de autonomía enfatiza el importante rol que la mujer debe adoptar en la toma de decisiones con respecto al cuidado de su salud. Los médicos deberán tratar de reparar la vulnerabilidad femenina,

- solicitando expresamente su elección y respetando sus opiniones.
3. Cuando les sean requeridas decisiones relativas a cuidados médicos, las mujeres deberán ser provistas con una información completa sobre los procedimientos alternativos disponibles, incluyendo riesgos y beneficios.
  4. Cuando un médico no sea capaz de, ó no desee suministrar el servicio médico solicitado por razones extramédicas, él o ella debe hacer lo posible para lograr una adecuada referencia.
  5. Debido a la naturaleza íntimamente personal de los cuidados obstétricos y ginecológicos, surge la especial necesidad de proteger la confidencialidad de la paciente.
  6. Además de la provisión de los servicios médicos, los profesionales tienen la responsabilidad de considerar el bienestar de la mujer y su satisfacción psicológica, conjuntamente con sus cuidados ginecológicos y obstétricos.
  7. En la administración de los cuidados de la salud a la mujer, la justicia requiere que todas sean tratadas con igual consideración, independientemente de su situación socioeconómica.<sup>2,12</sup>

## Consideraciones Finales

Quiero terminar expresando que el aborto terapéutico, obviamente por indicación médica, al igual que el aborto en general, representa un problema complejo y delicado. Lo abordo convencido de que muchos quienes lean este escrito no se identificarán con algunos de mis puntos de vista (exclusivamente médicos). De lo que se trata es de adelantar, con franqueza y honestidad, un sereno análisis de tan espinoso tema, respaldado por una larga experiencia profesional y por atentas reflexiones ético-médicas. De ahí que la discusión de la moralidad del aborto por razones médicas exclusivamente, sigue considerándose como una de aquellas que generan mucho calor pero irradian muy poca luz.

La investigación sobre la actitud de los médicos mexicanos en relación con el aborto ha sido insuficiente. Sin embargo, existen algunas referencias escritas que ilustran su participación en el debate, así como algunos de los elementos que influyen en sus posturas frente a la problemática del aborto.<sup>18-20</sup>

Como sector gremial, los médicos en México han mantenido una posición conservadora cada vez mayor del aborto como problema social y de salud pública; de hecho, importantes sectores de la profesión médica se han opuesto a la modificación de las leyes que regulan su práctica. Además de las justificaciones éticas o morales para apoyar una postura contraria a la despenalización

del aborto, desde las más altas jerarquías de la profesión se ha señalado que ésta acarrearía un aumento desmesurado de la demanda del procedimiento y crearía serias dificultades para los servicios de salud. Desde esta perspectiva, las propuestas de solución se han circunscrito al ámbito de las medidas preventivas, que básicamente incluyen la educación sexual y la promoción de los programas de planificación familiar.<sup>20-24</sup>

La legislación vigente sobre el aborto en México incide de manera determinante sobre la elevada frecuencia de sus complicaciones y en el hecho de que ésta constituya la cuarta causa de mortalidad materna. Las experiencias de otros contextos indican que cambiar esta situación implica, además de la promoción de las medidas para prevenir el aborto, modificaciones sustanciales a las leyes que lo rigen.<sup>25</sup>

En el presente resulta difícil predecir cuándo y bajo qué circunstancias existirán condiciones políticas favorables para la discusión sobre el aborto en las instancias que definen la política sanitaria y en los órganos legislativos. Dada la oposición que han generado las iniciativas para modificar las leyes, parece poco probable que en el futuro cercano el aborto pudiera despenalizarse en términos amplios. No obstante, una actualización de las leyes coherente con la realidad actual tendría que ampliar las indicaciones para el aborto legal incluyendo, por lo menos, los motivos de salud, definidos en función del concepto acuñado por la Organización Mundial de la Salud.

La solución al problema, sin embargo, no se limitará tan sólo a la liberalización de las leyes. Cambiar la legislación e impactar positivamente sobre las consecuencias sociales y sanitarias del aborto inducido, supone un importante respaldo político al más alto nivel. Las modificaciones a la ley tienen que asegurar la prestación de servicios de aborto, con alta calidad y cobertura amplia, en las instituciones de salud del sector público. Por otro lado, ampliar las indicaciones legales para el aborto y hacer efectivo el acceso de las mujeres a los servicios que lo proporcionan en forma segura, implica también que las normas y disposiciones marcadas por la legislación obtengan el consenso de los profesionales directamente involucrados en su instrumentación y en la prestación de los servicios.<sup>26,27</sup>

Por su particular relación con el aborto, los médicos constituyen un núcleo profesional de enorme importancia para lograr cambios en la legislación. Al parecer, buena parte de los profesionales de la salud en México tienen una visión limitada sobre la problemática del aborto, lo cual en gran medida obedece al tipo de formación que reciben. En este sentido, las instituciones de educación superior tienen la responsabilidad de revisar los enfoques que tradicionalmente han guiado la formación de sus egresados en el campo de la salud reproductiva. Problemas complejos como el aborto,

y en general todos aquéllos relacionados con la reproducción y la sexualidad humanas, requieren ser abordados desde perspectivas amplias y actualizadas, que permitan a los futuros profesionales desarrollar una práctica clínica integral en los servicios de salud. Los programas de formación de personal de salud (médicos, enfermeras, u otros) tienen que incorporar nuevas herramientas de análisis, que contribuyan a la mejor comprensión de los aspectos sociales, demográficos, culturales, psicológicos, éticos y legales vinculados al campo de la salud reproductiva.<sup>5,28,29</sup>

Muchos de los que escriben y predicen sobre asuntos de ética médica, por no ser médicos, no han experimentado la intimidad del problema –no de valde se dice que el más moralista es el que está lejos del problema- por eso, de ordinario, su enfoque es hecho bajo una lente especulativa. No hay que olvidar a propósito, que para ser imparcial, el moralista debe acudir a los hechos y analizarlos en su verdadera dimensión, en su cruda realidad. Para quienes ejercemos la medicina, en especial la gineco-obstetricia, el embarazo “indeseado” por razones médicas y todos los conflictos que de él se derivan, tienen connotaciones particularmente humanas que nos colocan en situación de privilegio para analizar con autoridad el tema. La indicación o solicitud del aborto ante un problema médico, que suele ser el paso siguiente cuando se hace evidente un problema materno fetal grave, no sólo enriquece nuestra experiencia sino que también pone a prueba nuestro buen juicio y la consistencia de los valores y principios morales que nos acompañan, todo esto enmarcado por la firme convicción de la libertad absoluta del ser humano en sus decisiones.<sup>26,30-32</sup>

Hasta el momento, las evidencias en nuestro país, sociedad e instituciones de salud, muestran que es y seguirá siendo inútil la búsqueda de un terreno medio, neutral, que permita llegar a un acuerdo, pues las tesis morales que se esgrimen son totalmente antagónicas. De todas maneras, el derecho a argumentar, por fortuna, seguirá teniendo vigencia mientras exista inteligencia y libertad.

## Referencias

1. **Karchmer S.** El diagnóstico prenatal. *Rev Med Soc* 1989;3:3-8.
2. **Karchmer S.** Aspectos sociomédicos del diagnóstico prenatal. *Prog Diag Prenat* 1995;7:360-362.
3. **Karchmer S.** ¿A dónde nos llevará la genética en el diagnóstico prenatal? *Prog Diag Prenat* 1998;10:136-146.
4. **Henshaw SK.** Induced abortion: a world review 1990. *Fam Plann Perspec* 1990;22:76-89.
5. **David HP.** Abortion in Europe, 1920-91: a public health perspective. *Stud Fam Plann* 1992;23:1-22.
6. **Mundarin AJ.** Aborto terapéutico por indicación médica-materna. *Rev Obst Ginec Venezuela* 1981;41:153.
7. **White P.** Pregnancy complicating diabetes. *Am J Med* 1949;7:609.
8. **Devoe LD, Taylor R.** Systemic lupus erythematosus in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1979;135:473.
9. **Gleicher N, Elkayam U.** Fertility control in the cardiac patient. In: Elkayam U, Gleicher N, editors. *Cardiac problem in pregnancy*. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Alan R. Liss;1990. p.453.
10. **Dibble CM, Kockenour NK, Wosley RT, et al.** Effect of pregnancy on diabetic retinopathy. *Obstet Gynecol* 1982;59:699.
11. Centers for Disease Control and Prevention. 1995. Assisted reproductive technology success rates: national summary and fertility clinic reports. Atlanta, GA, USA: CDC;1998.
12. **Karchmer S.** Consideraciones éticas sobre las nuevas formas de fertilización y diagnóstico prenatal. *Perin Rep Hum* 1988; 2:193-197.
13. **Evans MI, Fletcher JC, Zador IE, Newton BW, Quigg MH, Struyk CD.** Selective first trimester termination in octuplet and quadruplet pregnancies: clinical and ethical issues. *Obstet Gynecol* 1988;71:289-296.
14. **Collins MS, Bleyl JA.** Seventy-one quadruplet pregnancies: management and outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162:1384-1391.
15. **Evans MI, Dommergues M, Wapner RJ, Goldberg JD, Lynch L, Zador IE, et al.** International, collaborative experience of 1789 patients having multifetal pregnancy reduction: a plateauing of risks and outcomes. *J Soc Gynecol Invest* 1999;3:23-26.
16. **Garel M, Starck C, Blondel B, Lefebvre G, Vauthier Brouzes D, Zorn JR.** Psychological effects of embryonal reduction: from the decision making to four months after delivery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1995;24:119-126.
17. **Zaner RM, Boehm FH, Hill GA.** Selective termination in multiple pregnancies: ethical consideration. *Fertil Steril* 1990;54:203-205.
18. Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO);September 1994.
19. The Alan Guttmacher Institute. Abortion clandestino: una realidad Latinoamericana. New York: The Alan Guttmacher Institute;1994.
20. **Castelazo AL, Gaslonde S, MacGregor C, Shor PV, Ordoñez BR.** Algunos aspectos de actualidad en el aborto inducido (Simposio). *Gac Med Mex* 1974;108:309-339.
21. **Francome C, Savage WD.** Gynaecologists' abortion practice. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:153-157.
22. **Nathanson CA, Becker MH.** The influence of physicians' attitudes on abortion performance. *Fam Plann Perspect* 1977;9:158-163.
23. **Evans MI, Drugan A, Bottoms SF, Platt LD, Rodeck CA, Hansman M, et al.** Attitudes on the ethics of abortion, sex selection, and selective pregnancy termination among health professionals, ethicists, and clergy likely to encounter such situations. *Am J Obstet Gynecol* 1991;174(4):1092-1099.
24. **González de León-Aguirre D.** Los médicos y el aborto. *Salud Public Mex*. 1995;37:248-255.
25. Código Penal para el Distrito Federal. 46<sup>a</sup> Edición. México, D.F.: Ed. Porrúa, 1990. Originalmente publicado en la sección tercera del Diario Oficial, Agosto 14, 1931.
26. **Chevernak FA, McCallough LB.** Does obstetric ethics have any role in the obstetrician's response to abortion controversy? *Am J Obstet Gynecol* 1990;163:1425-1429.
27. **Imber JB.** Abortion policy and medical practice. *Society* 1990;27-34.
28. **Weisman CS, Nathanson CA, Teitelbaum MA, Chase GA, King TM.** Abortion attitudes and performance among male and female obstetrician-gynecologists. *Fam Plann Perspect*

- 1986;18:67-73.
- 29. **Westfall JM, Kallail KJ, Walling AD.** Abortion attitudes and practices of family and general physicians. *J Fam Pract* 1991;33:47-51.
  - 30. **Núñez L, Palma Y.** El aborto en México. Problema social y de salud pública. Demos, Carta Demográfica sobre México
  - 31. **Ramos S, Viladrich A.** Aborto en América Latina, cómo seguir. *Revista de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe/ISIS Internacional* 1992;4:55-64.
  - 32. **Saade A.** El aborto provocado: una vía de liberación femenina? *Rev Med Hosp Mex* 1994;57:88-89.

