

Aspectos bioéticos del diagnóstico prenatal

Dra. Ma. del Rocío Báez-Reyes*

Instituto Nacional de Perinatología. Ciudad de México.

RESUMEN

La Bioética constituye un gran espacio de debate racional, plural y crítico de los problemas morales surgidos en torno al presente y futuro de la vida o al entorno del cuerpo, ya que la vida y el cuerpo son realidades indisolublemente unidas.

De esta forma el abordaje del diagnóstico prenatal con esta disciplina trata de orientar al personal de salud a un mejor entendimiento del feto como paciente.

La aceptación o rechazo de un individuo, una pareja, un grupo o una sociedad hacia el diagnóstico de defectos estructurales y la interrupción de embarazos con fetos que presenten patologías no compatibles con la vida, está determinada por la conjunción de múltiples factores que se viven en una sociedad en la que es necesario el conocimiento de estos eventos y la repercusión en la toma de decisiones y a quien corresponde esta misma.

De acuerdo con lo anterior, se integran en esta revisión los aspectos médicos, éticos, legales y morales y se propone la formación de Comités de daño materno-fetal en cada uno de los hospitales de Ginecoobstetricia; así como analizar hasta dónde llega la intervención del Estado y sus médicos como agentes en este proceso, en el entendimiento de que el pluralismo moral no es posible sin la aceptación del principio de tolerancia.

Palabras clave: bioética, diagnóstico prenatal, embarazo, feto.

Bioethical aspects from prenatal diagnosis

SUMMARY

Bioethics constitutes a great space of rational, plural and critical debate of the moral problems originated from life in itself; from the present and the future life, or from the environment of the body; since the life and the body are indissolubly united realities.

In this way, the approach to the prenatal diagnosis with this discipline tries to guide the personnel of health to a better understanding of the fetus like a patient.

Either the acceptance or the rejection of an individual, a couple, a group or a society toward the diagnosis of structural defects and the interruption of pregnancies with fetuses that show pathologies with life are determined by the conjunction of multiple factors are based by people society in which is necessary the knowledge of these events and the repercussion in the decisions making and to whom this decision corresponds.

According to the mentioned above the medical, ethical, legal and moral aspects are integrated in this paper, the formation of Committees of maternal-fetal damage in each one of the hospitals of Gineco-obstetrics and also the analyses the degree of intervention of the State and its doctors, as agents in the understanding that the moral pluralism is not possible without the acceptance of the principle of tolerance.

Key words: Bioethics, prenatal diagnosis, pregnancy, fetus.

Introducción

Los notorios avances en Genética Humana, Obstetricia y Ginecología, han encontrado un campo común en el diagnóstico prenatal. Las necesidades de las parejas en riesgo de trastornos genéticos y su descendencia han alentado y guiado una multitud de nuevas opciones para la valoración antenatal del feto.

Los métodos de diagnóstico prenatal se agrupan fundamentalmente en aquéllos que no tienen riesgo de producir daño (no invasivos), dándonos una imagen de la anatomía fetal y parcialmente de su fisiología y en aquéllos que tienen la posibilidad de pérdida fetal (invasivos), mismos que nos permiten obtener células fetales para su análisis cromosómico, bioquímico o de DNA. La aplicación de uno o más de los recursos dependerá de cada caso en particular, de acuerdo al

* Genetista perinatal, tanatóloga y bioeticista del Instituto Nacional de Perinatología, SSA. Asesora en Genética Médica de la Clínica de Especialidades de la Mujer de la SEDENA. Miembro de la Asociación Nacional Mexicana de Bioética.

Correspondencia:

Dra. María del Rocío Báez-Reyes

Departamento de Genética Subdirección de Investigación Inper. Montes Urales 800 Col. Lomas Virreyes 2o. piso, Torre de Investigación. Del. Miguel Hidalgo, C.P. 11000, México, D.F. Tel.: 5520-9900, Ext. 155. Correo electrónico: Rocio_baezreyes@yahoo.com.mx

Recibido: Julio 16, 2007.

Aceptado: Septiembre 4, 2007.

factor de riesgo contando idealmente con un equipo multi e interdisciplinario que trabaje en pro de un fin común: la salud materno-fetal.

Sin embargo, toda esta tecnología científica no puede separarse de las implicaciones que conlleva el tener un resultado final, sea normal o anormal. Al detectar un defecto mayor o múltiples defectos que comprometan no sólo la función sino también la vida del feto, la gran importancia que tiene el asesor genético para explicar el evento, su etiología, manejo y pronóstico fetal y que esto conlleva a un duelo por la pérdida de la salud del hijo anhelado.

Toda la gama de sentimientos, emociones y reacciones que presenta un ser humano con tales pérdidas en las cuales si no es orientado adecuadamente quedará atrapado en su dolor sin poder resolver el conflicto emocional, mismo que lleva un tiempo para poder lograr el reinicio a una vida futura.¹

Al considerar los aspectos éticos, médico-legales y de salud pública, el diagnóstico prenatal es una pieza central multifacética, que refleja a todas las disciplinas de la medicina y enlaza el laboratorio con la paciente a través de nuevos métodos en la tecnología de la reproducción.

La Bioética es el estudio sistematizado de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios. Es aquella parte de la Ética o Filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en el campo de la Medicina y de las ciencias biológicas.

De esta forma el abordaje del diagnóstico prenatal con esta disciplina trata de orientar al personal de salud a un mejor entendimiento del feto como paciente, del feto como único observador que podría sancionarnos de acuerdo a nuestro acertado o erróneo proceder.²

Acceso al diagnóstico prenatal

Muchos estudios han demostrado que hay importantes diferencias socioculturales entre las pacientes que tienen o no acceso a los métodos de diagnóstico prenatal. Las pacientes con un alto nivel de educación y sin antecedentes de muertes fetales o perinatales son las que con mayor frecuencia acuden para asesoramiento genético, de las cuales más del 70% reciben la información a través de medios de difusión, educación, familiares o amistades.

Otros factores que influyen son las características del médico que atiende a la paciente, como son la edad, la especialidad, el conocimiento de las indicaciones apropiadas, el difícil acceso de los servicios de diagnóstico prenatal, la percepción de los riesgos y la resistencia debida a convicciones morales y religiosas. Los factores que influyen en la pareja son el conocimiento y la forma de percibir la noticia de que el feto está afectado, la solvencia económica y también las enseñanzas recibidas sobre moral y religión.

La ansiedad como justificación del diagnóstico prenatal ha ido en aumento con la difusión del conocimiento de los

padecimientos genéticos. En países como Suecia, aproximadamente el 20% de los diagnósticos prenatales se realizan por ansiedad; las razones más frecuentes son el contacto con personas que presentan alguna discapacidad a través del trabajo, la familia o los amigos, y la edad mayor a 35 años. En nuestro país los factores de riesgo más comunes para ofrecer a la paciente un método invasivo es el hallazgo de alteraciones morfológicas detectadas por ultrasonido y la edad materna mayor a 35 años.³

Filosofía y salud

Ideologización de la práctica médica

Constituye el más importante factor espiritual de cohesión social, su fin es la producción del vínculo social, de las relaciones sociales con los hombres de manera ideal, como formas sociales de conciencia (política, jurídica, moral, filosófica, religiosa, etc.); constituye la expresión consciente de determinado interés social (grupal, clasista, popular, general, nacional, etc.) en forma de principios de significación general de modos de conducta social, capaces de regular la interrelación de los hombres en la sociedad.

La ideologización de las ciencias es un proceso necesario, que surge y se manifiesta como consecuencia de las exigencias del proceso social en el que la ideología cumple su rol orientador en la actividad científica de la formación de sujetos animados por grandes sentimientos de amor a la humanidad y actitudes altruistas, basados en un sólido sistema de valores que a su vez se reviste en la educación de los hombres y de toda la sociedad.

Las distintas etapas que ha atravesado el pensamiento en la formación de los profesionales de la salud en la humanidad en general y en nuestro país en particular, muestran las supervivencias de las concepciones hipocráticas durante siglos, las que sustentaban la atención para el reestablecimiento de la salud.⁴

Paradigmas

Los paradigmas son una forma de nuclear las comunidades científicas, la palabra quiere decir ejemplo o modelo y en el sentido que lo empleamos aquí se refiere a determinadas concepciones teóricas que en la época o momento del desarrollo del saber médico tiene tal grado de aceptación general que se convierte en una forma de pensar automática.

Los paradigmas como modo de pensar de una determinada comunidad científica orientan la conducta y en ellos inciden tanto el pensamiento científico como los factores sociales; los paradigmas en la ciencia son dos:

Paradigma biomédico. Es aquél que conceptualiza los procesos naturales minimizando el peso de lo social tanto en el sentido del conocimiento, como en el sentido de adoptar una supuesta posición desideologizada, exonerando al sistema de relaciones sociales de su vínculo con los problemas de salud. Se basa en el Neopositivismo como corriente filo-

sófica y plantea que la ciencia es un lenguaje para describir los resultados de las observaciones y opiniones.

En la práctica cotidiana de la salud, se pone el acento en el conocimiento y en el proceso de asimilación de valores integrales, en el cómo ser.

Como resultado de este paradigma se reproducen junto a rasgos positivos, otros de carácter negativo en la personalidad del profesional de la salud: una relación insuficiente con el paciente, conversar poco con el mismo, no escuchar sus problemas, no atenderlos integralmente. Se prestigia más el conocimiento que los valores cuando en realidad debe existir la vinculación entre la ciencia y el humanismo.

Paradigma médico social. Conceptualiza los procesos biopsíquicos humanos como sociales e históricos, lo cual incluye el reconocimiento de su especificidad, así como el elemento biológico.

Aquí cabe introducir el concepto ideológico que ha sido cada vez más utilizado con su connotación política, desconociendo su expresión en las formas restante de la conciencia social.

La ideología es el resultado de la producción espiritual, que es una de las vertientes de la producción social y el vínculo social se proyecta mediante la presentación de determinado interés, se caracteriza por el interés en el hombre de manera integral, vincula a la medicina con las ciencias médicas en su conjunto, siendo las funciones de estas mismas de carácter social.

Modelos conceptuales en medicina

Modelo científico

Es un marco de referencia que determina nuestras percepciones y también nuestras exclusiones, quien lo usa sólo ve lo que el modelo le permite ya que de otra forma, la manera de cómo los médicos se aproximan a sus pacientes está muy influida por el modelo conceptual en torno al cual se han organizado sus conocimientos y sus experiencias.

Modelo médico

Es el modelo que ha estado vigente en nuestras escuelas de medicina, desde el punto de vista biomédico no toma en cuenta la "humanidad" de los pacientes, su valor demostrado en la investigación científica de los problemas no lo convierte necesariamente en el modelo adecuado para la práctica de la medicina clínica, porque no incluye al paciente como persona. La formulación central en esta teoría es precisamente que el organismo como totalidad es un sistema cuyas partes están en interacción dinámica, de modo que la alteración de una de ellas altera el resto, el punto de partida es la distinción entre sistemas abiertos y cerrados.

Algunas actividades de los organismos, como son las funciones del sistema musculoesquelético o los actos reflejos, pueden explicarse siguiendo el modelo de los sistemas cerrados, mecánicos.

La concepción de sistemas abiertos es un marco teórico utilizable por diversas ciencias, especialmente la medicina y

la psicología, la posición de que el individuo, la familia y la comunidad son sistemas que tienen interacciones recíprocas complejas y que ninguno de ellos tiene mayor realidad ni prioridad que el otro, sustituimos el concepto lineal de causalidad por un concepto circular.

La individualidad es otro principio que rige los organismos superiores, tomar en cuenta la individualidad psicológica de los pacientes es tan esencial en la clínica como tomar en cuenta su totalidad como personas.

Modelo biopsicosocial

Este modelo permite extender los alcances de la medicina para abordar con un criterio científico, áreas tales como la personalidad del enfermo y la relación médico-paciente que habían sido relegadas al "lado intuitivo y artístico de la medicina".

La mente, el soma y las manifestaciones de ambos deben ser entendidos en términos de una totalidad humana, que existe en interacción continua con el ambiente personal e impersonal que le rodea.

El concepto de totalidad fue inicialmente enfatizado en el mundo moderno por los exponentes de la psicología de la estructura. Existe en nuestro lenguaje, profundamente arraigada, la tendencia a considerar a la mente y al soma como entidades separadas, el término "medicina psicosomática", que pretende restablecer la unión, es un ejemplo de esto.

La psicología médica es el instrumento más apropiado para la aplicación de principios humanistas en la medicina.

Bases legales de la interrupción del embarazo

Noción de aborto y sus variantes

Se entiende por aborto la interrupción del embarazo cuando el feto no es viable, es decir, cuando no puede subsistir fuera del útero materno; se admite en condiciones estandarizadas que el feto es viable a las 28 semanas de gestación.

La noción de aborto tiene peculiaridades específicas en el contexto médico, jurídico y moral.

Para el médico, abortar es la expulsión del feto no viable; para el jurista es la acción voluntaria y maliciosa de provocar aquella expulsión, empleando los medios conducentes, en cuanto a la moral, ésta se basa en la realidad médica, pero añade la peculiaridad de la instancia ética (el "peso de la valoración", desde ambos puntos de vista, subjetivo y objetivo).⁵ Los tipos de aborto según la Ley son:

Aborto espontáneo. Se llama aborto espontáneo cuando la interrupción del embarazo acaece por causas naturales, sin la libre intervención humana. El número de abortos espontáneos es bastante elevado, aun dejando aparte los muy precoces (microabortos), su frecuencia es de alrededor de 30% de los embarazos. Son muchas sus causas, pero se puede afirmar que 75% de ellos son por defectos serios del embrión, por lo que algunos lo consideran un fenómeno fisiológico tendiente a una adecuada selectividad de la especie humana.

Aborto provocado. El aborto provocado es el que se debe a la intervención libre del hombre sobre el embarazo. Este es el aborto considerado por la moral y el derecho, ya que en él interviene la libertad humana; desde el punto de vista jurídico, puede ser “legal” si está tolerado por la ley o “criminal” si no está permitido legalmente. Desde el punto de vista moral el aborto provocado es considerado en referencia a la responsabilidad personal.

El aborto provocado se suele catalogar según las causas o razones que originan la interrupción voluntaria del embarazo, es decir, sus indicaciones.

Aborto terapéutico. El que es provocado cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida de la madre. Antiguamente esto se daba con cierta frecuencia, en la actualidad, gracias a los progresos de la medicina, es excepcional, por lo que carece de significación real y deja de ser en la práctica un problema médico, jurídico o moral; sin embargo, se sigue hablando de aborto terapéutico en un sentido amplio, mencionando no sólo el riesgo de vida, sino el riesgo a la salud de la madre.

Aborto eugenésico. Es provocado cuando existe el riesgo, con la certeza, de que el nuevo ser pueda nacer con anomalías o malformaciones congénitas (a veces se le confunde con el terapéutico). Las anomalías o malformaciones congénitas se pueden diagnosticar prenatalmente por la amniocentesis, la biopsia placentaria, la cordocentesis o la ecusonografía; tienen causas muy variadas: hereditarias, ambientales, iatrogénicas, maternas, etc. Este tipo de aborto alude a una situación dramática, interrumpir o continuar el embarazo y de conflicto de valores.

Aborto humanitario. Es provocado cuando el embarazo ha sido consecuencia de una acción violenta, como por ejemplo la violación (a veces lo llaman aborto “ético”). Este tipo también alude a una situación dramática en la que el embarazo no es tan frecuente ni lo es la fecundación como consecuencia de una violación, además de que hay opciones más humanitarias que el aborto para estas situaciones.

Aborto psicosocial. Es provocado cuando el embarazo resulta “no deseado” por razones de carácter social o psíquico: problemas económicos o de vivienda, madres solteras, relaciones extraconyugales, etc. Esto funciona más como un método de control de la natalidad y estas “indicaciones” son la causas más frecuentes de abortos provocados. A escala mundial, la poca importancia de estas razones pone más en relieve la desvaloración actual de la vida en gestación.⁵

El aborto y los ordenamientos jurídicos

Cuando se trata de una persona concreta es la conciencia moral la que tiene primacía y por tanto existe una subordinación del nivel jurídico al orden moral; pero cuando se trata de una comunidad política y sobre todo si ésta es pluralista y democrática, hay lugar a la distinción y separación entre exigencia moral y licitud jurídica. Puede suceder que no todos los que componen la comunidad tengan idéntico sistema de valoración moral; en este caso, ningún sistema ético

puede imponer su primacía para que se adecue la licitud jurídica con la exigencia moral.

La conciencia llama ordenamientos jurídicos de tolerancia a aquellos que toleran comportamientos contrarios al sistema normal de valoración, la justicia del ordenamiento jurídico se mide por el bien común. La licitud jurídica del aborto no quita ni añade nada a su moralidad, lo que es inmoral para la conciencia, lo sigue siendo aunque no esté penado por la ley; en el caso en que se acepte una liberalización jurídica del aborto en determinadas situaciones, no se puede hablar de legislación progresiva, sino de ordenamientos jurídicos de tolerancia o de leyes permisivas, para paliar males mayores.

Los ordenamientos jurídicos actuales se sitúan dentro de tres modelos legislativos:

Legislación permisiva. Considera al aborto como un asunto privado y a libre voluntad de la mujer, es decir, sin un ordenamiento directo. Son muy pocos los países en que existe este modelo, donde la madre no necesita a nadie que certifique la existencia de causas para abortar. Los factores que están en su origen son: una notable insensibilidad ante la vida en gestación, la inexistencia de justificación moral para la vida del feto, fuertes problemas demográficos, etc.

Legislación liberalizadora. Permite el aborto en determinadas situaciones y lo penaliza en otras; su licitud está condicionada a determinadas causas que deben ser constatadas por personas distintas a la madre, en especial médicos. Las situaciones justificantes habitualmente son cuatro: la indicación médica, la eugenésica, la social y la humanitaria.

Los factores que han desencadenado el proceso liberalizador son, entre otros, el aborto sin dificultades, la insensibilidad moral ante la vida en gestación, el positivismo de los ordenamientos jurídicos, la permisividad, la libertad de opción, el utilitarismo, el hedonismo, etc.

Las variantes legales dentro de este modelo dependen de la mayor o menor amplitud de las situaciones aceptadas (aborto terapéutico, eugenésico, humanitario y psicosocial), el avance del embarazo donde se permite el aborto, el sujeto que determina la necesidad de la práctica abortiva (simple petición de la madre, juicio médico, juicio de especialistas, etc.).

Los ordenamientos liberalizadores no hacen desaparecer los abortos clandestinos, no solucionan la discriminación existente por motivos económicos o de clase social, no evitan el llamado “turismo abortivo” (siempre habrá unas legislaciones más permisivas que otras), originan el descrédito social ante la vida humana, provocan una pérdida de credibilidad moral ante los intentos de humanizar una sociedad, son signos de incoherencia legislativa (aceptar el aborto pero eliminar la pena de muerte), etc.

Legislación restrictiva. Es aquella en que se prohíbe el aborto y se penaliza su práctica, aunque lo llegan a permitir en algunos casos muy especiales, como la violación o el peligro de muerte inminente de la madre. Este tipo de legislación tiene sus raíces históricas y sus fundamentos axiológicos: derechos tradicionales (derecho romano), sensibi-

lidades religiosas, consideraciones éticas como el humanismo, motivaciones sociales, etc.

Los críticos de estos ordenamientos mencionan que esta legislación es ineficaz porque no evita el mal, hay hipocresía porque ante la pureza de la ley existe la práctica clandestina, es discriminatorio pues afecta a las clases sociales bajas y es cruel porque impone soluciones duras a situaciones personales complejas, etc.

Si de lo que “es” se pasa a lo que “debe ser” surge el verdadero problema moral: ¿se puede aceptar moralmente la liberalización jurídica del aborto?

En la sociedad debe existir un ordenamiento jurídico en relación con la realidad del aborto, la vida humana en gestación es un bien de la comunidad y en cuanto tal requiere la atención de la ley; sería inmoral todo ordenamiento jurídico que impusiese o favoreciese las acciones abortivas, la finalidad de la ley ha de ser la de favorecer el valor de la vida humana salvaguardando los derechos de todas las personas implicadas.

Los defensores de una política restrictiva en materia de aborto aducen a su favor estos argumentos: la prohibición legal del aborto es el único camino para proteger eficazmente la vida no nacida; sin esta prohibición millones de seres humanos son eliminados sin su consentimiento y son los seres más débiles y carentes de defensa propia. Así se evita la discriminación más radical que puede cometerse como un ser humano, al negarle el derecho a vivir; esta actuación cierra la puerta a posibles amenazas contra la vida de otros seres en peligro como los ancianos, los discapacitados, los deficientes mentales, los miembros de otras razas, los disidentes políticos, etc. y, además, porque es misión de las leyes el proteger los derechos de los seres humanos, en particular el derecho más fundamental: la vida.⁵

Nuevo Código Penal para el Distrito Federal

(Abroga el Código Penal de 1931, sus reformas y demás leyes que se opongan al presente ordenamiento). Entra en vigor a partir del 11 de noviembre del 2002.

Capítulo V

Aborto

Artículo 144. Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo.

Artículo 145. Al que hiciere abortar a una mujer, se le impondrá de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con consentimiento de ella.

Cuando falte el consentimiento, la prisión será de tres a seis años. Si mediare violencia física o moral se impondrá de seis a ocho años de prisión.

Artículo 146. Si el aborto lo causare un médico cirujano, comadrón o partera, enfermero o practicante, además de las sanciones que le correspondan conforme al artículo anterior, se le suspenderá por un tiempo igual a la pena de prisión impuesta en el ejercicio de su profesión u oficio.

Artículo 147. Se impondrá de uno a tres años de prisión a la mujer que voluntariamente practique su aborto o consienta en que otro la haga abortar. En este caso, el delito de aborto sólo se sancionará cuando se haya consumado.

Artículo 148. No se impondrá sanción:

- I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 de este Código. (Art. 150. a quien sin consentimiento de una mujer mayor de dieciocho años o aun con el consentimiento de una menor de edad o de una incapaz para comprender el significado del hecho o para resistirlo, realice en ella inseminación artificial, se le impondrán de tres a siete años de prisión. Si la inseminación se realiza con violencia o de ella resulta un embarazo, se impondrá de cinco a catorce años de prisión).
- II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora.
- III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; o
- IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

En los casos contemplados en las fracciones I, II y III, los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos, así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable.⁵

Bioética en medicina

La Bioética se define como una disciplina científica-filosófica, cuyo objetivo es estudiar los principios éticos de la actividad médica, en respuesta a los avances técnicos y científicos que abren nuevas perspectivas dentro de la medicina.

La concepción de persona que Boecio tenía era como una “sustancia individual de naturaleza racional”; por su parte Santo Tomás dice: “el hombre es persona por su cuerpo y su alma a la vez, la persona es lo más perfecto que hay en la naturaleza, que conlleva una gran dignidad.” Esta dignidad es ontológica, es un valor absoluto, propio del hombre como persona, no proviene de fuera, sino en sí misma.

Ese cuerpo de conocimientos está en la filosofía, en su esencia reflexiva y en la profundización de su eterno preguntar.⁶

En los justificantes de la Bioética, Van Rensselaer Potter dice: “la bioética no es sino un campo particular de la reflexión ética general”, una nueva ética especial, de esto se

deriva que su tarea no es la de determinar y elaborar nuevos principios éticos generales, sino la de aplicar los principios generales a los nuevos problemas que se ofrecen a la consideración de la acción humana en el reino de la vida.⁷

El nacimiento de la Bioética ha hecho emerger dos grandes exigencias: La primera de ellas es la necesidad de distinguir entre el conocimiento y dominio de la ciencia, es decir, el mundo de los hechos científicos de aquel otro de la ética de los “valores” y la segunda tarea de la Bioética es la de tender puentes de comprensión entre el mundo de los hechos y el mundo de los valores. Esto reafirma el carácter multidisciplinario de la Bioética y establece firmemente la necesidad de que los médicos y los profesionales de la salud aprendan y sean entrenados en filosofía moral del mismo modo que los filósofos y los teólogos deberían formular sus discursos con arreglo a una implícita voluntad de ser entendidos, buscando, en fin, adaptar sus formulaciones a una semántica inteligible para el profesional de la medicina y de la ciencia.

La ciencia es más plena en la medida que sirve y dignifica la existencia humana, el valor antropológico se centra en el respeto y promoción de la persona y de su dignidad, que será el marco que limite las técnicas aplicables a la vida humana.^{6,7}

Toma de decisiones

La mayoría de las pruebas médicas se realizan para obtener información que permita al médico establecer el diagnóstico para iniciar un tratamiento adecuado cuando es necesario y también para establecer el pronóstico. Las pruebas de diagnóstico prenatal tienen en la mayoría de los casos un objetivo muy diferente que es la identificación de una anomalía incompatible con la vida en el feto, teniendo los padres la posibilidad de interrumpir el embarazo en algunos casos, aunque existen tratamientos efectivos prenatales y neonatales para algunas de las enfermedades que pueden ser diagnosticadas *in utero*, para la mayoría la cuestión reside en decidir si los padres desean o no continuar con el embarazo dado y los problemas que se supone tendrá el niño. Algunos padres agradecen esa información acerca de sí mismos y de su descendencia futura mientras que otros la considerarán totalmente inaceptable.^{8,9}

La aceptación o el rechazo de un individuo, un grupo o una sociedad hacia el diagnóstico prenatal y la interrupción del embarazo de fetos afectados están determinados por las respuestas a las siguientes preguntas:

- ¿En qué momento de la gestación se considera al concebido como una persona con derechos?
- ¿Cuál es la importancia relativa de los derechos del feto comparados con los de la madre?
- ¿Es la vida (cualquiera que sea su calidad) mejor que la ausencia de la vida?

Por supuesto no existe ninguna garantía de que ambos miembros de la pareja respondan de igual forma a estas

preguntas, sino que pueden hacerlo de forma muy diferente.

Las cuestiones éticas en la medicina fetal son más complejas que en otras áreas de la Medicina debido a que:

- Existen al menos dos pacientes a considerar (madre y feto) pudiendo existir un conflicto de intereses; lo que es bueno para uno puede ser malo para el otro. En las gestaciones gemelares o de más fetos, una actuación determinada puede ser la mejor sólo para uno de los fetos (como provocación del parto).
- El feto no puede expresar sus deseos.

Las leyes cada vez más restrictivas en los abortos después de cierta edad gestacional reflejan un aumento del estatus ético en el que se encuentra el feto viable, cuando se asesora a una pareja acerca de determinada anomalía fetal y de las opciones de acción médica y legalmente aceptables, el responsable debe estar al día o buscar el consejo experto de ambas áreas. Desde el punto de vista legal, el médico puede ser perseguido si interrumpe un embarazo sin someterse a las leyes vigentes sobre el aborto y al contrario si un médico no menciona la posibilidad de interrumpir el embarazo en un caso en el que la mayoría de los obstetras lo encontrarían indicado, puede tener implicaciones legales; sin embargo, aunque un médico puede estar obligado a informar a la paciente acerca de la interrupción de la gestación, el médico no está obligado a su realización si no lo considera ético (omisión de conciencia).

El considerar la posibilidad de que su hijo no sea “perfecto” constituye un dilema para la pareja, en un intento por tomar estas decisiones, mucha gente experimenta un conflicto personal como: a) confusión entre las ideas éticas de toda la vida y con lo que la pareja siente o b) el miedo de tener un niño anormal. Algunas parejas también experimentan un conflicto interpersonal (desacuerdo entre ambos).

La toma de decisiones importantes puede ser muy estresante; no obstante, no puede evitarse que la mujer gestante tome una determinada decisión acerca de someterse o no a algún procedimiento. Cuando se diagnostica una anomalía severa en el periodo prenatal, los padres tienen que tomar la tremenda decisión de continuar o, por el contrario, interrumpir el embarazo y cualquiera que sea su decisión, las consecuencias para ellos como individuos o como pareja, son importantes.^{10,11}

Cuando los padres optan por la interrupción del embarazo, suelen tener sentimientos incluso más complicados y ambivalentes, a la pareja le suele atormentar pensar acerca del niño normal que no van a tener y del niño anormal que han decidido no tener. Asimismo aquellos que toman la decisión de seguir con la gestación en presencia de una anomalía fetal grave necesitarán de un gran apoyo, probablemente desearán recibir gran cantidad de información a partir de profesionales y parejas que han pasado por una experiencia similar pero también será necesario hablar de sus sentimientos.¹²

Discusión y conclusiones

Con el paso del tiempo la identificación de un nuevo paciente: el feto y con toda probabilidad, el embrión, provocará que el diagnóstico prenatal se amplíe en una de sus múltiples facetas como prerequisite para identificar embarazos de riesgo con trastornos genéticos graves que de ser posible, se pueda dar manejo dentro del útero.

Los avances en la detección prenatal de alteraciones genéticas o cromosómicas nos llevan a poner sobre una balanza la alteración congénita por un lado con la valoración de riesgo y precisión del diagnóstico y/o pronóstico y, por otro lado, las opciones de manejo con sus riesgos y beneficios y todo esto recae en el equipo médico, la pareja, la familia, la sociedad y el país por la pérdida de gastos hospital, asimismo la responsabilidad del feto como paciente.

El diagnóstico prenatal está aún en evolución, atrae asesores genéticos, científicos e investigadores, enfermeras y médicos de varias especialidades para enfrentar los riesgos clínicos de parejas y familias que acuden a la consulta de asesoramiento. Conforme se desarrollen nuevos métodos para resolver interrogantes en cuanto a estados patológicos genéticos, habrá una superposición agraciada e inevitable de nuestros conocimientos acerca de la fisiología fetal básica.

La utilidad de estos métodos nos lleva a un diagnóstico preciso y con ello a un asesoramiento genético real y en muchas ocasiones a la toma de decisiones, mismas que requerirán del apoyo tanatológico, del apoyo psicológico y de la terapia fetal o la rehabilitación y/o corrección quirúrgica de ciertos defectos cuando el diagnóstico se realiza en la vida postnatal, enfrentándonos cada día a una gran cantidad de retos y dilemas, los cuales generan una responsabilidad mayor para el asesor y/o médico tratante.

La atención integral adecuada sólo puede tener lugar si existe el equipo adecuado y se encuentra bien informado y entrenado, es honesto y amable, si respeta los sentimientos y creencias de los pacientes y si tiene tiempo y espacio para llevarlo a cabo, ya que la responsabilidad para garantizar que se cumplan estas condiciones corresponde al personal de salud.

Debemos tener en cuenta que la ideologización de la práctica médica depende del paradigma asumido y éstos, como modo de pensar de la comunidad científica, orientan la conducta de la misma, además de que en los profesionistas de la medicina incide tanto el pensamiento científico como los factores sociales.

La ideologización de las ciencias es un proceso necesario como consecuencia de las exigencias del progreso social, en el que la ideología cumple su rol orientador en la actividad científica en la formación de sujetos animados por grandes sentimientos de amor a la humanidad y actitudes altruistas, basadas en un sistema sólido de valores y la existencia de diferentes corrientes ideológicas, mismas que influyen en el proceso salud-enfermedad.

La disparidad de valores no convierte a los seres humanos en enemigos, todo ser humano tiene que ser respetado

en tanto que es ser humano y, por consiguiente, también en su forma diferente de ver las cosas y de actuar distinto a los demás. De este modo varios aspectos obligan a plantear hasta dónde debería llegar el Estado y sus médicos como sus agentes, para intervenir en la vida de una mujer o de la pareja.

La meta definitiva sería resolver tal planteamiento en forma sensible y con sabiduría, ante el estado caótico del debate sobre aspectos fundamentales de ética, leyes y normas públicas al feto, el intento de dar soluciones sencillas a los planteamientos que se han formulado requerirá conceder importancia a cuestiones más trascendentes, esclareciendo algunos puntos fundamentales:

1. Si existen deberes u obligaciones morales hacia el feto.
2. Si la viabilidad fetal modifica tales obligaciones.
3. La forma en que a menudo se abusa del concepto de obligaciones o de deberes hacia el feto.
4. Qué errores deben evitarse al cambiar juicios morales a normas públicas.
5. La importancia del contexto social e histórico del debate actual.

Es necesario también tomar en cuenta los aspectos legales de una interrupción en el contexto de que nadie podrá opinar para intervenir en una decisión que corresponde única y exclusivamente a la pareja o a la mujer cuando se encuentra sola con su embarazo y antes al contrario debemos contar con el apoyo de una legislación para aquellos casos en los que se ha demostrado prenatalmente que el concebido presenta defectos incompatibles con la vida y que de continuar con la gestación pondrán también en peligro la vida de la madre o en el mejor de los casos su futuro obstétrico.

Esta medida puede dar como resultado la disminución del gran índice de morbilidad materna por complicaciones después de una interrupción realizada en un lugar que no cumple con las medidas sanitarias elementales para estos casos.

Es indispensable que se lleve a cabo la formación de comités de daño perinatal en cada uno de los hospitales de Ginecoobstetricia para revisar las decisiones respecto al manejo fetal y tal sugerencia se debe a los conflictos que puedan existir entre la mujer y su feto, en cualquier decisión que entrañe al segundo y que cada una de estas instituciones se responsabilice de sus pacientes hasta el término del evento. Incluso debe tenerse cautela al considerar el empleo de los comités, en cuanto a que las decisiones sobre el feto requieren de la autorización de la mujer, cuya integridad y autonomía corporales serán parte de las decisiones en cuestión.

Dichos comités deben estar integrados por profesionistas de múltiples disciplinas (tanto del área médica como legal) y miembros de la sociedad e inclusive algún ministro religioso, para intentar servir a los intereses de la paciente o de la pareja, mientras conservan la discreción parental en cuanto a la decisión de los mismos con respecto a las alteraciones encontradas en su bebé. Además deberán proteger los inte-

reses de los involucrados con sus comentarios y la deliberación de dichos aspectos morales complejos, estarán en mejor posición para enfrentarse a situaciones exigentes y tomar decisiones deliberadas y detalladas en los casos más difíciles de resolver. Asimismo, la participación del comité será para dar un apoyo y “comodidad” ética al personal y a la familia por igual, en las decisiones que sean tomadas.¹³⁻¹⁵

Se puede apreciar que en el área del diagnóstico prenatal, la Bioética como en cualquier otro espacio de la racionalidad humana, nadie puede aspirar a la verdad absoluta, a la perspectiva total, que anule a todos los demás. Por lo tanto, es lógico que en el interior de la Bioética se de el pluralismo de enfoques y perspectivas, ello no tiene un carácter negativo sino altamente positivo.

La Bioética es racional y por eso ha de asumir una doble condición de plural y crítica y este pluralismo moral no será posible sin la aceptación del principio de la tolerancia, un hábito que todos debemos aprender y que será muy necesario para todo aquél que trabaje con este tipo de pacientes en el área de diagnóstico prenatal y que en algún momento de su vida se enfrente a la toma de decisiones.

Referencias

1. Rosen G. Genetic counseling: Past, Present and Future. *American Journal of Public Health* 1973; 63(11): 925-6.
2. Yuen RK. Bioethics and Prenatal diagnosis of fetal diseases. *Hong Kong Medical Journal* 2006; 12(6): 488.
3. Lisker R, Carnevale A, Villa JA. Mexican geneticist's opinions on disclosure issues. *Clinical Genetics* 1998; 54(4): 321-329.
4. Eugeikardt HT. Los Fundamentos de la Bioética. Edit. Paidós.
5. Código Civil para el D.F. Edit. Porrúa, S.A.
6. Clark A. The Ethics of Genetics in Human Procreation. *Journal of Medical Ethics* 2002; 28(5): 329-30.
7. Popow Ch. Ethics problems in prenatal medicine from the pediatrician's viewpoint. *Wien Medical Wochenschr* 2002; 152(13): 313-16.
8. Ambramsky L, Fletcher O. Interpreting information: what is said, what is heard a questionnaire study of health professionals and members of the public. *Prenatal Diagnosis* 2002; 22(13): 1188-94.
9. Asch A. Prenatal diagnosis and selective abortion. A challenge to practice and policy. *Obstetrical & Gynecological Survey* 2000; 55(6) 351-2.
10. Grimes D, David A. The Continuing Need for Late Abortions. *JAMA* 1998; 280(8): 747-50.
11. Savulescu J. Is there a “right not to be born”? Reproductive decision making, options and the right to information. *Journal of Medical Ethics* 2002; 28: 65-7.
12. Spriggs M, Savulescu J. The Perruche judgment and the “right not to be born”. *Journal of medical Ethics* 2002; 28: 63-4.
13. Brown SD, Truog RD, Johnson JA, Ecker JL. Do differences in de American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists positions on the ethics of maternal-fetal interventions reflect subtly divergent professional sensitivities to pregnant woman and fetuses? *Pediatrics* 2006; 117(4): 1382-7.
14. Fletcher JC. The long view: how genetic discoveries will aid healthcare reform. *Journal of Women's Health* 1998; 7(7): 817-23.
15. Thornton JG. Clinical ethics committee. *British Medical Journal* 1995; 311: 667-9.

Bibliografía complementaria

- Aksoy S. Antenatal screening and its possible meaning from a perspective. *BMC Medical Ethics* 2001; 22: 1-13.
- Báez R. El duelo por la muerte de un hijo con defectos congénitos. *Revista Internacional de Tanatología y Suicidología* 2003; 2(4): 15-23.
- Bozzette M, et al. Recent Advances in Prenatal Screening and Diagnosis of Genetic Disorder. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute & Critical Care. Current Issues in Genetics* 2002; 13(4): 501-10.
- Dragona-Monachou M. Humanism, secularism and embryos. *Reproduction Biomedical Online* 2007; 14(1): 32-9.
- Ley General de Salud. Edit. Sista, S.A. de C.V.
- Mallia P. Pragmatic approaches to genetic screening. *Medical Health Care Philos* 2005; 8(1): 69-77.
- Mallia P, Have H. Applying theological developments to bioethical issues such as genetic screening. *Ethics Medical* 2005; 21(2): 95-107.
- Marinac-Dabic D., Krulewicz CJ. The safety of Prenatal Ultrasound Exposure in Human Studies. *Epidemiology* 2002; 13(3): 519-22.
- Veatch PM, Bartels DM, LeRoy BS. Ethical professional challenges posed by patients with genetic concerns: a report of focus group discussions with genetic counselors, physicians and nurses. *J Genetics Counseling* 2001; 10(2): 97-119.

