

Probleme etice ale începutului vieții

1. Definiția vieții, diverse concepte privind momentul începutului vieții și obligația respectării vieții umane

Definirea noțiunii de „viață” în contextul complex al eticii începutului vieții este complicată. Dicționarul explicativ al limbii române oferă variate definiții ale vieții, printre care: „formă superioară de mișcare a materiei ce apare pe o anumită treaptă a dezvoltării acesteia și care reprezintă o sinteză a proceselor biologice, fizice, chimice, mecanice care au loc în organism”, sau „timp cuprins între nașterea și moartea cuiva”. Adjectivul „viabil” poate fi atribuit ființei „care prezintă condițiile, calitățile necesare pentru a dura, a se menține, a se dezvolta”, iar „viu” este adjectivul ce poate fi atribuit celui „care se află în viață, care trăiește”.

Pentru geneticienii creștini viața începe în momentul fecundației. Fertilizarea celulei ou este un eveniment ce înseamnă apariția unei noi vieți care trebuie considerată ca atare și protejată. Acesta este punctul de vedere adoptat de Pitagora care spunea că sufletul omenesc este creat în momentul concepției, iar sufletul, distinct de corp, este nemuritor și se reîntrupează în existențe succesive, de Hipocrate, de către asirieni și islamici, de către religiile de tip budist și hindus, de Biserica ortodoxă și doctrina catolică.

Primele interpretări creștine asupra începutului vieții apar în Vechiul Testament care cuprinde pasaje despre dezvoltarea copilului nenăscut. În Psalm 139:13-16 se prezintă creșterea copilului din ceva fără formă la ceva dezvoltat și complet, dar nu există distincție clară despre momentul când se obțin părțile corpului fetal și nici dacă această achiziție a formelor înseamnă și achiziția umanității. Se face referire la intervenția lui Dumnezeu în procesul creșterii și dezvoltării embrionului, acesta fiind un proces divin ce nu trebuie întrerupt de intervenția omului.

Conform Noului Testament, dragostea lui Dumnezeu face posibilă viața creștinilor. Nu este însă marcat momentul în care Dumnezeu își trimite dragostea către făt, și dacă această dragoste include și viața potențială, sau dacă există un punct în dezvoltare în care sufletul este insuflat embrionului.¹

„Animarea” sau „însuflețirea” este un concept filosofic apărut prima dată la Aristotel și care înseamnă asocierea sufletului la viață și individualitate. Aristotel susținea că atunci când sufletul se adaugă materiei din uter se creează o ființă individuală, cu formă și rațiune umană și că acest proces ar avea loc în a 40-a zi de la concepție pentru fătul de sex masculin și în a 90-a zi de la concepție pentru fătul de sex feminin. Această diferență era explicată prin aceea că bărbații erau mai activi decât femeile și deci erau mai rapizi în dezvoltare, în obținerea unui suflet.

Iudaismul conservator și ortodox acordă semnificație și importanță embrionilor după patruzeci de zile de la concepție. Ramurile Sunni și Shia ale Islamului consideră că „însuflețirea” (condiție esențială pentru ca un embrion să fie considerat ființă, persoană) are loc în jurul celei de-a patra luni de sarcină.²

Din punct de vedere științific, metabolic și genetic nu există un moment al fertilizării, o secundă în care apare o nouă viață, fertilizarea nefiind un proces instantaneu, ci unul care se desfășoară pe o durată de 12-24 ore, la care se adaugă alte 24 de ore pentru completarea formării unei individualități diploide. Cel mai răspândit argument împotriva ideii că viața

¹ Scripcaru Gh., Astarastoe V., Scripcaru C., *Principii de bioetică, deontologie și drept medical*, Ed. Omnia, Iași, 1994.

² Cubasa I. M., *Când începe viața umană?*, Revista Română de bioetică, Vol. 5, nr. 2, aprilie-iunie 2007.

începe în momentul fertilizării a fost numit „argumentul îngemănării”. Punctul principal al acestui argument îl constituie faptul că un zigot este unic față de părinții săi din momentul în care se formează un organism diploid, dar este posibil ca zigotul să se dividă în doi sau mai mulți zigoți până în 14-15 zile după fertilizare.³

Unii embriologi susțin că evenimentul gastrulării, adică al formării celor trei foițe embrionare din care derivă toate organele și țesuturile, ar reprezenta originea vieții. Evenimentul se produce în a treia săptămână de dezvoltare a oului. După gastrulare, zigotul, devenit embrion, este destinat a forma nu mai mult decât o singură ființă umană. Susținătorii acestui punct de vedere argumentează existența unei diferențe între o individualitate umană și o persoană umană. Zigotul este unic atât numeric, cât și ca individualitate umană. Totuși, întrucât individualitatea nu este sigură până când implantarea nu este completă și pentru că individualitatea este o condiție necesară pentru statutul de persoană, zigotul nu este încă o persoană umană.

Știința atestă o serie de etape în dezvoltarea zigotului și a fătului, și anume:

- la 8 săptămâni embrionul posedă o schiță de sistem nervos (circuite tri-neuronale, baza a unui sistem nervos necesar gândirii raționale) și dezvoltă reflexe simple ca răspuns al sistemului nervos;
- la 12 săptămâni fătul are toate organele definitiv conturate, funcționează sistemul cardiovascular, digestiv, excretor, el se mișcă, își schimbă expresia feței, lipsindu-i doar respirația, cu alte cuvinte este un om în miniatură;
- în a 20-a săptămână de viață embrionară se definitivează formarea talamusului, regiune a creierului implicată în integrarea informațiilor;
- între a 24-a și a 27-a săptămână de la concepție apare un traseu EEG recognoscibil (baza punctului de vedere neurologic asupra începutului vieții umane);
- după 25 de săptămâni de gestație fătul poate respira, fiind definitivată formarea plămânilor (precocitatea viabilității extrauterine, deși susținută de tehnologia modernă, ridică probleme legate de dezvoltare tehnico-medicală a diferitelor țări, feții născuți prematuri în țările dezvoltate având șanse mult mai mari de supraviețuire decât cei din țările sărace);
- celulele nervoase se înmulțesc și se diferențiază până la sfârșitul celui de-al II-lea trimestru de sarcină, dar totuși până în luna a 7-a se stabilesc puține conexiuni neuronale; în trimestrul al III-lea de sarcină se produce maturarea cortexului cerebral, esențială pentru achiziția umanității.⁴

Nașterea copilului constituie o nouă sursă de speculații filosofice. S-au construit doctrine filosofice considerând nașterea ca eveniment definitoriu pentru începutul vieții umane.

Platon este unul dintre adepții doctrinei conform căreia ceea ce se petrece în uterul femeii până la naștere nu are nicio importanță, contează doar copilul născut. El credea ca sufletul omenesc nu intră în corp decât la naștere și concepția sa a fost determinantă pentru societatea antică romană. Seneca readuce în discuție ideea „însuflețirii”, dar susține că aceasta s-ar produce la naștere.

Credința iudaică precizează că drepturile depline ale vieții sunt dobândite la naștere. Viața începe odată cu expulzia capului, acest eveniment dând copilului statut de ființă umană. Fătului îi este garantată recunoașterea ca ființă umană, dar aceasta nu egalează viața mamei și poate fi sacrificat dacă viața ei este în pericol. În alte scrieri ale rabinilor acest termen apare la 13 zile de viață postnatală pentru nou-născutul la termen.

³ Slack J.W., *From Egg to Embryo*, Cambridge University Press, 1993.

⁴ Bulgaru Iliescu D., Ioan B., *Avortul - între libertatea procreației și drepturile ființei nenăscute*, Revista Română de bioetică, Vol. 3, nr. 2, aprilie-iunie 2005.

Islamul încurajează numai procrearea asistată medical intra-conjugală, mai ales că adopția nu este permisă, iar orice implicare a unui donor este considerată adulter. Embrionii supranumerari pot fi folosiți de cuplu sau pot fi donați pentru cercetare (cu acordul expres al cuplului).⁵

În Japonia începutul vieții este asociat primului țipăt al nou-născutului, în nordul Ghanei se consideră a 7-a zi de la naștere ca începutul vieții, iar pentru aborigenii Ayata (Bolivia) o nouă viață se dobândește la botez (adică la 2-3 ani). Așadar perioada de „urmărire” pentru stabilirea momentului începutului vieții nu este foarte scurtă, ea începând în momentul concepției și întinzându-se până către 2-3 ani.⁶

Unii filosofi contemporani printre care M. Tooley și P. Singer disting între noțiunile de ființă umană și persoană umană, considerând ca element definitoriu conștiința de sine. Ei arată că numai având conștiință de sine o ființă devine persoană, capătă demnitate umană și are dreptul moral la viață.^{7,8} Se pune atunci problema zigotului, a nou-născutului, a copilului mic până la 2-3 ani, a bolnavilor comatoși sau cu degradarea funcțiilor mentale. Ei nu au încă respectiv nu mai au conștiință de sine; înseamnă aceasta că nu sunt considerați persoane și că nu au dreptul la viață?

Așadar filosofii din toate timpurile și oamenii de știință au stabilit câteva momente-cheie care ar putea să reprezinte în opinia lor momentul de început al vieții umane. Fiecare dintre ei are propriile argumente pentru reperul ales. Privind în ansamblu este dificil de precizat care din evenimentele enumerate este definitoriu pentru începutul vieții umane și dacă trebuie respectată viața în general sau ființa umană ca persoană însuflețită.

Opinia științifică actuală înclină spre a susține că viață are numai un organism autonom, adică un făt mai mare de 3 luni, eventual 24 de săptămâni, opinie care se aliază celei general acceptate în comunitatea medicală și anume că viabilitatea este capacitatea de a supraviețui în afara uterului chiar și pentru o secundă după naștere.

2. Statutul embrionului uman

Statutul juridic și moral al embrionului

Problemele morale legate de începutul vieții derivă, în cea mai mare parte, din relația materno-fetală, așa cum este ea acceptată, percepută de către mamă, medic, societate. Fetusul devine un pacient în momentul în care femeia însărcinată s-a adresat sistemului medical. În acest moment pot să apară obligații conflictuale de fidelitate sau loialitate „divizată”. De exemplu, o cezariană realizată la finalul sarcinii poate declanșa o disensiune între starea de sănătate sau chiar lupta pentru supraviețuirea fătului și dorințele femeii gravide. În prezent se acceptă că regulile de confidențialitate și consimțământ informat permit ca interesele femeii însărcinate să predomine în fața celor fetale.

La întrebarea dacă embrionul are drepturi, răspunsul din punct de vedere juridic, în majoritatea țărilor, este negativ. Doar după naștere se poate spune că nou-născutul viabil deține drepturi. De remarcat că această decizie legală vine în contradicție cu unele considerente morale potrivit cărora embrionul trebuie să aibă drepturi pentru a fi protejat.

Dacă ar fi să considerăm că fătul are drepturi, ar trebui să deliberăm dacă, și în ce condiții, acestea le pot întrece pe ale mamei. Există două curente morale în acest sens:

⁵ Stan G., *Teologie și bioetică*, Ed. Biserica Ortodoxă, Alexandria 2001.

⁶ Astarastoe V., Ungureanu M. C., Stoica O., *Probleme etice și legale ale noilor tehnologii reproductive*, Revista Română de bioetică, Vol. 1, nr. 2, aprilie-iunie 2003.

⁷ Singer P., *The expanding circle: Ethics and Sociobiology*, Farrar, Straus & Giroux, New York, 1981.

⁸ Tooley M., *Abortion and Infanticide*, în Singer P., editor, *Applied Ethics*, Oxford University Press, Oxford, 1986.

Susținătorii „dreptului la viață” (mișcarea pro-life) revendică drepturile fătului, care datorită inocenței și neajutorării, lui trebuie să fie apărat, iar susținătorii „dreptului de a alege” (mișcarea pro-choice) consideră că o respectare absolută a drepturilor fătului îl plasează într-o poziție superioară oricui, deși în realitate nimeni nu se bucură de o protecție completă a drepturilor sale.

Unii ezită în a acorda vreun drept embrionilor pentru că nu îi recunosc drept persoane, ci mai curând ființe umane sau organisme. Din această perspectivă embrionii sunt doar persoane potențiale, dar pentru că nu au rațiune sau memorie nu pot deține același statut ca și ființele umane care sunt persoane.⁹

Embrionul constituie principalul element al biotehnologiei umane. Modul în care se dezvoltă embrionul și în care se manifestă genele, precum și posibilitatea de a le modifica sau de a le influența, rămân în continuare în centrul preocupărilor cercetătorilor din întreaga lume. Dar cea mai acută problemă care se pune este aceea a legitimității experiențelor pe embrioni.

Problemele legate de manipularea genetică a celulelor embrionare, a țesuturilor și a altor părți ale embrionului, precum și folosirea lor ca surse de materie terapeutică și pentru experiențe stârnesc aprinse controverse.

Garanția protecției pe care o avem fiecare dintre noi, în virtutea căreia nu putem fi folosiți și nu se pot face experimente pe noi fără consimțământul nostru, derivă din diferențele de ordin moral care există între noi și restul ființelor și din trăsăturile morale relevante de care dispunem.

Din orice punct de vedere am aborda subiectul experiențelor pe embrioni, există un aspect pe care nu îl putem ignora, și anume **statutul moral al embrionului**.

Prelevarea de celule stem embrionare implică distrugerea embrionului. Aceasta explică în mare parte refuzul susținătorilor dreptului la viață de a accepta aceste tehnici chiar de la începutul practicării lor, precum și, *a fortiori*, de a crea ceva ce ei numesc „o ființă în devenire”. Viziunea susținătorilor acestei doctrine, sintetizată de membrii Universității Catolice din Louvain (Franța) și care reprezintă o încercare de a demonstra de ce este moralmente inacceptabilă autorizarea cercetărilor în acest domeniu, evocă prezența a patru elemente constitutive ale statutului etic al embrionului uman:¹⁰

Elementul biologic: chiar dacă nu se poate stabili obiectiv care este momentul în care, după fuzionarea gametilor, embrionul uman devine un individ „personalizat”, acesta aparține, prin natura sa biologică, speciei umane și deci nu va putea fi niciodată considerat un simplu material biologic, echivalent materialului animal.

Elementul relațional: Demnitatea asociată ființei umane nu este definită doar de natura sa biologică. Pentru a exista, un individ are nevoie de recunoaștere din partea celorlalți membri ai comunității umane. Astfel, demnitatea umană este o rezultată etică a civilizației, indispensabilă constituirii psihicului uman și societății umane.

Din această perspectivă, embrionul uman poate fi considerat o „potențialitate”, acceptat și recunoscut ca „persoană umană”. Aceasta nu înseamnă că ar fi posibilă realizarea acestei recunoașteri pentru fiecare embrion existent. Astfel, în cadrul fecundării in vitro, este necesară formarea de embrioni supranumerari pentru a se asigura nașterea unui produs de concepție (aceeași pierdere de embrioni survenind și în cadrul procreării naturale)

Elementul simbolic: Demnitatea persoanei, ca și creație culturală umană imaterială, nu capătă consistență decât prin prisma acțiunilor concrete care o simbolizează. Acest ansamblu

⁹ Ioan B., Gavrilovici C., Astărăstoae V., *Bioetica – cazuri celebre*, Ed. Junimea, Iași, 2005.

¹⁰ Sandra Franrenet, *Recherche sur les cellules souches humaines: Etat des lieux depuis la révision des lois de bioéthique de 2004*, Etudes et Synthèses, Paris, 2005.

simbolic formează un tot care depășește limitele ființelor umane existente. Toate limitările acestui suport simbolic, de exemplu manipularea a ceea ce a fost sau va fi uman (de la celule până la organe), riscă să ducă la diminuarea respectului efectiv față de ființele umane existente, aceasta fiind în mod special relevant în cazul embrionilor umani.

Alți teoreticieni ai eticii medicale consideră că atâta timp cât embrionul uman nu poate fi considerat, prin ceea ce reprezintă el, diferit semnificativ de alte ființe pe care le considerăm inferioare din punct de vedere moral, dacă nu are nici o reacție, nici o senzație și organele sale nu funcționează, nu avem suficiente motive pentru a-i conferi o importanță morală superioară. Deci singura variantă care ne mai rămâne de luat în calcul constă în potențialul său, în apartenența sa la rasa umană și în posibilitatea de a se dezvolta într-o ființă umană.

Împotriva acestui argument, al potențialului în favoarea semnificației morale a embrionului, se poate aduce în discuție faptul că, pentru a se transforma în ceva superior, o anumită entitate este supusă schimbărilor de tot felul și deci nu am avea nici un motiv să o tratăm ca și cum ar fi trecut deja prin aceste schimbări.

Pe de altă parte, ovulul și sperma la un loc, dar încă neunite, au același potențial ca și ovulul fecundat. Din acest punct de vedere este normal să considerăm că dacă există ceva care poate să devină un ovul fecundat, iar acest ovul fecundat poate să devină un embrion, atunci acel ceva are potențialul unui embrion. În plus, ovulele celor mai multe specii, inclusiv ale omului, pot fi stimulate să se dezvolte și fără fecundare. Acest lucru se întâmplă aleatoriu, putând fi o explicație pentru presupusele sarcini ale unor mame fecioare, partenogeneza neproducând însă decât embrioni de sex feminin.

În zilele noastre poate fi indusă o dezvoltare de tip partenogenetic la embrionii dezvoltați in vitro, fapt care demonstrează că ovulul uman poate fi considerat o etapă de sine stătătoare în dezvoltarea individului uman, la fel ca și embrionul, ambele conținând un potențial individ, care în condiții prielnice poate crește și ajunge la maturitate.¹¹

Embrionul uman - sursă de celule stem

Celulele stem umane sunt foarte heterogene din punct de vedere al modului lor de producere, al potențialului lor și mai ales din punctul de vedere al originii lor. În funcție de acest ultim aspect se disting celule stem adulte și embrionare. Celulele stem sunt cele care păstrează capacitatea de a reproduce celule identice lor, sau care se pot diferenția în unul sau mai multe tipuri tisulare (neural, hematopoietic, muscular, hepatic, osos, cartilagos etc.), în funcție de factorii de creștere și de mediul în care sunt cultivate.

Din punct de vedere al modului lor de producere, celulele stem pot proveni: din organe și țesuturi adulte, din sângele cordonului ombilical, de la feteși rezultați în urma întreruperilor de sarcină și de la embrioni. Acestea din urmă pot proveni fie de la embrioni supranumerari produși în cadrul fertilizării in vitro, fie de la embrioni produși cu scop științific, fie de la embrioni produși prin transfer celular (clonare).

Din punct de vedere al potențialului lor, *celulele stem* se împart în:

- *Totipotente*, capabile să permită dezvoltarea unui individ complet și a anexelor (placentă și membrane) indispensabile vieții intrauterine. Este cazul ovulului fecundat la zigot și al celulelor embrionare până la stadiul de 8 celule (blastomer). După acest stadiu, totipotența celulelor este pierdută.
- *Pluripotente*, capabile să formeze toate țesuturile organismului; sunt reprezentate în principal de celulele stem embrionare până la stadiul de blastocit (de la a V-a până la a VII-a zi după fecundare). Acestea nu sunt capabile să formeze placenta și membranele necesare unei sarcini viabile.

¹¹ Vicoleanu S. A., Carasevici B., *Aspecte etice ale cercetării pe embrioni umani*, Revista Română de bioetică, Vol. 5, nr. 2, aprilie-iunie 2007.

- *Multipotente*, prezente la nivelul ţesuturilor fetale sau adulte, pot da naştere mai multor tipuri de celule, dar sunt deja angajate într-un program tisular specific. Este cazul celulelor stem hematopoietice din măduva osoasă adultă şi a sângelui de la nivelul cordonului ombilical fetal, care sunt la originea tuturor celulelor sanguine (globule roşii, globule albe şi trombocite).
- *Unipotente*, care nu pot forma decât un singur tip de celule diferenţiate, cum ar fi keratocitele sau hepatocitele.

Cercetările au demonstrat că celulele stem embrionare au capacitatea de a se multiplica foarte rapid şi, mai important, de a se diferenţia în toate celulele corpului uman. Celulele stem adulte, în pofida caracteristicilor lor foarte interesante, nu oferă aceleaşi posibilităţi. Ele posedă o capacitate proliferativă limitată comparativ cu celulele embrionare, numărul lor diminuează cu vârsta şi plasticitatea lor este inferioară. Celulele somatice adulte produse la nivelul cordonului ombilical prezintă la rândul lor anumite inconveniente, deoarece sângele este prezent în această zonă doar în cantităţi foarte mici, astfel că numărul celulelor este limitat.¹²

Embrionii umani folosiţi în cercetare sau în scopuri terapeutice provin în primul rând dintre cei crescuţi în vitro, chiar dacă unii au fost prelevaţi de la mamă, nu ca ovule, ci ca embrioni în faza iniţială după ce au fost fecundaţi în vivo. O a doua sursă o constituie cea a embrionilor proveniţi din avorturi.

În funcţie de scopul pentru care au fost dezvoltaţi, embrionii crescuţi în vitro se împart de asemenea în mai multe categorii:

- embrioni normali, dezvoltaţi în vederea implantării la o mamă;
- embrioni de rezervă proveniţi în urma tratamentului hormonal care produce supraovulaţia la femei; aceşti embrioni de rezervă pot fi normali sau anormali, dar de cele mai multe ori nici cei normali nu ajung să fie implantaţi deoarece sunt mai mulţi decât ar fi necesar;
- embrioni prelevaţi de la femeile care doresc să fie sterilizate şi sunt întrebate dacă sunt de acord să-şi doneze ovulele pentru cercetare. Aceste ovule sunt ulterior fecundate şi embrionii rezultaţi constituie grupul „embrionilor de cercetare”.

Între embrionii de rezervă şi cei de cercetare există o singură diferenţă, şi anume că embrionii de rezervă sunt produşi pentru a creşte probabilitatea de reuşită a unei sarcini, iar ceilalţi sunt produşi pentru a face diverse studii sau pentru a oferi o sursă de ţesut şi de celule în scopul unor cercetări efectuate pentru descoperirea remediului anumitor boli.¹³

Din perspectiva etică în literatura de profil nu sunt percepute diferenţe semnificative între cele două categorii de embrioni deoarece, aşa cum se ştie, preţul producerii unei naşteri vii într-o relaţie sexuală normală reprezintă statistic pierderea între unu şi trei embrioni în avorturile spontane timpurii sau în imposibilitatea de a face un implant corect. Aşadar, se consideră ca dacă nu e nimic greşit în încercarea de a face copii cu acest preţ, atunci nu poate fi rău nici să încerci salvarea vieţilor unor oameni cu acelaşi preţ.¹⁴

Soarta „excesului de embrioni” rezultat în urma tehnologiilor de fertilizare în vitro reprezintă o problemă etică majoră. Conflictul dintre dreptul la procreere al cuplului steril şi dreptul la viaţă al acestor embrioni este foarte acut, generând poziţii etice radical antagonice vis-a-vis de noile tehnici reproductive, mai ales din partea Bisericii. Într-adevăr, nici una din

¹² Sandra Franrenet, *Recherche sur les cellules souches humaines: Etat des lieux depuis la révision des lois de bioéthique de 2004*, Etudes et Synthèses, Paris, 2005.

¹³ Vicolleanu S. A., Carasevici B., *Aspecte etice ale cercetării pe embrioni umani*, Revista Română de bioetică, Vol. 5, nr. 2, aprilie-iunie 2007.

¹⁴ Dyson, A., Harris, J., *Experiments on Embryos*, Routledge & Kegan, London, 1999.

variantele propuse nu este satisfăcătoare din punct de vedere bioetic: congelarea embrionilor, cu păstrarea lor în „bănci de embrioni”, cu eventuala donare ulterioară unui alt cuplu steril; donarea pentru scopuri de cercetare medicală; distrugerea (echivalentă cu un avort); utilizarea în scopuri comerciale, în cadrul industriei cosmetice.¹⁵

Statele Unite au adus în discuție o altă cale în ceea ce privește cercetarea pe celule stem embrionare: aceea în care prelevarea celulelor s-ar putea realiza fără a vătăma embrionii și care, în consecință, ar putea aduce mai multe fonduri federale pentru cercetarea în domeniu. În acel moment, conform unei decizii prezidențiale din anul 2001, în Statele Unite acordarea de fonduri federale pentru cercetarea pe celule stem embrionare era limitată la cercetarea pe liniile celulare deja existente, logica fiind „nu mai distrugeți noi embrioni, folosiți ce ați distrus deja”.

Tema cea mai fierbinte de dezbatere pentru factorii de decizie, eticieni și cercetători se referă la modul în care pot fi utilizate celulele stem embrionare.

3. Dileme etice în reproducerea umană asistată medical

Noțiunea de reproducerea umană asistată medical

În practica medicală, plecând de la tratamentul infertilității de cuplu, s-au impus noi termeni, cum ar fi reproducerea asistată medical, procreerea asistată medical, procreerea fără raport sexual.

Jacques Monod scria: "Pentru a face un copil trebuie să existe trei elemente: o femeie, sperma și mediul". La ora actuală, prin disocierea sexualității de procreere, realitatea a depășit cu mult această afirmație.

Termenul de procreare a apărut după 1985, ca rezultat al aplicării noilor tehnici de reproducere umană asistată și al apariției unor noi noțiuni: donatori de gameti, bănci de gameti, donatori de embrioni, maternitate de substituție, mama purtătoare etc.

Termenul de *reproducerea umană asistată medical* se referă la metodele utilizate pentru a obține o sarcină prin mijloace artificiale sau parțial artificiale. Ea este reprezentată de procedurile prin care gameții sunt manipulați în vederea obținerii unei sarcini. La aceste procedee apelează cuplurile infertile, fie că infertilitatea este masculină, feminină sau ambele.

Procedee de reproducere umană asistată

- **inseminarea artificială** – cu sperma partenerului sau obținută de la un donator;
- **fertilizarea in vitro** - ovulul și spermatozoidul sunt puse în contact in vitro (în laborator), iar embrionul rezultat este introdus ulterior în cavitatea uterină;
- **transfer intratubar de gameți** – ovulele prelevate și sperma preparată sunt introduse laparoscopic la nivelul trompei uterine;
- **transferul intratubar de zigoti** – o combinație între fertilizarea in vitro și transferul intratubar de gameți prin care ovulul este fecundat în laborator și apoi transferat laparoscopic în trompă;
- **injectarea intracitoplasmică de spermă** – prin care ovulul este fecundat utilizând un singur spermatozoid, care va fi injectat intracitoplasmatic, zigotul este incubat timp de câteva zile și apoi transferat în uter.

Materialul genetic poate proveni de la partenerii din cuplu, de la unul dintre parteneri (în cazul donării de spermă, de ovocite, sau în cazul maternității de substituție), sau este posibil ca părinții biologici, cei genetici și cei legali să fie total diferiți (de exemplu în cazul donării de embrion).

¹⁵ Morar S., Dura H., *Coordonate etice ale reproducerii asistate medical*, Revista Română de bioetică, Vol. 3, nr. 3, iulie-septembrie 2005.

Probleme etice și juridice în reproducerea umană asistată medical

La ora actuală, circa 10% din cupluri sunt infertile. Aceștia le rămân câteva opțiuni: să nu aibă copii, să adopte unul sau mai mulți copii, sau să profite de tehnicile de reproducere umană asistată.

Implicațiile juridice, morale și religioase sunt însă multiple. Deși majoritatea tratamentelor pentru infertilitate se adresează unor relații închise, se poate ajunge la situații în care chiar și cinci adulți să joace diferite roluri parentale: părinții genetici (donori de spermă și ovule), mama gestațională și părinții legali.

Fiecare dintre părțile implicate are propriile sale interese și vulnerabilități, dar, fără îndoială, produșii de concepție sunt cei mai vulnerabili, deoarece ei nu pot consimți la nici unul dintre aranjamentele care le preced, sau uneori le succed nașterea, și care vor avea profunde implicații asupra dezvoltării și identității lor ulterioare. Acesta este motivul pentru care se consideră că interesul potențialilor produși de concepție trebuie să stea în centrul tuturor hotărârilor reproductive.

Principalele probleme etice și juridice ridicate de tehnologiile reproductive sunt legate de următoarele aspecte:

1. Consimțământul

Consimțământul informat implică dezvăluirea completă și corectă a tuturor rezultatelor și riscurilor potențiale, medicale și emoționale, dar uneori lipsa informațiilor suficiente împiedică realizarea completă a informării și implicit a unei alegeri informate reale. În toate situațiile trebuie obținut consimțământul participantilor. Problema este dacă acesta trebuie să fie dat verbal sau scris, iar în cazurile în care acordul scris nu este cerut de lege, se pare că din punct de vedere psihologic este preferat consimțământul oral.

Consilierea poate ajuta pacienții în a face aceste alegeri de viață cu implicații profunde și să-i pregătească în mod realist pentru eventuale rezultate nedorite cum ar fi complicații medicale, sarcini multiple, pierderea sarcinii sau neobținerea unei sarcini. Dacă există riscul unei boli ereditare transmisibile, cuplul trebuie atenționat că poate avea un copil cu această boală.

2. Recrutarea și selecționarea donatorilor

Drepturile donorului: Identitatea donorului trebuie să rămână anonimă. Recipientii nu au dreptul de a afla sau de a solicita date de identificare a donorului din alte surse, iar donorul nu va avea nici o obligație față de produsul de concepție. În scopul menținerii anonimatului donatorilor, există tendința nefericită de a distruge dosarele acestora. Tot în acest scop se practica uneori utilizarea unui amestec de spermă, provenind de la mai mulți donori. Toate aceste metode sunt însă în detrimentul copilului.

Drepturile recipientilor: Recipientii trebuie informați cu privire la limitările și potențialele complicații pe care le implică donarea de spermă, pentru că aceasta nu este întotdeauna încununată de succes și pot fi necesare anumite tratamente adiționale. Băncile de spermă nu pot garanta că spermă pe care o furnizează nu este purtătoare vreunei boli sau anomalii genetice, aceasta pentru că testările genetice și metodele de screening pentru maladii, deși avansate și cu grad mare de sensibilitate, nu sunt complet sigure. Recipientii trebuie să înțeleagă că sunt deplin responsabili de produsul de concepție rezultat în urma utilizării spermei donate.

Etica selectării donatorilor: Băncile de spermă au criterii foarte variate de selecție a donatorilor. Toate sunt foarte selective, dar unele mai mult decât altele. De exemplu, California Cryobank acceptă numai donori care sunt studenți sau absolvenți de studii universitare și care sunt îngrijiți, înalți, heterosexuali și cu vârste cuprinse între 19 și 34 de ani, pe când CryoGam Colorado oferă un bazin genetic „normal” și filosofia lor reflectă lipsă de interes pentru elitism.

Diferența dintre aceste două tipuri de ofertanți ridică întrebări în domeniul eticii: nu este ultra-selecția donatorilor de spermă o formă de eugenie? Până în momentul de față această dilemă nu a fost rezolvată. Băncile de spermă pot să aplice orice criterii de selecție, atâta timp cât asigură standardele de laborator și respectă regula consimțământului informat.

Unii autori au recomandat folosirea de spermă de la fratele sotului, când acesta exista (în intenția de a păstra anumite caractere și "linia sanguină" a familiei). Oponându-se, alții au afirmat ca medicii nu ar trebui să accepte sugestia ca fratele soțului să fie folosit ca donator fără ca soția să știe, aceasta fiind o violare a confidențialității maritale, punct de vedere însușit de comitetele de bioetică.

Canitatea de spermă pe care să o doneze un bărbat: Dacă din spermă unui donator se nasc prea mulți copii, riscul de cosangvinitate crește. Au existat situații în care persoane concepute de același tată s-au căsătorit neștiind că sunt rude. De aceea toate băncile de spermă limitează la zece numărul de copii concepuți cu spermă unui donator.

3. Diagnosticul genetic preimplantator

Diagnosticul genetic preimplantator permite părinților să afle diagnosticul unor maladii ale viitorului copil înainte de inițierea sarcinii, evitând astfel eventuale întreruperi de sarcină considerate necesare pe parcursul sarcinii. În ciuda consensului conform căruia diagnosticul genetic ar trebui focalizat mai degrabă pe maladii grave, acesta este folosit și pentru diferențierea unor caracteristici cum ar fi sexul sau particularități morfologice ale viitorului copil.

4. Confidentialitatea

Medicul este obligat să nu divulge nici identitatea donatorului pacientei sale și nici invers. În condiții excepționale, tribunalul îi poate cere să dezvăluie astfel de informații.

5. Donarea de ovocite

Obținerea de ovocite este mult mai dificilă, presupune un tratament de inducere și monitorizare destul de greu de suportat și implică un act chirurgical. În plus, semnificația noțiunii de "donor" nu e aceeași pentru că, în acest caz, este vorba despre donarea de la o femeie altei femei și nu de la un bărbat la o femeie. Maternitatea în donarea de ovocite este certă din punct de vedere biologic (femeia fiind cea care duce sarcina și naște), donarea fiind deci doar mama genetică.

6. Donarea de embrion

Donarea de embrion este o formă de adopție anticipată care ar putea evita distrugerea embrionilor supranumerari. Pentru cuplul donator situația este delicată, embrionii donați fiind "frați și surori potențiali" ai propriilor copii. Comisiile etice se găsesc în fața unor probleme și implicații mult mai largi, iar luarea deciziilor este mult mai grea și mai îndelungată. De altfel, în numeroase țări, este interzisă donarea de embrioni. Indicațiile medicale sunt puține și bine definite, fiind reprezentate de cazurile de dublă sterilitate sau sterilitate la un partener asociată cu o boală genetică gravă la celălalt.

7. Maternitatea de substituție

Sinonime pentru noțiunea de maternitate de substituție sunt: femeie-purtătoare, mama-purtătoare, maternitate pentru alții, contract de sarcină, sarcină pentru altul, mama-surogat. Surogatul se practică din cele mai vechi timpuri și poate fi considerată o formă alternativă de reproducere asistată, dar nu este o procedură la fel de comună ca și celelalte. El constă în acceptul unei femei de a purta o sarcină (implantarea unui embrion) la cererea unui cuplu steril și în angajamentul acesteia de a ceda necondiționat, după naștere, nou-născutul cuplului cu care a încheiat contractul.

Maternitatea de substituție este indicată în următoarele situații:

- femeia din cuplu prezintă o malformație uterină ce face imposibilă păstrarea sarcinii sau a suferit o histerectomie;

- femeia din cuplu prezintă o afecțiune care face ca sarcina să-i pună în pericol sănătatea sau viața;
- femeia din cuplu urmează un tratament ce pune în pericol dezvoltarea embrionului și a fătului;
- un bărbat dorește să aibă un copil dar nu are parteneră;

Argumentele în favoarea acestei proceduri au la bază autonomia cuplului care apelează la această procedură, și care este considerat îndreptățit să recurgă la orice formă de înțelegere, atâta timp cât aceasta nu dăunează nimănui. Unii autori susțin că copilul și mama surrogat pot fi protejați în mod adecvat dacă reglementările și controlul sunt bine stabilite și practicate.

Argumentele contra sunt bazate în principal pe două probleme: cel mai bun interes al copilului și drepturile și sentimentele mamei surrogat.

Unele dintre dilemele de ordin legal, moral și etic sunt următoarele:

- Ce se întâmplă dacă mama surrogat sau cuplul beneficiar se răzgândesc?
- Ce se întâmplă în caz de pierdere a sarcinii sau de sarcină multiplă?
- Ce se întâmplă dacă copilul prezintă anomalii severe?
- Care sunt drepturile copilului?

Una dintre cele mai serioase probleme care se ridică este cea a *filiației copilului*, deoarece în cazul maternității de substituție apare o disociere clară între graviditate și maternitate și o adopție antenastere.

Dacă ovulul și spermatozoizii provin de la membrii cuplului steril, echivalarea din punct de vedere social și legal cu adopția sau chiar cu filiația biologică poate fi acceptată.

În alte cazuri ovulul poate proveni de la o altă femeie sau chiar de la mama purtătoare. Pentru a se accepta adopția nu este necesar consimțământul mamei? Care este mama?

Considerând că maternitatea este dovedită de actul nasterii, nou născutul este inițial fiul mamei purtătoare, așadar pentru ca acesta să fie "livrat" cuplului care l-a comandat este necesar consimțământul acesteia.

Atunci când se practică inseminarea artificială (sau fertilizarea *in vitro*) cu donor anonim survine o disociere între paternitatea biologică și cea legală. Situația poate deveni mai complexă dacă mama purtătoare este căsătorită și sotul are la nașterea copilului pretenții de paternitate.

Particularități etice ale fertilizării in vitro

Procesul fertilizării *in vitro* necesită suprastimularea ovarelor femeii pentru obținerea unui număr mai mare de ovule, cu scopul creșterii probabilității fertilizării. Aceasta "supraovulație" aduce frecvent dileme morale:

- Care sunt efectele secundare ale hiperstimulării ovariene?
- Ce se întâmplă cu ovulele fertilizate *in vitro*?

Dacă toate ovulele rezultate vor fi fertilizate, va rezulta un număr mare de embrioni, mai mare decât necesarul pentru implantare. În acest caz, câți embrioni vor fi aleși pentru implantare și cum se va face aceasta alegere?

Pentru a crește rata succesului fertilizării *in vitro*, medicii vor implanta mai mulți embrioni în uterul femeii. Nu toți embrionii implantați rezistă, dar oricum tratamentul duce la sarcini multifetale. O sarcină multifetală creează un pericol fizic, atât pentru mama cât și pentru fete. Numărul prea mare de embrioni determină frecvent naștere prematură, punând copiii în pericol fizic și psihic.

Medicii preferă obținerea unor sarcini multifetale din care ulterior pot selecta 1, 2 sau 3 embrioni sănătoși, care își vor continua dezvoltarea, restul fiind supuși reducției embrionare. Reducția embrionară este catalogată drept avort și intră în conflict cu principiile morale și ale bisericii.

Daca numai cativa embrioni vor fi implantati, atunci ce se întâmplă cu "excesul" de embrioni, adica cu cei neimplantati?

În ultimii ani, riscul de sarcina multipla a fost diminuat prin renuntarea la tehnicile de transfer intrafalopian de gameți sau de zigoți în favoarea fertilizării in vitro cu injectare intracitoplasmică de spermă.

În afara celor amintite deja, alte întrebări suscită interes și dezbateri aprinse:

- Părinții singuri sau cuplurile homosexuale ar trebui sa aibe acces la tehnicile de reproducere asistată?
- Poate vârsta părinților potențiali să fie un criteriu de selecție al candidaților?
- Ar trebui evaluată stabilitatea cuplului, respectiv a familiei în care viitorul copil urmează să intre?
- Trebuie sau nu păstrat anonimatul donatorilor?
- Cât timp ar trebui stocați în bănci gameții și embrionii?
- Ar trebui ca gemenii genetici să fie purtați separat, de mame diferite sau la intervale de timp diferite?

4. Aspecte bioetice legate de avort

Definitii, clasificari

Prin avort (lat: ab = fără, ortus = naștere) se înțelege în general întreruperea sarcinii prin eliminarea spontană sau provocată a fătului din cavitatea uterină înainte de termenul de gestație, având drept efect moartea acestuia.

În Dicționarul Explicativ al Limbii Române, avortul este definit ca fiind "întreruperea accidentală sau provocată a gravidității înainte ca fătul să poată trăi în afara organismului matern".

Definiția OMS este: „terminarea (oprirea) sarcinii înainte de 22 de săptămâni de gestație și expulzarea unui făt nou-născut care cântărește mai puțin de 500 grame (n.n. - adică un făt neviabil).

Conform legislației românești în vigoare, avortul este definit ca „terminarea sarcinii înainte de 28 săptămâni de gestație, după data primei zile a ultimei menstruații normale, și expulzarea unui făt nou-născut care cântărește mai puțin de 1000 de grame.”

Avorturile se clasifică în:

- avort spontan;
- provocat: - terapeutic
 - la cerere
 - delictual

Avortul la cerere (avortul indus), la care vom face referire în cele ce urmează, poate fi clasificat în:

- indus în condiții sigure (medical medicamentos, chirurgical, alte metode medicale);
- indus în condiții nesigure.

Organizația mondială a sănătății (OMS) definește avortul în condiții nesigure drept "un procedeu de întrerupere prematură a sarcinii realizat fie de către indivizi neinstruiți cu echipament inadecvat și primejdios, fie într-un mediu care nu se conformează standardului minim de igienă, sau ambele situații."

Istoric

În antichitate

- exista dovezi care indică faptul că sarcinile nedorite erau intrerupte prin diverse metode incepand cu administrarea unor ierburi cu efect abortiv si pana la diverse obiecte ascutite si taioase sau aplicarea presiunii abdominale.

- primul text care sancționează avortul a apărut în legile asiriene, femeia fiind pedepsită prin tragere în țeapă urmată de neîngăduirea înmormântării ei.
- În Grecia antică, Aristotel recomandă infanticidul și avortul: “Spre a alege pe copiii ce trebuie lepădați și pe aceia ce trebuie crescuți, va trebui să se interzică printr-o lege, de a avea vreodată grijă de cei ce se vor naște cu defecte; cât despre numărul copiilor, dacă moravurile stau în calea lepădării directe și dacă unele căsnicii devin fecunde peste limita impusă populației prin lege, va trebui să se provoace avortul, mai înainte ca embrionul să fi primit viață și simțire. Crima ori nevinovăția acestui fapt atârna numai de această condiție a vieții și simțirii.”
- Hipocrate, în jurământul său, afirmă: “nu voi da niciunei femei un pesar care să provoace avortul”. El mai afirma și că pericolele avortului provocat “sunt mai mari pentru femeia care avortează” pentru că “violența este rea, ducând la riscul ulcerăției sau inflamației matricei.”
- împăratul Constantin (319 e.n.) a interzis infanticidul iar împăratul Justinian (692 e.n.) asimilează avortul cu omuciderea.

În Evul Mediu

- medicii islamici au strans informații detaliate despre metodele de controlare a nasterilor, comentând eficiența și prevalența lor. Acestea au apărut în enciclopediile medicale ale vremii, cum ar fi în Canonul Medicinii (1025 e.n.) al lui Avicenna care descria 20 de metode și în Hawi (secolul 10 e.n.) al lui Muhammad Zakariya, care descria 176 de metode de avortare.
- în Europa, între secolele V-XII numeroase Concilii Bisericești au condamnat avortul;
- în Franța, Henric al II-lea decretează că ascunderea sarcinii este un delict, iar avortul se pedepsește cu moartea.

În epoca modernă

- Primele conducătoare ale mișcării feministe au fost împotriva avortului. Astfel, Susan B. Anthony considera avortul o crimă și îl vedea ca un mijloc de exploatare a femeilor și copiilor, iar Alice Paul, care a elaborat versiunea originală a Amendamentului Drepturilor Egale, spunea despre avort că este cea mai gravă formă de exploatare a femeii.
- URSS (1920) devine prima țară care a liberalizat avortul. Ea este urmată de China în 1957.
- în anii '60 în SUA și Europa occidentală, în principal sub influența curentului feminist, perspectivele asupra avortului se modifică.

În România

- în Codurile Penale elaborate în 1865 și 1937, avortul provocat era considerat o infracțiune și se pedepsea prin lege; era permis avortul terapeutic.
- în 1957 – se legitimează avortul la cerere (guvernul Gheorghiu-Dej);

Ca și majoritatea țărilor din estul Europei, România are o îndelungă istorie de recurgere la avort care, în combinație cu metodele tradiționale de contracepție, a fost responsabil de declinul rapid al fertilității în anii 1950. Chiar înainte de a se legaliza avortul în 1957, se utilizau pe scară largă avorturile clandestine, realizate de medici sau de alte persoane ce se ocupau în mod tradițional de astfel de intervenții, pentru a se evita consecințele unei sarcini nedorite.

- În anii 1957-1965, întreruperea de sarcină efectuată în condiții legale a fost principala metodă de dirijare a fertilității în România.
- prin Decretele 770/1966 și 441/1985 ale regimului comunist, avortul la cerere se interzice. Femeia putea solicita avort la cerere doar dacă se întrunea una din următoarele condiții:

- avea cel puțin 4 copii (5 copii începând cu 1985);
- avea peste 40 ani (peste 45 de ani din 1985);
- suferea de o boală gravă care se poate transmite ereditar și/sau cauza malformații congenitale;
- suferea de o dizabilitate fizică și/sau psihică incompatibilă cu creșterea normală a unui copil;
- sarcina îi pune viața în pericol;
- sarcina era rezultatul unui viol sau incest.

Consecințele imediate ale Decretului 770-1966 au fost o dublare a ratei natalității și o scădere drastică a numărului de avorturi, dar niciodată sub 180.000 pe an, deoarece, în ciuda restricțiilor legale rigurose aplicate și a consecințelor serioase asupra sănătății, în câțiva ani s-a dezvoltat o adevărată industrie a avorturilor clandestine, înmulțindu-se și dramele inerente practicării lui: studii retrospective au arătat că în perioada 1966-1989 la fiecare 12 ore o femeie murea în urma unui “avort în condiții nesigure” așa cum apare el definit actualmente de OMS, și a cărui multiple complicații, unele potențial letale, sunt prezentate mai jos.

- prin Decretul/Lege nr. 1 din 26 Decembrie 1989 (imediat după Revoluție) avortul la cerere a devenit legal în primele 12 săptămâni de sarcină

Consecința imediată a fost că în perioada 1990-1992 rata avortului indus la cerere în România a atins cel mai ridicat nivel din lume – aproape 200 avorturi la 1000 de femei (între 15-44 de ani), aceasta corespunzând unei rate de aproape 3 avorturi provocate la fiecare născut viu pentru aceeași perioadă (conform unui raport al Ministerului Sănătății, 1993). În ciuda unor scăderi treptate în următorii ani, cu o medie de 3,2 avorturi pentru fiecare naștere cu făt viu la nivelul anilor 1990, procentul de avorturi din România rămâne și astăzi foarte ridicat. În România, din anul 1957 (legalizarea avortului) și până în anul 2010, statisticile arată un număr de 21.547.891 avorturi la cerere.

Legislație actuală

Legislație internațională

La ora actuală (ca de altfel în toate perioadele istorice precedente) nu există o lege universală, respectiv o atitudine unitară în ceea ce privește avortul la cerere. Motivele sunt multiple, cercetătorii acestui domeniu subliniind în principal:

- diversitatea modelelor legislative, printre care unele în care lipsește legislația referitoare la avort;
- puternicele influențe religioase și culturale asupra juridicului;
- diversitatea de opinii la nivel internațional în ceea ce privește dreptul la viață, dreptul la libertate al persoanei, dreptul la siguranță, dreptul la sănătate reproductivă;
- motive politice, demografice, economice (de ex.: inegalitatea distribuției serviciilor medicale);

Principalele modele legislative în ceea ce privește reglementarea avortului la cerere sunt:

- Modelul prohibitiv: avortul la cerere este interzis;
- Model permissiv: avortul la cerere este legal doar cu permisiunea medicului și/sau autorităților statului;
- Modelul liber: avortul la cerere este legal, cu restricții foarte puține care țin de apărarea sănătății mamei;
- Modelul prescriptiv: impune sau recomandă efectuarea avorturilor anumitor persoane sau îl recompensează/penalizează.

În țările UE, în ceea ce privește legislația cu privire la avort, există 3 modele legislative:

- țări care restricționează drastic avortul (Malta, Irlanda, Polonia)
- țări în care se pot face avorturi în anumite condiții, mai relaxate (Cipru, Finlanda, Luxemburg și Marea Britanie)

- țări în care avortul este disponibil la cerere (restul statelor UE)

Limita de vârstă a sarcinii este în general săptămâna 12. Excepții fac: Slovenia, Portugalia (săptămâna a 10-a), România (săptămâna a 14-a) și Suedia (săptămâna a 18-a).

Legislația în România:

Conform articolului 185 Cod Penal, întreruperea de sarcină la cerere este permisă în primele 14 săptămâni de sarcină, numai în cadrul instituțiilor medicale sau cabinetelor medicale autorizate, de către un medic specialist. Încălcarea acestei legi se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 3 ani.

Se pedepsește de asemenea:

- întreruperea cursului sarcinii fără consimțământul femeii însărcinate
- dacă în plus s-a cauzat femeii însărcinate vreo vătămare corporală gravă
- dacă fapta a avut ca urmare moartea femeii însărcinate,

Dacă fapta a fost săvârșită de medic, pe lângă pedeapsa închisorii, se va aplica și interdicția exercitării profesiei de medic.

Nu se pedepsește întreruperea cursului sarcinii efectuată de medic:

- a) dacă întreruperea cursului sarcinii era necesară pentru a salva viața, sănătatea sau integritatea corporală a femeii însărcinate, de la un pericol grav și iminent și care nu putea fi înlăturat altfel;
- b) când întreruperea cursului sarcinii se impunea din *motive terapeutice*;
- c) când femeia însărcinată s-a aflat în *imposibilitate de a-și exprima voința*, iar întreruperea cursului sarcinii se impunea din motive terapeutice.

Avortul este legal după 14 săptămâni în condiții speciale care cuprind: produsul de concepție rezultat în urma unui viol și/sau incest, precum și malformații congenitale grave ale fătului incompatibile cu viața sa extrauterină sau care duc la afectare psihică și/sau fizică severă.

În proiectul de lege privind sănătatea reproducerii și reproducerea umană asistată, adoptat de Camera Deputaților, la Art. 7, se precizează că “orice femeie are dreptul să solicite și să i se efectueze întreruperea voluntară a sarcinii până la o vârstă cronologică a sarcinii de 14 săptămâni de la prima zi a ultimei menstruații.

Unitățile medicale publice sau private care oferă servicii de întrerupere a sarcinii vor asigura condițiile de siguranță și calitate, incluzând metoda aspirației cu vid electrică, manuală sau metoda medicamentoasă pentru întreruperea sarcinii, dacă nu este indicată o altă metodă.

Fiecare femeie, care efectuează o întrerupere de sarcină, trebuie să fie informată corespunzător în vederea luării unei decizii informate, care trebuie documentată sub forma unui consimțământ informat scris .

Informarea este obligatorie și trebuie să cuprindă:

- alternativele întreruperii de sarcină;
- drepturile de care beneficiază femeile gravide;
- tehnicile de efectuare a întreruperii de sarcină și riscurile potențiale ale fiecărei proceduri, inclusiv cele referitoare la anestezia folosită;
- complicațiile și sechelele posibile;
- opțiunile de contracepție după întreruperea sarcinii.

Partenerii de cuplu au dreptul, la cerere, să participe la acordarea serviciilor de informare și consiliere privind întreruperea cursului sarcinii.

Orice femeie care a beneficiat de întreruperea cursului sarcinii are dreptul, în primele 6 luni de la întrerupere, la mijloace gratuite de contracepție.

Complicațiile avortului chirurgical

Complicațiile avortului chirurgical (prin vacuum-aspirație, dilatare și chiuretaj, dilatare și evacuare) pot fi imediate, precoce sau/și tardive:

Complicațiile imediate, survin în primele câteva ore de la avort:

- hemoragia uterină;
- perforația uterină: este o complicație de temut, ea poate apărea în timpul histerometriei (măsurarea uterului cu ajutorul histerometrului), a dilatării sau a chiuretajului;
- leziunea colului uterin;
- complicații anestezice;
- embolismul: se pot dezvolta 3 tipuri de emboli potențial letali: trombi sanguini, de aer sau de lichid amniotic. Moartea intervine prin colaps cardiovascular, hemoragie și comă.

Complicațiile precoce apar după primele 3 ore, până la 28 de zile după avort:

- retenția produsului de concepție: rămâne una din cele mai importante cauze ale morbidității post-abortum, având ca rezultat infecția sau hemoragia, sau ambele;
- infecția (deseori asociată retenției de țesuturi fetale) este cea de-a doua complicație importantă din cele precoce.

Complicațiile tardive se manifestă după 28 zile de la avort:

- anomalii menstruale;
- infertilitatea sau sterilitatea secundară (prin inflamația post-avort a trompelor uterine cu ocluzia acestora);
- avortul spontan;
- sarcina ectopică: aproximativ 1% din avorturile provocate vor avea o infecție post-avort, ceea ce predispune la un risc crescut de sarcini ectopice la o concepție ulterioară;
- imunizarea Rh: se poate dezvolta la femeile Rh negative, prin pătrunderea hematiilor fetale în circulația maternă în timpul actului operator. Acest risc crește odată cu creșterea vârstei gestaționale;
- naștere de feți vii: este, desigur, mai frecventă în al doilea trimestru de sarcină (făt de 3-6 luni). Se întâmplă când medicul a subestimat vârsta sarcinii, iar aceasta este mare.
- mortalitatea (prin complicații potențial letale);
- efectele psihice (sindromul post-abortum);

Sindromul post-abortum se poate manifesta prin:

- sentimente de respingere față de partener (probleme în relație)
- reacții depresiv-anxioase
- sentimente de vinovăție (care pot fi foarte intense)
- labilitate emoțională (plâns nemotivat, iritabilitate crescută)
- scăderea capacității de concentrare
- criză de identitate
- tulburări de somn, coșmaruri, vise obsesive
- "sindromul de aniversare" (simptomele se accentuează în preajma "aniversării" datei avortului și/sau a datei la care ar fi trebuit să se nască copilul avortat)
- atenție exagerată la femei gravide, copii mici, sau dimpotrivă.
- inhibarea vieții emoționale
- fenomene somatice: migrene, dureri în micul bazin
- o nouă sarcină compensatorie
- teama de a fi pedepsită prin accidente ale altor copii
- abuz de medicamente, alcool, droguri

Femeile cu risc mai crescut de a dezvolta sindrom post-abortum sunt:

- femeile tinere și adolescentele
- femeile necăsătorite sau în relații neconsolidate

- femeile care amână avortul până la vârste înaintate de gestație
- femeile care avortează după ce au născut.
- cele care au avut sentimente ambivalente cu privire la sarcină
- cele care au fost presate de anturaj să ia această decizie
- cele cu probleme emoționale preexistente
- dacă există conflicte de valori (ex.: valori religioase).

Dileme etice legate de avortul la cerere; problematica psiho-socio-culturală; tendințe și concepte actuale

Este morală întreruperea sarcinii la cerere sau în caz de boli grave ale fătului? Această problema are numeroase conotații morale și religioase, și a fost reglementată politic în mod diferit de state diferite. Extremele sunt reprezentate, pe de o parte, de China, care duce o politica agresivă de limitare a creșterii populației, inclusiv printr-o politica pro-avort, și, pe de alta parte, de statele islamice, în care atât avortul la cerere cât și cel în scop terapeutic sunt strict interzise de lege. În Europa, majoritatea statelor au legalizat avortul, dar aplică concomitent politici de limitare a acestuia, prin promovarea metodelor de planificare familială și contracepție.

ONU anunța în anul 2011 că:

- 97% din țările de pe glob permit avortul pentru salvarea vieții mamei;
- 49% din țări accepta avortul în caz de viol sau incest;
- 29% din țări (inclusiv America, Spania și majoritatea țărilor europene) efectuează avort doar pe baza cererii femeii.

Aproape jumătate din avorturi sunt efectuate în condiții nesigure, iar 98% din cele nesigure au loc în țări în curs de dezvoltare. În lumea în curs de dezvoltare, 56% din toate avorturile sunt nesigure; la polul opus se află lumea dezvoltată – cu un procent de 6%.

În SUA avortul la cerere (legal) determină 0,6 decese/100.000 proceduri. Global, avortul nesigur este responsabil pentru o rată de deces de 220/100.000 proceduri (de 350 de ori mai mare decât rata deceselor prin avort legal în SUA) iar în Africa (regiunea de sub deșertul Sahara) rata este de 400 decese/100.000 proceduri (460 de ori mai mare). Anual, 8,5 milioane de femei suferă de complicații medicale post-avort, iar 3 milioane din acestea nu primesc atenție medicală (estimări OMS din 2005).

Incidența avorturilor variază, în principal, în funcție de doi factori:

- legislația cu privire la avortul indus (dacă este restrictivă sau liberală);
- accesul și atitudinea față de măsurile contraceptive.

Astfel, în medie, incidența avortului este similară în țările cu legislație restrictivă comparativ cu cele cu acces mai liberal la procedeu; asta cu mențiunea că legislația restrictivă este asociată cu o creștere în procentajul de avorturi nesigure.

Cauzele sociale, psihologice sau de altă natură pentru recurgerea la avort au fost clasificate astfel :

1. Cauze ce tin de statutul social al mamei sau al tatalui:

- vârsta scăzută a mamei;
- rezultat al unei relații intamplatoare sau care durează dar care nu are șansa să se finalizeze printr-o căsătorie

2. Cauze economice:

- sărăcia,
- lipsa de condiții elementare de locuit;
- somajul,
- teama părinților că nu își vor putea crește copiii în condiții atât de cât civilizate.

3. Slabă socializare a tinerilor pentru rolul de părinți: egoismul cu toate formele lui de manifestare; starea psihologică sau medicală a părinților sau a unuia dintre părinți

4. Rolul opiniei publice, a anturajului (parinti, rude, prieteni, anumiți "sfatuitori").

Un studiu recent cu privire la motivele pentru care femeile recurg la întreruperea la cerere a sarcinii în România, arată, în ordinea frecvenței, următoarele motivații:

- nu își doresc un copil ("momentul era nepotrivit, aveam alte priorități") - 35%
- Presiune din partea celorlalți - 16%
- Lipsuri materiale - 13%
- Au deja numărul dorit de copii - 13%
- Teamă de a nu fi o mamă bună - 7%
- Rușine (prea tânără/bătrână/necăsătorită) - 7%
- Malformații făt - 3%
- Viața mamei în primejdie - 1%
- Viol/incest - 1%
- Altele - 4%

Recunoscând amploarea fenomenului, unele *organizații non-guvernamentale* (ONG-uri) puternic reprezentate pe plan internațional (în frunte cu OMS) au luat măsuri strategice de modulare a impactului avorturilor induse asupra sănătății și societății. La ora actuală IPPF (International Planned Parenthood Federation) lucrează prin ONG-uri locale în 172 țări. În România IPPF lucrează în colaborare cu SECS (Societatea de Educație Contraceptivă și Sexuală) formată în 1990, actualmente componentă a Ministerului Educației și Sportului. SECS este un promotor pentru educația sexuală și planning-ul familial din România.

Dezbaterile pe marginea problematicei avortului la cerere sunt complexe, complexitatea fiind dictată de multitudinea de divergențe de opinii, individuale și de grup, de natura etică, morală, filozofică, religioasă, biologică și juridică.

În principiu, există două principale curente de opinie:

Mișcarea pro-choice (pro-alegere) militează în favoarea avortului la cerere, susținând că:

- femeia are dreptul de a hotărî ce face cu corpul sau, chiar dacă fătul are dreptul de a trăi.
- legalizarea avortului la cerere este o măsură a respectării egalității între sexe.
- multe sarcini apar fără voia femeii (viol, contraceptive esuate, incest).
- factorii socio-economici.

Mișcarea pro-life (pro-viață) militează împotriva avortului la cerere. Militanții acestei mișcări susțin că:

- fătul/embrionul este o "persoană" care are dreptul de a trăi;
- nu ar trebui să se facă discriminarea vieții umane în funcție de momentul nașterii;
- este necesară obținerea protecției legale asupra vieții umane inocente;
- avortul este un atac asupra inocentei și contravine fragrnt percepțelor religioase.

Majoritatea curentelor religioase consideră avortul ca fiind o crimă, fiind astfel susținătoare ale curentului pro-life. Unele religii resping *contracepția abortivă*, fiind mai deschise la folosirea acelor mijloace contraceptive care împiedică unirea spermatozoidului cu ovulul. Există, izolat, și curente religioase care acceptă practica avortului. Astfel, în Scandinavia (Suedia, Norvegia și într-o mai mică măsură în Finlanda), Biserica Luterană acceptă avortul, marginalizând pe cei care încă afirmă că aceste lucruri constituie abateri grave de la doctrina biblică, iar în Marea Britanie, Biserica Anglicană a acceptat avortul.

Argumentele pro- și contra legalizării avortului la cerere sunt multiple. Iată doar câteva dintre ele:

Argumente Contra

- pe plan medical, deoarece este încă practicat pe scara largă, în condiții de risc crescut, fie clandestin cu mijloace empirice, fie la vârste mari de sarcină, antrenând punerea în pericol a vieții femeii și sechele.

- pe plan socio-economic : pe de o parte, datorita unui nivel sanitar necorespunzator, avorturile sunt generatoare de cheltuieli ridicate atât pentru colectivitate cât și pentru familie (destramarea unei familii prin moartea femeii sau prin apariția de infirmitati, unele severe) ; pe de altă parte, avortul la cerere duce la scaderea marcata a indicelui de natalitate.
- pe plan juridic se pune o mare întrebare: "A anula venirea pe lume a unei fiinte este sau nu o crima ? Dacă da, poate legiuitorul să-și asume o asemenea responsabilitate?"
- pe plan religios : Biserica Ortodoxa a invatat intotdeauna ca viata umana incepe la concepie, cand un spermatozoid se contopeste cu un ovul pentru a produce o fiinta vie, unica din punct de vedere genetic.

Argumente Pro

- sarcina este un embrion sau un făt – adică o aglomerare de țesut, un produs de concepție – nu un copil. Avortul înseamnă terminarea unei sarcini nu uciderea unui copil.
- fătul poate fi viu, dar la fel sunt ovulul și sperma. Fătul este o ființă umană potențială, nu una reală;
- un făt nu este o persoană până la implantare sau până în momentul în care mișcă, sau când respiră pentru prima dată. Atunci își dovedește viabilitatea;
- evident că viața începe la naștere. De aceea ne serbăm ziua de naștere și nu ziua concepției;
- nimeni nu se așteaptă ca o femeie să-și doneze organismul ca să servească drept sistem de întreținere a vieții altuia;
- fiecare persoană are dreptul să aleagă; nu ar fi corect să restricționezi alegerea femeii, interzicându-i avortul;
- fiecare femeie trebuie să aibă control deplin asupra propriului corp;
- libertatea reproducerii este un drept fundamental al omului.

Se pare că în ultima vreme tot mai multe voci susțin politica pro-choice. Astfel, OMS arată într-un comunicat că: „toate cuplurile și indivizii trebuie să decidă liber și responsabil în ceea ce privește numărul de copii, diferența de vârstă dintre aceștia și momentul aducerii lor pe lume”.

Susan Faludi, jurnalistă și scriitoare americană, câștigătoare a Premiului Pulitzer pentru jurnalism în 1991 spunea: „Toate aspirațiile femeilor, fie că este vorba despre educație, ocupație, sau orice altă formă de auto-determinare, depind în cele din urmă de capacitatea lor de a decide dacă și când să aibă copii”.

Un curent modern de opinie aduce în discuție drepturile tatălui. Se pune problema: „Este avortul vreodată un lucru greșit, atunci când îi refuză tatălui dreptul de a avea un copil?” Armin A. Brott, jurnalist și scriitor american susține: „Femeile au mijloacele legale de a-i priva pe bărbați de dreptul de a deveni părinți, sau de a-i forța să devină părinți împotriva voinței lor.”

În România la ora actuală, tradiția îndelungată de recurgere la avort pentru a dirija fertilitatea, combinată cu dificultățile economice care presează cuplurile să-și limiteze numărul de copii, precum și cu *lipsa de informare privind contracepția și educația sexuală precară*, sau *tratarea necorespunzătoare în familie/școală* (care contribuie la incidența ridicată a cazurilor de sarcini nedorite, mai ales la minore), sunt în mare măsură elementele responsabile pentru procentul mare de avorturi la cerere care continuă să se înregistreze cât și pentru larga acceptabilitate de care se bucură avorturile la cerere.

Resurse internet

1. www.universalis.fr/encyclopedie/SC02016/CELLULES_SOUCHES_HUMAINES.htm
2. <http://www.huntington.asso.fr>
3. www.dnapolicy.org/policy.international.php?action=detail&laws_id=52
4. www.healthsystem.virginia.edu/internet/bio-ethics/
5. www.australasianbioethics.org/archives.html
6. www.ethics.bioethics.net/
7. www.princeton.edu/~bioethic/
8. www.genethique.org/en/folders/dossiers/bioethics_laws/acc_bioethics_laws.htm