

ABORTO

Dr. José Luis Jiménez Garrote *

El aborto siempre es y siempre será un problema. Son numerosísimos los abortos que se realizan cada año en las más distantes latitudes. Son muchos los factores que entran en juego: criterios médicos, datos científicos, aspectos éticos, análisis sociológicos, valoraciones religiosas, interpretaciones jurídicas y hasta intereses políticos, que hacen de esta realidad un fenómeno bastante complejo. Nunca se podrán dar soluciones drásticamente positivas o negativas, porque se trata de un tema que afecta a valores muy fundamentales y humanos, y lo humano no puede ser blanco o negro, pues no goza del rigor de una ciencia exacta. Lo menos que puede decirse es que el problema no resulta tan sencillo como algunos piensan, ni las soluciones aparecen tan claras como otros quisieran ⁽¹⁾. Desde este marco introductorio intentaremos acercarnos a una definición que aborde las diferentes posturas.

DEFINICIÓN

La premisa fundamental para que pueda realizarse un aborto es que exista un embarazo y aquí radica el primer conflicto. Algo que parece tan sencillo como que el embarazo comienza con la fecundación, o sea, con la unión del espermatozoide y el óvulo, es rechazado por otros como el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología ⁽²⁾, o por Croxatto ⁽³⁾, que definen el comienzo del embarazo con la implantación o anidación del óvulo fecundado en el útero.

La palabra aborto viene del latín "arborior" que significa morir antes del nacimiento. El aborto es por definición, la interrupción del embarazo antes de las 20 semanas. Puede ser espontáneo o inducido. El espontáneo es debido a causas naturales, fisiológicas o patológicas, sin la libre intervención humana. Es una selección que la especie humana hace de sí misma. Cuando se habla de aborto inducido o provocado, al que va dirigido este capítulo, la definición es para algunos ⁽⁴⁾ objetiva y real: El aborto es la muerte del feto humano antes de nacer, provocada directa y deliberadamente en cualquiera de los momentos biológicos del proceso de gestación a partir del momento preciso de la concepción.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Las referencias históricas se remontan a China hace 4600 años y las posiciones referentes a este tema han ido desde



intransigencias y severas penas en el Medio Oriente, a las actitudes permisivas en Grecia ⁽⁵⁾.

En el mundo clásico y especialmente en la Roma imperial, el nascituro no gozaba de una gran consideración. La actitud con respecto al infanticidio y al aborto era bastante permisiva ⁽⁶⁾.

Los poetas y los historiadores han dejado diversos testimonios de auténticos dramas humanos. Se destruía el feto o se asesinaba una criatura recién nacida para tapar relaciones sexuales ilegítimas, para eliminar un embarazo, para salvaguardar la belleza del cuerpo o por motivos no menos condenables como evitar un nuevo hijo, vengarse del marido, eliminar posibles herederos, etc. No obstante

esto, el sentimiento de que el nascituro mereciese un respeto mínimo estaba bastante difundido entre la gente común. Ni siquiera en los momentos de mayor relajación moral, la supresión del niño, antes o después del nacimiento, fue considerada una práctica banal o indiferente. Ovidio se refiere al movimiento espontáneo del pueblo durante los funerales de una mujer pública muerta a continuación de un aborto voluntario: "se lo ha merecido" ⁽⁶⁾.

Sobre la relajación de la actitud moral ante el nascituro han influido pensadores ilustres como Platón, que sostenía que en una república ideal, los hombres y las mujeres que hubiesen superado respectivamente los 55 y 40 años podrán tener relaciones sexuales libres, con la condición de no procrear hijos, por tanto, era necesario recurrir a las prácticas abortivas y al infanticidio. Aristóteles no era contrario a la eliminación de los niños minusválidos recién nacidos. Admitía igualmente el aborto con la única limitación de que fuera practicado antes de que el feto tuviese sensibilidad; sugirió incluso, que el aborto debería practicarse cuando la pareja tenía ya una cantidad razonable de hijos. Por otra parte, según Ulpiano en el siglo II a. C., hasta que el nascituro no veía la luz, no era considerado ciudadano a todos los efectos. Esta tesis ya había sido propuesta por Empédocles en el siglo V a. C., quien sostenía que el embrión recibía el aliento vital en el momento del nacimiento.

La doctrina de Hipócrates dominaba el círculo de los médicos y, según la misma, el embrión se desarrollaba autónomamente en cuatro etapas morfológicamente diferenciadas. Aristóteles elaboró una teoría nueva, aceptada en general durante muchos siglos sobre la base del esquema en tres niveles de vida: El feto tendría en fases sucesivas, primero un alma vegetativa, después un alma sensitiva y finalmente un alma racional propia del ser humano.

A la llegada del cristianismo, la opinión más extendida era la de los estoicos que, en parte, respondía a la hipótesis de Empédocles, en la que el feto antes del nacimiento no debe ser considerado un sujeto moralmente significativo ⁽⁶⁾.

En la sociedad grecorromana no existían medidas de protección penal para el nascituro. En el siglo III d. C., aparecen algunas medidas penales, que imponían sanciones severas tanto a las mujeres casadas o divorciadas que abortaban contra la voluntad del cónyuge, como a aquellos que suministraban fármacos abortivos contra la voluntad del cónyuge. Realmente estas leyes no defendían la



vida del feto sino los derechos del marido sobre la prole.

Tertuliano, famoso abogado romano, después de su conversión al cristianismo, se pronunció decididamente contra el infanticidio y el aborto. En 1588 el Papa Sixto V proclamó la Bula sin restricciones (derogada en 1591) que imponía la pena reservada al homicidio al que utilice al aborto y la anticoncepción. Esto obedecía al propósito de lograr un aumento de la población diezmada por la Peste en 1581 y las hambrunas de 1578 y 1583, así como al de controlar la prostitución en Roma ⁽⁷⁾. Evidentemente, el aborto fue sancionado en orden a mantener el equilibrio en una sociedad dada. De un modo gradual, las razones sociales abrieron camino a las indicaciones médicas, que hicieron aceptable el aborto terapéutico cuando el feto produjese una enfermedad a la madre o agravase otra preexistente ⁽⁸⁾.

Durante el siglo XX, diferentes legislaciones fueron permitiendo la interrupción de embarazos no deseados. Primero fue en 1920 en la Rusia soviética, después Japón y países del este de Europa al concluir la Segunda Guerra Mundial. El avance de la tecnología médica introdujo nuevos problemas. Las indicaciones médicas para los abortos terapéuticos se fueron limitando a algunos casos graves, como la Enfermedad hipertensiva, la Insuficiencia renal y la Diabetes Mellitus resistente al tratamiento. Al mismo tiempo, el aborto inducido se convirtió en un procedimiento mucho más seguro, especialmente con el descubrimiento de los antibióticos, lo que permitió disminuir la mortalidad por infecciones en los casos complicados.

A partir de los años 60 del pasado siglo, el aborto se extendió a muchos países, argumentándose para estos cambios las siguientes razones: el infanticidio y la alta mortali-



dad materna por abortos ilegales; el control de la natalidad y el auge del movimiento feminista ⁽⁵⁾. El 23 de enero de 1973, el Tribunal Supremo de Estados Unidos planteó una batalla legal para regularizar en todos los Estados las leyes que prohíben o restringen el derecho de la mujer a conseguir el aborto durante los tres primeros meses del embarazo ⁽⁸⁾.

El Magisterio de la Iglesia Católica, en relación con la identidad y el respeto debido al nascituro, parte de una primera afirmación fundamental: el nascituro merece un respeto incondicionado; el mismo respeto que es debido a un hombre, a todo hombre. Son tres los documentos más sobresalientes: La Declaración De aborto procurato (1974), la Instrucción Donum Vitae (1987) y la Encíclica Evangelium vitae (1991).

CLASIFICACIÓN DE LAS INTERRUPCIONES

Interrupciones libres. Son aquellas en las cuales se busca la muerte del feto o del embrión para lograr que no nazca un niño no deseado. Consideradas legales en algunos países y en otros ilegales. Las motivaciones van desde razones económicas, sociales psíquicas o de conveniencia circunstancial.

Interrupciones eugenésicas. Son aquellas que se realizan buscando la muerte del feto o del embrión, considerando que tiene o puede tener alguna enfermedad que condicionaría una mala calidad de vida, con una carga de cuidados y responsabilidades intolerables para quienes le corresponde ese cuidado.

Interrupciones éticas. Son aquellas destinadas a provocar la muerte del embrión o feto, en aquellas gestaciones producto de alguna agresión sexual.

Interrupciones terapéuticas para la madre. Son aquellas en las cuales lo buscado finalmente, es la salud de la madre. Las razones de salud materna invocadas son de distinta índole: van desde casos en los cuales la vida de la madre está en riesgo, hasta casos en que la razón de la salud es tan sólo social o psicológica ⁽⁹⁾.

TÉCNICAS ABORTIVAS

Las técnicas más usadas, según la disponibilidad de medios y la edad del embrión, se dividen en dos grupos: técnicas quirúrgicas y farmacológicas. Mencionaremos las primeras ya que las segundas fueron abordadas en el capítulo de anticonceptivos.

Técnicas quirúrgicas.

La aspiración. Consiste en la introducción en el útero de un tubo unido a un potente aspirador (20 veces superior a una aspiradora común). El cuerpo del embrión y la placenta son lacerados y aspirados. Este método se usa para embriones inferiores a los tres meses.

La embriotomía o raspado de las paredes del útero (Legrado). Se introduce una cuchara puntiaguda curvada (legra) con la que se procede al raspado y vaciado de la cavidad uterina.

La inducción de contracciones. Consiste en suministrarle a la madre fármacos que producen contracciones

uterinas parecidas a las del parto; estas provocan la dilatación del cuello del útero, el embrión se separa de las paredes y es expulsado.

Envenenamiento. A través del vientre materno se inyecta en el líquido amniótico sustancias tóxicas como solución salina u otras. El feto muere asfixiado y envenenado en poco más de una hora. Si no surgen complicaciones, un día después la madre expulsará el feto.

Nacimiento parcial. Practicado hacia las 32 semanas cuando el niño está próximo al nacimiento. Se dilata el cuello del útero y se invierte la posición normal del niño colocando los pies hacia la vagina. Se extrae todo el cuerpo, excepto la cabeza; se hace una profunda incisión en la base del cráneo, todavía dentro del útero y se aspira el cerebro. Luego se extrae todo ⁽¹⁰⁾.

CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DEL ABORTO

"Es más fácil sacar al niño del útero de su madre que sacarlo de su pensamiento"

Prof. Willke

Resulta difícil evaluar las consecuencias psicopatológicas de los abortos provocados, porque las opiniones son contradictorias, lo que lleva a pensar en prejuicios y actitudes emocionales en la valoración de las mismas ⁽⁸⁾. La mayoría de los autores coinciden en que la reacción inmediata ante el aborto es la liberación. El hallazgo psiquiátrico más consistente tras el aborto, es el sentimiento de culpa. Malmords, en Suecia, comunica el 37 % y Mainichi en Japón el 80%, mientras Peck y Marcus en el Mount Sinai Hospital de Nueva York, reportaron un 20% ⁽⁸⁾.

La Dra. Carmen Gómez (11), psiquiatra española, concuerda con la Dra. Guzmán en que lo más frecuente observado son cuadros depresivos, que se acompañan de un sentimiento grande de culpabilidad. La Dra. Standford, psiquiatra canadiense, habla del Síndrome postaborto y señala como la mujer recorre tres estadios:

1-Desasosiego y tristeza.
2-Revive continuamente el momento del aborto.
3-Depresión profunda con sentimiento de culpabilidad.

Las mujeres que tienen cierta predisposición personal o familiar a la enfermedad mental, corren un riesgo mayor de estado depresivo profundo. En opinión de la Dra. Guzmán, es bueno que aparezca este sentimiento de culpabilidad; lo contrario reflejaría un deterioro psicológico grave. Supondría una frialdad afectiva y una insensibilidad grave en cuestiones tan importantes para la mujer como su sentimiento de maternidad. Otra de las consecuencias del aborto suele ser el rechazo de

su propia sexualidad, acompañado a veces de frigidez y esterilidad.

Por último, la Dra. Guzmán cita un estudio realizado por Ford entre 40 mujeres que solicitan el aborto y con relación al grupo control encuentra: Depresión 97.5%, ansiedad 82.5%, insomnio 77.5%, pérdida de la libido 72.5%, ideas de suicidio 55% y anorexia 45%.

Si bien es un hecho que existen repercusiones psicopatológicas del aborto en la mujer, faltan todavía estudios científicos serios que no estén marcados por un cierto carácter tendencioso.

PERSPECTIVA CUBANA

Lo que sucede con mayor frecuencia en el ámbito de las relaciones sexuales en los adolescentes, es el sexo no protegido, porque generalmente no aceptan que les pueda suceder la posibilidad de un embarazo no deseado. El Anuario Estadístico de Salud del año 2000 ⁽¹²⁾, señala que el 26.8% de adolescentes de 15 a 19 años con actividad sexual, no usaba ningún método anticonceptivo.

En un estudio sobre el aborto, realizado por Peláez y Rodríguez en 1995, en Ciudad de la Habana, publicado en la Revista Sexología y Sociedad (No 5 de 1996) y que fuera citado por el Dr. Goliat Reina ⁽¹³⁾ en su libro: *Cómo protegernos de los riesgos reproductivos*, se encontró una incidencia de aborto en adolescentes del 24.7%

En un trabajo sobre Anticoncepción de emergencia realizado por Lauren Barbisa ⁽¹⁴⁾ y publicado en la Revista Sexología y Sociedad (No. 22 de 2003) expresa: "El derecho a disponer de Servicios de Aborto de alta calidad, y a optar por el aborto voluntario como una opción que de respuesta a la libre decisión de la mujer o pareja sobre la reproducción, fue un logro de las cubanas en su lucha por el pleno ejercicio de la igualdad de géneros".

En nuestro país, las muertes y mutilaciones por aborto han disminuido a niveles muy bajos, debido a que las interrupciones de embarazo se realizan en instituciones hospitalarias bajo la supervisión de personal médico especializado. Esto hace que en ocasiones, el aborto se percibe por la población como un método totalmente inocuo, que lo emplea indebida e irresponsablemente como sustituto de los anticonceptivos.

La tasa de abortos inducidos, en adolescentes, fue de 33.6 por 1000 adolescentes de 12 a 19 años en el año 2000, y las regulaciones menstruales de 28.4 por 1000 adolescentes de 12 a 19 años durante el mismo período ⁽¹⁵⁾. Si sumamos ambas cifras se arriba a 62 interrupciones por 1000 adolescentes de 12 a 19 años, lo que constituye un hecho alarmante en esta población.

Otra investigación, la del Dr. Fernández en el Hospital Gineco-obstétrico "Ciro Redondo", de Pinar del



Río, llevada a cabo durante los cinco primeros meses del 2001⁽¹⁶⁾, aunque orientada hacia algunos aspectos de la actitud asumida por el varón frente al embarazo no deseado, ofrece cifras elevadas si consideramos que la muestra del estudio fue de 500 adolescentes (250 adolescentes en la consulta de regulación menstrual y otras 250 en el servicio de legrado), seleccionadas al azar, por lo que queda otra importante cantidad de adolescentes que se realizaron la interrupción, pero que no participó del estudio.

Los datos aportados por los trabajos citados, nos inducen a pensar que es necesario trabajar de forma responsable y eficiente en la educación de los adolescentes por ser el grupo más vulnerable.

REFLEXIÓN ÉTICA

El aborto no es un simple capricho placentero, ni está motivado siempre por simples intereses egoístas⁽¹⁷⁾. Cuando alguien toma esa decisión que nunca resulta agradable, lo hace para evitar ciertas consecuencias negativas u obtener otros bienes que también aparecen como buenos y deseables. El conflicto entre diferentes valores es una consecuencia de nuestra condición humana, incapaz de cumplir muchas veces con todo lo bueno que deberíamos realizar, o evitar, por el contrario, todos los males que se presentan en determinadas circunstancias⁽¹⁸⁾. Y aunque el respeto a la vida constituya un valor -para el autor de estas líneas el primer valor-, nadie puede impedir, lamentablemente, que entre en ocasiones en conflicto con otros, que tienen también su importancia.

EN LAS INTERRUPTIONES LIBRES.

Los conflictos se darían, en primer lugar, en las llamadas interrupciones libres. La enumeración de estas motivaciones formaría una larga lista. Comprende aquellos casos en los que el embarazo representa una seria dificultad para la vida social de la mujer, inconvenientes para la familia o condicionamientos difíciles para el niño. Pensamos en las madres solteras que hubieran de enfrentarse con una situación de rechazo e incompreensión de los propios padres y de la sociedad; en las dificultades económicas o tensiones íntimas familiares, que hacen inde-

seable la presencia de un hijo; y en los niños que, por estas u otras razones, estarían condenados a una existencia enfermiza. En este campo, como es fácil comprender, las razones irían de un extremo, a primera vista más comprensible y objetivo, hasta el otro, donde el egoísmo, capricho o la simple comodidad serían los valores fundamentales a defender por encima de todo⁽¹⁹⁾. Evidentemente se juzga en la ponderación de los efectos de la acción, que la vida de este ser humano tiene un valor ontológico inferior al bien buscado como fin de la acción⁽⁹⁾. También, en muchos casos, la situación vital de quien elige está alterada en grado diverso y puede que sea incapaz de un adecuado funcionamiento de su razón y por lo tanto el acto no sea absolutamente libre.

EN LAS INTERRUPTIONES EUGENÉSICAS.

Una segunda situación conflictiva se daría en las denominadas interrupciones eugenésicas. Los avances científicos han permitido, en la actualidad, el diagnóstico precoz de ciertas enfermedades genéticas o malformaciones congénitas que prevén el nacimiento de un bebé "anormal". El mundo moderno se ha hecho cada vez más sensible a la calidad de vida y juzga inaceptable la existencia de un hijo con esas características. El problema resulta actualmente duro y dramático para la familia y para el propio sujeto⁽¹⁷⁾.

¿NO SERÍA MEJOR EVITAR UNA EXISTENCIA INHUMANA Y DESGRACIADA?

El sano piensa que el deforme tendría una vida infeliz y hará infelices a los demás, pero no hay pruebas de que



esto sea así. Una investigación de la Sociedad Americana de Psicología, ha demostrado que no hay diferencias significativas entre personas deformes y personas “normales” en cuanto a su grado de satisfacción en la vida ⁽²⁰⁾. El aborto eugenésico no se hace por consideración al niño defectuoso, ya que no cura su enfermedad, sino que simplemente lo mata ⁽²¹⁾.

Todos queremos estar en capacidad de prevenir o curar las enfermedades genéticas, pero tal deseo no nos autoriza a destruir la vida en su comienzo. Por lo que vemos, muchos niños defectuosos, a quienes se les permite nacer, gozan de la vida de acuerdo con sus capacidades. Un buen número de ellos ha llegado a ser miembros útiles de la sociedad ⁽²²⁾.

En las interrupciones eugenésicas, la deliberación de la razón hace que la voluntad se incline por una acción que busque la muerte, como bien mayor que una vida considerada sin valor o cuidados y responsabilidades consideradas como intolerables ⁽⁹⁾.

EN LAS INTERRUPCIONES ÉTICAS.

Una tercera situación sería el aborto que incomprensiblemente denominan interrupciones éticas. Se trataría de interrumpir aquellas maternidades producidas por un acto

de violación, para evitar, por lo menos, las consecuencias de semejante injusticia.

Una madre, cuyo embarazo tiene por origen una violación, es víctima de una violencia cruel e inhumana. Su angustia mental y su sufrimiento psicológico son el resultado directo de un embarazo que le fue impuesto contra su voluntad. Se argumenta que, en estos trágicos casos, el gran valor de la salud mental de una mujer que queda embarazada a consecuencia de una violación, puede ser puesto a salvo de la mejor manera con el aborto. Se dice también que es el resultado de una grave injusticia y que la víctima no debe ser obligada a llevar el feto hasta la viabilidad ⁽¹⁹⁾.

Este proceso estaría recordándole durante nueve meses, la violencia cometida contra ella, lo cual contribuiría precisamente a aumentar su angustia interior. Se hacen reflexiones en el sentido de anteponer la salud mental de la señora al valor de la vida del feto. Además, se sostiene que el feto es un agresor de la integridad de la mujer y de su salud personal. Es justo y moralmente defendible repeler al agresor hasta con su muerte, si es la única forma de defender valores personales y humanos. La conclusión, entonces, sería que en estos casos se justificaría el aborto ⁽¹⁹⁾.

En estos casos la razón juzga con una operación adecuada o con una perturbación comprensible, que es un bien mayor que la vida de ese ser humano, el liberar a la víctima de una responsabilidad impuesta por una agresión ⁽⁹⁾.

EN LAS INTERRUPTIONES TERAPÉUTICAS PARA LA MADRE.

Entre los posibles conflictos están las interrupciones terapéuticas para la madre. El aborto terapéutico es el realizado cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer embarazada. Esta situación ha quedado prácticamente superada como consecuencia del progreso de la medicina. Convendría distinguir con claridad entre el aborto estrictamente terapéutico, cuando no hubiese otra alternativa para salvar la vida de la madre y su utilización, con un sentido mucho más amplio, cuando el embarazo constituye solamente un peligro para la salud, tanto física como psicológica. En estas condiciones algún valor habrá de sacrificarse ⁽¹⁷⁾.

Se deben distinguir, por tanto, aquellos en los cuales la muerte del embrión o feto es buscada como medio para lograr esa salud materna y aquellos casos en que la muerte del embrión o feto ocurre como un efecto no deseado ⁽⁹⁾.

LA PRIMERA PERSONA COMO PACIENTE.

La consideración del embrión o feto como persona desde el momento de la concepción inmediatamente le otorga el estatuto de paciente para el médico responsable de la atención de la madre.

El Dr. Mauricio Besio ⁽²³⁾ expresa, que solo un médico obstetra que ha logrado aprehender la bondad existente en el ser humano desde su aparición en el ser, podrá ser un médico que, enfrentado a una mujer embarazada, considere en ese mismo instante que frente a él tiene a dos pacientes: la madre, que habitualmente le solicita sus cuidados para ella y para su hijo, y ese hijo que es su paciente aún sin solicitarlo, ya que no lo puede hacer. De lo anterior se desprende la irracionalidad de toda

acción realizada por un médico cuyo fin sea provocar la muerte de un embrión o que arriesgue innecesariamente su existencia. La naturaleza personal de él, su condición de vulnerabilidad, su imposibilidad de solicitar ayuda, lo convierte en uno de los seres humanos más necesitados de la acción de un médico.

Si se da por válido el aborto como "tratamiento" contra la "enfermedad" del embarazo no deseado, por la misma razón habría que admitir la eutanasia como medio contra una "enfermedad grave y dolorosa no deseada".

El Dr. Bernard Nathanson que dirigió una clínica de abortos en Nueva York donde se practicaban 120 abortos diarios, abandonó esta práctica convencido de que el aborto era "un acto deliberado de destrucción y por tanto, un crimen" ⁽²⁴⁾. Creó un servicio de Fetología en otro hospital al considerar al feto un paciente al igual que la madre ⁽⁵⁾.

LOGRAR UN MUNDO MÁS HUMANO.

A lo largo de este siglo, junto con grandísimos avances científicos en el campo de la medicina, junto a importantes victorias sobre enfermedades que, a comienzos de siglo y aún décadas después seguían siendo mortales, tantas enfermedades infecciosas entre otras, se ha visto aparecer también, a escala mundial y en unas proporciones gigantescas, desconocidas hasta entonces, el recurso al aborto como medio para terminar con embarazos no deseados. La medicina moderna ha mejorado sustancialmente la mortalidad infantil de la primera mitad de siglo; ha alargado notablemente la esperanza de vida y ha erradicado



enfermedades que causaban muchos miles de muertes al año en todo el mundo. Y sin embargo, el número de muertes por aborto supera con mucho todas las que hace décadas pudiera haber por una infraestructura sanitaria y unos remedios terapéuticos mucho más deficientes ⁽²⁵⁾. También supera al de los fallecidos por causas de las guerras en todo el pasado siglo. Por solo citar un ejemplo, en Estados Unidos se estima que, en los primeros 25 años de legalización del aborto (de 1973 a 1998), se practicaron unos 35 millones de interrupciones de embarazos ⁽²⁶⁾. Las cifras señalan que el 35% de las mujeres en Estados Unidos sufren un aborto antes de arribar a los 45 años de edad ⁽²⁷⁾.

Por último, apartándonos de cualquier tipo de consideración que pueda enfrentar criterios de tipo científico, religioso o personal, resulta oportuno recordar que el envejecimiento de la población es cada vez mayor y no está asegurado el recambio generacional mientras no crezca la tasa de nacimientos, que está por debajo del 2.1 necesario para ese recambio ⁽²⁸⁾.

ALGUNAS RECOMENDACIONES FINALES

Se debe recordar que el aborto inducido o provocado es un tema único, que penetra en cada aspecto de las relaciones humanas y llega hasta el fondo de las estructuras de la sociedad. Es, a la vez, un tema político, social, religioso, médico, legal, moral y ético.

Sin descuidar los estudios científicos sobre embriología, genética y ciencias básicas, que permitan conocer cada vez mejor la nueva vida que surge desde la concepción, el autor de estas líneas considera importante aunar esfuerzos en encontrar soluciones al problema del aborto y para ello se sugieren algunas recomendaciones:

- Es imprescindible una buena educación sexual, que forme a los jóvenes en un sentido correcto de la sexualidad, integrada en la madurez afectiva y orientada al amor y al matrimonio.
- Conseguir que la formación ética de los jóvenes se sustente en valores y en una sana antropología que parta del respeto debido a la vida humana desde sus primeros estadios.
- Los medios de comunicación pueden y deben desempeñar una importante función orientadora y educativa que llegue a todos los niveles de la población.
- Procurar que todas las Facultades de Medicina tengan su Cátedra de Bioética y que cumplan con sus funciones educativas, consultivas y normativas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- García-Mauriño JM. Otras formas de morir. Bioética 2. Madrid: San Pablo, 1998:9.
- 2- Gee R. Plan B, Reproductive rights and physician activism. N Engl J Med 2006 Jul 6; 355(1):4-5.
- 3- Croxatto HB et al. Mechanism of action of preparations used of emergency contraception: a review of literature. Contraception 2001 63(3):111-121.
- 4- Blázquez N. Bioética Fundamental. Madrid: Biblioteca de Autores Cristianos, 1996:473.
- 5- Notario CM. Aborto: ¿Crimen o derecho? II Jornada Diocesana de Bioética. Ciudad de la Habana. 1998.
- 6- Carrasco de Paula J. El respeto debido al embrión humano: perspectiva histórico doctrinal. En varios. Identidad y estatuto ético del embrión. Pamplona: Eiusa; 2000.
- 7- Reina G. Como protegemos de los riesgos reproductivos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004:78.
- 8- Babikian HM. Aborto. En: Freedman AM, Kaplan HI, Sadock BJ, editores. Tratado de Psiquiatría. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1984:1657-1662.
- 9- Besio M. Análisis ético sobre las interrupciones del embarazo, el aborto provocado y el aborto terapéutico. Texto de lectura fundamental para el Diplomado de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005.
- 10- Lucas R. Bioética para todos. México, D. F.: Trillas, 2004:122-124.
- 11- Gómez C. Consecuencias psicopatológicas del aborto. Cuadernos de Bioética 1994 17-18(1º-2º):28-30.
- 12- Anuario Estadístico de Salud. República de Cuba. Año 2000.
- 13- Reina G. Cómo protegemos de los riesgos reproductivos. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2004:20.
- 14- Barbisa L. Anticoncepción de emergencia. ¿La píldora del día después?. Sexología y Sociedad 2003 Sept; 9(22):20-25.
- 15- Adolescentes cubanos. Indicadores de salud. Dirección Nacional de Estadísticas MINSAP Julio, 2002.
- 16- Ravelo A. Embarazo no deseado en la adolescencia; ¿problema solo de ellos? Un sitio cubano para cultivar salud. En. <http://www.sld.cu> [Citado el 30 de marzo de 2004].
- 17- Santacruz E. La Antropología Fundamenta la Ética. Quito: Tierra Nueva, 2001:231.
- 18- López E. Fundamentación de la ética cristiana. En: Praxis cristiana. Vol. 1. Madrid. Ediciones Paulinas:327-346.
- 19- Ibid (17): 232.
- 20- Ibid (10): 128.
- 21- Alburque E. Bioética una apuesta por la vida. Madrid: Editorial CCS, 1992:102.
- 22- Ibid (17): 233.
- 23- Besio M. El feto como paciente. Texto de lectura fundamental para el diplomado de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2005.
- 24- Ibid (1): 25.
- 25- Moya J. El mayor desafío ético del próximo siglo: El aborto. Cuadernos de Bioética 2001 44(1º):99-111.
- 26- Aceprensa No. 16 de 1998.
- 27- Wright A, Katz I. Roe versus reality - Abortion and women's health. N Engl J Med 2006 Jul 6; 355(1):6-9.
- 28- Pontificio Consejo para la Familia. Evoluciones demográficas. Dimensiones éticas y pastorales, 1994.

* Médico, especialista en Medicina Interna y Medicina Intensiva. Diplomado en Antropología Filosófica por la Pontificia Universidad de Comillas y en Bioética por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Coordinador del Grupo de Reflexión Bioética del Centro Juan Pablo II.