

ABORTO “TERAPÉUTICO”

8 CLAVES PARA EL DEBATE

8 Claves para el debate

- 1** **En Chile cualquier mujer puede recibir el tratamiento necesario para curarse de una enfermedad mortal.** La ley chilena no niega que una mujer embarazada reciba dicho tratamiento, incluso cuando se pone en riesgo la vida del hijo que está por nacer. Los médicos realizan estos tratamientos a diario, y nunca han sido perseguidos legalmente por ello.
- 2** **Nuestro derecho sanciona el aborto sólo cuando el acto cometido apunta *directamente* a matar al niño en el vientre materno.** Eso no ocurre con un tratamiento normal, que se aplica para salvar la vida de la madre, no obstante puede tener efectos (no deseados) en el hijo.
- 3** **No existen casos médicos en que el tratamiento consista en *matar directamente al niño que está por nacer*.** Las situaciones que han sido presentadas como tales a la opinión pública han demostrado ser falsas, ya sea porque no está realmente en peligro la vida de la madre, o porque sí se puede realizar el tratamiento necesario para curarla.
- 4** El llamado aborto eugenésico (eliminar al feto que padece una enfermedad severa) es particularmente inhumano. **¿Por qué tendría menos derechos un niño enfermo que uno sano?** ¿Por qué habría de ser tratado como una mera cosa de la que se puede disponer? Además, en los casos difíciles los médicos suelen acompañar a las familias, otorgando al recién nacido los cuidados paliativos perinatales necesarios.
- 5** Se ha dicho que los proyectos de ley en trámite no se refieren al niño “enfermo” (por ejemplo, cáncer), sino a casos más críticos, como los fetos anencefálicos. La diferencia sería que éstos ya estarían muertos, según el criterio de la ley de trasplante de órganos. Pero eso no es correcto. **Si realmente estuvieran muertos, no sería problema interrumpir el embarazo, siendo innecesaria la ley que se propone.** Sin embargo, como es sabido, en muchos casos están vivos, aunque tengan graves deficiencias. Por eso, cuando se dan casos noticiosos, la prensa suele decir que nació el niño “y murió una hora después”. No puede morir dos veces. No estaba muerto en el vientre materno, sólo muy enfermo.

6

Hay casos en que resulta necesario inducir el parto, a causa de graves enfermedades obstétricas (como el Síndrome Hipertensivo del Embarazo o las Infecciones Ovulares). En estas situaciones se requiere **adelantar el parto para sanar a la madre, pero estas intervenciones se realizan lo más cerca posible de la fecha esperada como término del embarazo, ya que la intención del equipo médico es siempre salvar a ambos pacientes.** Estas prácticas también son lícitas, pues no constituyen un atentado directo a la vida del niño, sino sólo un intento por adelantar el parto lo más cerca posible del momento en que el niño podrá vivir fuera del vientre materno, y siempre que exista una razón grave para hacerlo.

7

Si los proyectos de ley relativos al aborto “terapéutico” fueran como dicen algunos de los parlamentarios que lo promueven, serían triviales. No implicarían ningún cambio a la situación actual. Hoy en día se puede realizar el tratamiento necesario para la mujer, aún cuando peligre la vida del que está por nacer. Tampoco presenta problemas interrumpir un embarazo si el feto ya está muerto. **El problema es que los proyectos incluyen hipótesis más cuestionables que las que suelen defender públicamente sus promotores.**

8

Los casos de embarazos producto de una violación generan una discusión distinta. En estos casos, la madre ha sufrido una grave injusticia -la violación-. Lo característico de estos casos **no es primariamente el peligro de la salud de la madre,** sino precisamente que el embarazo es fruto del crimen constituido por la violación. Este debate es por lo tanto distinto al del aborto “terapéutico” o eugenésico. La pregunta acá es si es justo abortar (es decir, matar) al no nacido cuando ha sido concebido producto de una injusticia atroz. Al respecto, es importante comprender que siempre es injusto matar a un ser humano inocente, y las circunstancias que rodean la vida del niño concebido no disminuyen su condición de ser humano. Por lo demás, en estos casos se debe tener muy presente la situación dramática de la madre, y la evidencia disponible muestra que un aborto en esas circunstancias sólo aumenta el drama ocasionado por la violación.

INFORME ABORTO “TERAPÉUTICO”

Este informe busca aportar en el debate acerca del aborto “terapéutico” que se ha dado en nuestro país. Su objetivo es profundizar en algunas ideas y argumentos que, muchas veces, no se pueden abordar de manera acabada en los medios de comunicación u otros espacios de opinión pública. La discusión sobre el aborto es compleja, y por eso en este documento se distingue entre los diversos supuestos de aborto, con el propósito de ilustrar desde una perspectiva racional cuáles son los bienes que están en juego tras esta disputa.

I.- Clasificación preliminar

Antes de analizar cualquier proyecto de ley sobre aborto “terapéutico”, se debe aclarar qué acciones constituyen aborto, y qué acciones no lo son. Tradicionalmente, ha habido mucha confusión en relación a este punto.

Hay que distinguir entre dos tipos de acción:

a) Aborto: Aquellas en que la acción se dirige a causar la muerte del niño que está por nacer. Dependiendo de la motivación del que lo hace, se puede distinguir entre:

a.1) “puro y simple”: se busca la muerte del feto.

a.2) “terapéutico”: se busca la muerte del *nasciturus*, porque se estima que matarlo es la manera de curar una enfermedad de la madre.

b) Tratamiento que eventualmente puede causar daño o muerte del niño que está por nacer: la acción no se dirige a matarlo, sino que se orienta a sanar a la madre. Una consecuencia posible del acto es que el feto muera.

Ambos tipos de hechos son muy distintos para la moral y el derecho. En particular, la intención es muy relevante para definir el tipo de acto del que se trata. Al derecho penal no sólo le interesa las consecuencias del suceso, sino qué tipo de acto es, y cuál es la intención de quien realiza la acción.

En particular, existe una diferencia central entre el “aborto terapéutico” (a.2.) y realizar un tratamiento peligroso para el *nasciturus* (b). La diferencia es que en el primero lo que se busca es directamente matar al que está por nacer, es decir, su muerte es la “terapia”. En el segundo tipo de casos, no se busca matar al feto, sino que la muerte de éste es una consecuencia indeseada (a veces sólo posible) de un tratamiento que apunta directamente a curar una enfermedad (por ejemplo, aplicar quimioterapia). Como propone el profesor de Oxford, John Finnis, lo mejor es no llamar “aborto” a casos como estos, sino más bien utilizar el propio nombre del tratamiento (Ej: salpingectomía, quimioterapia, etc.), para destacar que, más allá de los nombres, es importante distinguir estos dos tipos de casos, pues reflejan tipos de acciones distintos, que merecen una evaluación moral y legal distinta.¹

En el caso del aborto (a.1 y a.2), la intención de causar la muerte del que está por nacer es muy clara. Eso se nota en que si al realizar las acciones abortivas el feto no muriera (por ejemplo, no se lograra romper el cráneo con las tenazas), las partes involucradas lo verían como un fracaso.

En cambio, en el caso del tratamiento (b) no existe intención de causar la muerte, ni acción directa encaminada a ello. Eso se nota en que si el feto no muriera, pero la madre sí se curara de la enfermedad, las personas involucradas no verían eso como un fracaso. Más bien, probablemente, se alegrarían de que el médico haya tenido éxito en preservar la vida de sus dos pacientes: la madre y su hijo. El ejemplo típico son enfermedades obstétricas como el Síndrome Hipertensivo del Embarazo o las Infecciones Ovulares, donde la madre puede morir por la enfermedad, por lo que es necesario adelantar el

1 Finnis, J. (2011). ‘Justice for Mother and Child’ en The Collected Papers of John Finnis. Oxford: Oxford University Press, 2011, Vol III, p. 307 y siguientes.

parto para contribuir al tratamiento de la madre, pero al mismo tiempo se hacen todos los esfuerzos para sacar adelante a ambos pacientes: la madre en la UCI si es necesario, y el hijo en cuidados intensivos neonatales.

Para la ley chilena el aborto (a) es siempre ilícito. Mientras que la aplicación de un tratamiento necesario para salvar la vida de la madre (b) es lícito y no constituye delito para la ley chilena (ver abajo 2).

II.- La actual discusión legislativa

Los proyectos de ley discutidos en el Congreso en los últimos años proponen, en general, hacer lícito el aborto en dos casos: cuando fuere indispensable para salvar la vida de la madre, y cuando el feto fuera inviable. Ambas hipótesis son muy distintas, por lo que las analizaremos por separado.

i.- Aborto cuando fuere indispensable para salvar la vida de la madre (aborto “terapéutico”)

1) Lo que se debe discutir en este caso es si es necesario cambiar la ley para preservar la salud de la madre cuando su resguardo conlleva riesgo para el niño que está por nacer

La discusión NO es sobre, por ejemplo, el derecho a la autonomía de la madre, y si tiene derecho a elegir si da a luz o no. Discutir eso es discutir el aborto puro y simple. Si se cree que la madre tiene derecho a abortar esté sana o enferma, entonces es trivial discutir si tiene ese derecho cuando está enferma. Precisamente los que arguyen en favor del aborto terapéutico lo hacen porque se trata de una situación más dramática, que pone en juego la vida de la madre y del niño, por lo que una potencial mala regulación podría tener las peores consecuencias. Con esto apuntan a ganar el apoyo de personas que en general se oponen al aborto, pero que entienden que este caso es distinto. Si lo que se quiere discutir es sobre la autonomía reproductiva de la madre, entonces lo mejor es transparentar la discusión, y no hablar de aborto “terapéutico”, sino de aborto puro y simple.

Es por esto que lo primero que se debe poner en discusión es si es necesario cambiar la ley para que *la madre pueda recibir el tratamiento adecuado*.

2) Si el problema es la salud de la madre, entonces no es necesario cambiar la ley, pues ésta permite realizar cualquier tratamiento necesario para salvarla

Nuestra legislación establece claramente que “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”². Es decir, para ser sancionado, el acto debe estar orientado directamente a matar al feto. En la práctica clínica, el acto del médico está orientado a salvar a la madre. Como objeto secundario, no deseado, puede morir el feto (aunque muchas veces fallece de todas formas antes, precisamente producto de la enfermedad). Así ocurre, por ejemplo, en el caso de la madre que padece un cáncer y necesita un tratamiento muy fuerte que puede afectar al feto, y/o que requiere que le extirpen el útero (cuando no sea posible aplazar el tratamiento hasta que el feto sea viable); y también en los embarazos ectópicos, que tienen lugar cuando el embrión anómalamente se deposita en la trompa uterina, y con su crecimiento puede ocasionar una hemorragia eventualmente mortal para la madre, supuesto en el que se estima lícito amputar la trompa, cuando ésta se encuentra gravemente comprometida, incluso si el embrión se encuentra dentro de la parte que será amputada. Esto porque la acción no busca atacar al embrión, sino que extraer un tejido enfermo de la madre, que pone en riesgo su vida. **Nuestra ley no sanciona ninguna de estas conductas.**³ Por lo mismo, no son perseguidas por fiscales ni jueces⁴.

2 Código Sanitario, Art. 119

3 No existe acuerdo entre los penalistas sobre cuál es la razón por la que la ley no castiga esta conducta. Para algunos, ello se debe a que la conducta no coincide con el tipo objetivo (la conducta externa no es un aborto); para otros, al hecho de que la conducta no sería antijurídica (es decir, se realizaría en ejercicio de un deber legítimo, cual es el deber del médico de salvar vidas). Como sea, existe un amplio acuerdo en la doctrina penal chilena en que nuestra ley no sanciona el aplicar un tratamiento necesario para salvar a la madre, aún cuando la consecuencia pueda ser la muerte del niño que está por nacer.

4 Por lo mismo, el senador Rossi incurrió en un error cuando sostuvo, al defender un proyecto de ley anterior —de similares características al discutido actual—

3) La práctica médica entiende esto y realiza constantemente los tratamientos necesarios para salvar a la madre, por lo que no existen casos reales en que se necesite atender DIRECTAMENTE contra el feto

No hay incertidumbre jurídica, y los médicos no se inhiben de realizar los tratamientos necesarios. Todos los casos mencionados arriba son frecuentes en la práctica médica.⁵ Ocurren todos los días, y no son perseguidos legalmente. Es decir, la ley es efectiva en prohibir el aborto en general, y en dejar sin sanción los casos que legal y moralmente no pueden ser llamados aborto, pues no se dirigen a la muerte del *nasciturus*, aunque puedan tener como consecuencia indirecta y no buscada la muerte de éste.

4) Quienes defienden el aborto “terapéutico” deben mostrar evidencia

Los que promueven despenalizar el “aborto terapéutico” arguyen que existe supuestamente un problema en nuestra legislación, argumentando el caso de una madre que no puede realizarse un tratamiento que necesita. Lo cierto es que el problema que ellos denuncian en realidad no existe, pues hoy una madre recibe todos los tratamientos que su enfermedad grave demanda. **Si se propone un cambio legislativo, se debe también demostrar que en los hechos existe un problema. Eso no se ha hecho.** Más aún, los casos de alta connotación pública que se han presentado como ejemplos de casos en que se necesitaría realizar un aborto, han demostrado ser falaces, ya sea porque no está realmente en peligro la vida de la madre, o porque sí se puede realizar el tratamiento necesario para curarla.⁶

5) La falacia de los “abortos clandestinos”

Tampoco son persuasivos los argumentos que se basan en la afirmación que en Chile habría un altísimo número de abortos clandestinos. En primer lugar, esa sería una razón para legitimar el aborto puro y simple, y no sólo el “terapéutico”, por lo que, si esa es la intención, se debe transparentar el debate a la opinión pública. Pero además, las estimaciones que dicen que en Chile habrían alrededor de 150 mil abortos son excesivas y su metodología es dudosa. Dado que no se puede medir con certeza (pues son clandestinos), el cálculo se hace sobre la base del número de los ingresos hospitalarios por complicaciones producto de abortos, el cual se multiplica varias veces para representar a un supuesto número de personas que, habiendo sufrido el aborto, no han tenido que ir al hospital. El estudio más serio, según los datos disponibles, es el del Dr. Elard Koch y otros, quienes en un artículo académico sostienen que en Chile se realizan aproximadamente 5 mil abortos inducidos al año.⁷ Cifra muy inferior a la de países que han legalizado alguna forma de aborto. Por lo demás, que Chile tenga una cifra tan alta de abortos, superior a la de países en las que es legal, es poco plausible, por lo que el dato de los 150.000 abortos debería ser tomado con escepticismo. Esto fue explicado por el Ministro Jaime Mañalich refiriéndose al caso chileno en una entrevista en el diario La Tercera: “Hay una gran falacia frente a esto [el número de abortos clandestinos en Chile], porque se sigue repitiendo sin fundamento que en nuestro país se practican miles de abortos. Si uno mira las estadísticas de pacientes ingresados a hospitales por complicaciones producto de abortos, el número es tan

mente— que la ley prohíbe estas conductas, y por lo tanto, que su proyecto sería necesario para “sincerar la situación”. El senador sugería que la práctica sería ilegal, al señalar que “somos campeones del eufemismo” y que al aplicar a la madre los tratamientos necesarios “se hace vista gorda a nuestras leyes” (Rossi, F. (2011, 8 de septiembre) “El derecho a decidir”, en La Tercera, p. 44). Esto es un error. Es la misma ley la que exige para el aborto el requisito de que sea causado “maliciosamente”, lo que excluye los tratamientos requeridos para salvar la vida de la madre, los cuales no deben ser (ni son en la práctica) calificados de “maliciosos”. No existe la contradicción entre la ley y la práctica médica que el senador Rossi denunciaba.

5 A propósito de los tratamientos que pueden ocasionar la muerte del que está por nacer, el doctor Enrique Oyarzún, Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia UC, planteó en su blog en el diario La Tercera “Estas acciones se realizan en todas las maternidades de Chile, y ningún médico se siente inhibido de hacerlas.” Ver: http://blog.latercera.com/blog/eoyarzun/entry/a_prop%C3%B3sito_del_aborto#comments

6 En diciembre del 2010, el senador Girardi presentó el caso de Claudia Pizarro, una mujer con un embarazo de 35 semanas cuyo hijo presentaba malformaciones cerebrales. Esta mujer, además, tenía diagnosticado un cáncer uterino. El caso salió a la luz al tiempo que se presentaba un proyecto de ley de aborto “terapéutico”. Se señaló que su embarazo le impedía recibir el tratamiento correspondiente a su enfermedad, siendo una falsa alternativa de acuerdo con lo que pasa en realidad. Al caso se le sumó el hecho de que la mujer no tenía la enfermedad que aseguraba padecer.

7 Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, et al. (2012) “Women’s Education Level, Maternal Health Facilities, Abortion Legislation and Maternal Deaths: A Natural Experiment in Chile from 1957 to 2007”. PLoS ONE 7(5): e36613. doi:10.1371/journal.pone.0036613. Table 8.

ínfimo que se puede pensar dos cosas: o que quienes los hacen realizan un muy buen trabajo –lo que no creemos–, o que los abortos son muchos menos de lo que se supone. Para nosotros, esa es la explicación más lógica. La cifra que dice que se practican 150 mil abortos en Chile no tiene nada que ver con la realidad”.⁸

6) Más aún, la evidencia empírica muestra que no existe razón para pensar que países con leyes más permisivas de aborto tengan menor mortalidad materna que otros países comparables

Quienes han propuesto el aborto terapéutico a veces afirman que sería una necesidad de salud pública, orientada a disminuir la mortalidad materna. Sin embargo, la evidencia no permite afirmar que el aborto beneficie la salud materna. Por ejemplo, Polonia (que acepta el aborto sólo de manera restrictiva) y Chile (sin aborto) son los países que presentan menor tasa de mortalidad materna en sus respectivas regiones; Polonia endureció sus leyes contra el aborto a principio de los '90, y en esa década redujo la mortalidad materna a la mitad; Malta⁹ (que prohíbe completamente el aborto) e Irlanda (que sólo lo acepta en el supuesto de riesgo “sustancial y grave” para la salud de la mujer) también muestran excelentes estándares de mortalidad materna, aún mejores que países más ricos y permisivos en materia de aborto como Holanda, Noruega o Dinamarca. En Chile, según observaciones preliminares del Dr. Elard Koch, la mortalidad materna disminuyó radicalmente al prohibir el aborto.¹⁰ Esto sugiere que no es cierto que exista un dilema entre tener leyes que protejan al que está por nacer y velar por la salud de las madres. En definitiva, no es real que la legalización del aborto permita mejorar las condiciones de salud de las madres.¹¹

7) Efectos negativos de legalizar el aborto “terapéutico”:

No sólo es innecesario, sino negativo, por las siguientes razones:

- Porque si bien es legítimo realizar un tratamiento para curar a la madre, no lo es realizar una acción que atente directamente contra la vida del que está por nacer. Lo primero es permitido bajo el derecho vigente, lo segundo no. Cabe recordar que no existe en la práctica médica actual la necesidad de matar directamente al feto para salvar a la madre.

- Sacrifica la integridad en la defensa del no nacido que existe actualmente en nuestro ordenamiento jurídico. Al hacerlo, se crea una categoría de “aborto permitido”, arriesgando que el concepto se vaya ampliando judicialmente. Por ejemplo: al introducir un permiso para abortar en caso de que afecte la salud de la madre, el tribunal podría tomar una definición demasiado amplia de “salud” (como la de la OMS)¹² y estirar el concepto de aborto “terapéutico”. Esto podría implicar que jueces “pro vida” aplicaran una interpretación restrictiva, mientras que jueces “pro choice” (“pro opción”) intentaran extenderla, lo cual no sería extraño considerando la forma en que opera el derecho. Esto no es especulación: el uso de categorías en apariencia restringidas, para permitir finalmente toda forma de aborto, ha ocurrido y sigue ocurriendo en otros países. Por ejemplo, en el Reino Unido, donde en 1967 se permitió el aborto sólo bajo ciertas condiciones (riesgo de la salud de la madre), y hoy presenta cifras de casi 200 mil abortos al año. De ellos, solo un 1% se debe a malformaciones

⁸ Mañalich, J. (2013, 30 de marzo). “Los abortos son muchos menos de lo que se supone” en La Tercera Reportajes, p. 14.

⁹ Las cifras de mortalidad materna están tomadas del estudio de Horton et. al., “Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5”, The Lancet [375] N° 9726, 1609 - 1623, Mayo 2010. El estudio es de los más relevantes en el área, y generó un importante impacto. Ver el artículo en el New York Times “Maternal Deaths Decline Sharply Across the Globe” 13 de Abril de 2010 p. A1.

¹⁰ “Is there an association between maternal mortality reduction and abortion legalization? Preliminary data from time series analyses in Chile, 1960 – 2007”, ponencia presentada en International Working Group for Global Women’s Health Research, Washington DC.

¹¹ En este punto se debe ser cuidadoso, pues los datos de que disponemos tampoco permiten afirmar empíricamente que existe una correlación positiva entre leyes restrictivas de aborto y mejor salud materna. Nuestro punto es más modesto: la evidencia sugiere que no existe la relación contraria que muchas veces sostienen quienes defienden el aborto “terapéutico”; es decir, las cifras de mortalidad materna mundial no permiten afirmar que la penalización del aborto perjudica los índices de mortalidad materna. Pero se requeriría un estudio más acabado y ambicioso para poder demostrar científicamente el efecto opuesto: que existe un vínculo causal entre leyes más restrictivas de aborto y mejora en la mortalidad materna.

¹² La OMS ha definido salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. En: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

graves del feto o riesgo vital de la madre; las causales del resto (98%) aluden a su “salud mental”¹³, lo que implica sin duda una ampliación de los casos que permitía originalmente la ley.¹⁴ En el caso chileno, la actual solución legal (definir acotadamente el aborto) logra sancionar el aborto y a la vez permitir tratamientos necesarios.

ii.- Aborto cuando el feto es “inviabile” (aborto eugenésico)

1) Seres humanos “inviabiles”

Lo cierto es que no corresponde hablar de “seres humanos inviabiles”, expresión equívoca que puede dar a entender que, en virtud de esa supuesta inviabilidad, fuera lícito prescindir de ellos. Un proyecto o un negocio pueden ser inviable, pero no una persona. Es inhumano disponer de los más débiles, en especial de aquellos que sufren una enfermedad que no puede ser curada, sólo porque se prevé que “igual van a morir”. No se ve por qué la vida del que está por nacer debería valer menos en caso de estar muy enfermo. Los derechos humanos parecen exigir más bien lo contrario: la protección del más débil.

2) El feto no está muerto

Algunos promotores del aborto terapéutico han sostenido que el caso de fetos anencefálicos pondría en evidencia una contradicción legal: atendiendo al criterio de la ley de trasplante de órganos, que acepta la “muerte cerebral o encefálica” (comprobar que han cesado de manera irreversible las funciones del encéfalo y del tronco encefálico), esos fetos estarían muertos, por lo que la prohibición del aborto establecida en nuestra legislación protegería una criatura que en realidad no está viva, según reconocería otra parte de nuestro orden jurídico. Sin embargo, la muerte cerebral no es un tipo distinto de muerte, sino que sólo un modo diverso del tradicional (cesación de la actividad cardio-respiratoria) de diagnosticar la única muerte existente, que es la misma que afecta a todos los seres humanos. En el caso de los fetos anencefálicos, no obstante el desarrollo de su cerebro se ha detenido, ellos sí poseen encéfalo y también mantienen por sí mismos ciertos reflejos vegetativos, caso distinto al de la ley de trasplantes, que sólo acepta acreditar la muerte de una persona por la “abolición total e irreversible de todas las funciones encefálicas” que ya han funcionado previamente. Por lo demás, si el feto realmente estuviera muerto, entonces no habría aborto al intervenir ese embarazo, por lo que los proyectos de ley que buscan legalizar el aborto terapéutico basados en la supuesta muerte de los anencefálicos serían triviales e innecesarios. Pero no es casual que típicamente las noticias reporten que los niños que padecen anencefalia murieron “poco después de nacer”. No pueden morir dos veces, sino que estaban vivos en el vientre materno, y por ello lograron vivir algunos momentos luego del parto, y al igual que cualquier recién nacido respiran, maman, les late el corazón, se mueven, etc.

3) Opción humana: el feto anencefálico es un enfermo terminal.¹⁵ Acompañar a las familias.

La enfermedad mortal de un hijo es un hecho trágico. Las familias que esperan un niño enfermo requieren de ayuda. Autorizar la eliminación de ese feto enfermo no es una opción humana a la tragedia, ni resuelve el problema. No se puede

13 “Information on abortions carried out in England and Wales in 2010”, Department of Health, UK Government, May 2010. Sobre este mismo aspecto, resultan altamente significativos las declaraciones de Lord Steel, artífice de la ley de aborto británica, al cumplirse 40 años de su promulgación, preocupado por el considerable aumento de abortos en Gran Bretaña. Sostuvo que el parlamento, al aprobar dicha legislación, no tuvo la intención de que se usara el aborto como método de contracepción (habiendo amplia disponibilidad de otros métodos financiados por el estado y otros organismos). Ver ‘Too Many Abortions: Lord Steel’ en The Guardian, 24 de Octubre de 2007. <http://www.guardian.co.uk/uk/2007/oct/24/politics.topstories3>

14 Véase ‘Our Abortion Law is Being Undermined’ en The Daily Telegraph, 3 de febrero de 2013. <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/9846254/Our-abortion-law-is-being-undermined.html>

15 Bravo et al (2000) definen a los enfermos terminales como aquellos que presentan las siguientes características: “a) Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto. b) La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve. c) En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces.” Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago: “El enfermo terminal”. Revista Médica de Chile, vol. 128, N° 5. Santiago: mayo 2000. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-9887200000500015&script=sci_arttext.

hacer como que ese embarazo no existió, ni como si ese ser humano no tuviera ningún valor. La alternativa más humana es el cuidado de ese niño enfermo, el acompañamiento a la familia y la posibilidad de vivir ese embarazo en condiciones dignas, así como los cuidados paliativos para el niño recién nacido. En Chile se realizan acciones médicas de ese tipo, con gran satisfacción para las familias y médicos involucrados. En este sentido, destaca el proyecto encabezado por el doctor Jorge Neira, que frente a las malformaciones congénitas letales (MCL), busca enunciar recomendaciones con vistas a construir las bases de un programa de cuidados paliativos perinatales, que abarcan aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales del paciente.¹⁶

III.- CONCLUSIONES

- 1) No es necesario reformar la ley para lograr que la mujer que padece una enfermedad grave pueda obtener un tratamiento necesario para sanarse. La actual ley lo permite, incluso en aquellos casos en que puede verse afectada la vida del que está por nacer. La práctica médica sigue este mismo criterio que es claro, no existiendo un problema al respecto.
- 2) Es clave distinguir entre dos tipos de tratamiento: aquél que puede causar de manera no deseada la muerte del niño; y aquéllos que persiguen un aborto directo, usado como medio para curar una enfermedad. El primer hecho no constituye aborto bajo nuestra legislación, por lo que si los proyectos apuntan a esos casos, entonces no cambian nada respecto de lo que hoy en día se permite. El problema es que estos proyectos parecen abrir la puerta también al segundo tipo de casos, los cuales no se presentan en la realidad: no existen enfermedades que se “curen” causando directamente la muerte del feto. Crear una categoría jurídica vacía e innecesaria no es conveniente, porque puede ser usada como subterfugio para incluir otros casos de aborto, incluyendo el aborto libre, como ha ocurrido en otros países.
- 3) Desde la perspectiva de la mortalidad materna, no parece buena política pública permitir el aborto. No es verdad el mito según el cual “sin aborto hay más muertes maternas”. Estudios señalan que muchos de los países con mejores estándares de mortalidad materna tienen legislaciones que penalizan el aborto.
- 4) Sobre el aborto de los “inviabiles”: Es inhumano tratar a personas gravemente enfermas como “inviabiles”. Al igual que es poco humano atribuir menos derechos al que está en el vientre materno, sólo por el hecho de estar enfermo. El argumento que han esgrimido los partidarios de estos proyectos se refiere a fetos cuya deformidad, supuestamente, los haría ya estar muertos bajo los criterios de nuestra ley de trasplante de órganos. Pero además de que dichos criterios no son aplicables a fetos que se encuentran vivos, de estar muertos tampoco sería necesario hacer un cambio legislativo, pues si estuvieran sin vida, mal podría hablarse de aborto. El problema es que los llamados “inviabiles” típicamente no están muertos, y por lo mismo los partidarios del aborto para estos casos necesitan ofrecer un argumento que se haga cargo de lo que realmente subyace a estas propuestas, que es legitimar la muerte de niños que vienen con graves malformaciones o problemas de salud, lo que constituye una injusticia.

Agosto, 2013

16 Para más detalles, revisar: Pontificia Universidad Católica de Chile, “Revista Diálogos, Año 1, N°1, Septiembre 2011.”

Lined writing area with horizontal blue lines.

www.ieschile.cl | www.ideapais.cl | www.respublica.cl