

VADEMECUM **del ABORTO**

60 argumentos
médicos y jurídicos
para la protección
de la vida



PRÓLOGO

El gran desafío de un Estado es legislar con miras al Bien Común, para todos los miembros de la sociedad y especialmente proteger a los más vulnerables e indefensos. Para ello, es relevante desentrañar eufemismos y confusiones que puedan llevar a tomar decisiones equivocadas, que favorezcan leyes injustas.

En un tema tan complejo como el del aborto, la ciudadanía debe tener acceso a una información veraz para poder entender y discernir con conocimiento, claridad y rigurosidad. Este documento, tiene por objetivo contribuir a clarificar conceptos y situaciones, tener la información científica médica y jurídica y descubrir los engaños y mitos que provocan mucha confusión.

Este *Vademecum*, en latín “ven conmigo”, ha sido elaborado por un equipo de profesionales, médicos, abogados y científicos políticos, tarea encabezada por corporaciones colaboradoras de la plataforma Chile Es Vida, que reúne a más de setenta organizaciones civiles que trabajan en la defensa de la vida y protección de la mujer.

La discusión en torno al aborto ha sido contaminada por visiones ideológicas que amenazan el irrestricto valor de la vida de todo ser humano. El proyecto de ley de “despenalización de la interrupción del embarazo” en tres causales, ingresado al Congreso por el Ejecutivo el 31 de enero de 2015, es fiel reflejo de estas visiones ideológicas que no responden a las reales necesidades de las mujeres de nuestro país. Más bien, se debe favorecer un verdadero apoyo a la mujer con la entrega de soluciones integrales dignas a situaciones complejas y dolorosas, que han sido usadas como excusa para dar entrada a una ley de aborto, al principio restringido y luego libre, como es la constante internacional.

Elizabeth Bunster Chacón
Coordinadora General
Chile Es Vida

CHILE - Octubre, 2015

Con la colaboración de:
Corporación Maternitas
Corporación Comunidad y Justicia
No Más Mitos



ÍNDICE

DESDE LA PERSPECTIVA MÉDICA

1. Definiciones de aborto, viabilidad e interrupción del embarazo	6
2. Aborto espontáneo y provocado	6
2.1. Aborto espontáneo.....	6
2.2. Aborto provocado	7
3. Interrupción del embarazo y praxis médica	8
4. Aborto “terapéutico”	8
5. Hitos de embriología.....	9
6. “Adelanto de parto”	10
7. Feticidio.....	10
8. OMS: las 6 causales para abortar.....	11
9. Embarazo “inviabile”.....	12
10. Embarazo ectópico y tubario.....	13
11. Embarazo molar	14
12. Anencefalia	14
13. Una mujer embarazada en peligro de muerte no está siendo intervenida: FALSO ...	15
14. Situación de diagnóstico prenatal en Chile.....	15
15. ¿Quién puede realizar un aborto?	16
16. Especialistas materno-fetales.....	16
17. ¿Cómo se realiza un aborto?.....	17
17.1. Aspiración (hasta las 10-11 semanas).....	17
17.2. Dilatación y legrado (entre 7 y 11 semanas)	17
17.3. Inducción de aborto (entre 12 y 22 semanas)	17
17.4. Aborto por parto prematuro con feticidio (sobre las 22 semanas)	18
18. ¿Cómo se realiza un aborto clandestino en Chile?	19
19. El aborto no daña la salud física de la mujer: FALSO.....	19
20. El aborto no daña la salud mental de la mujer: FALSO.....	19
21. ¿Qué tan riesgoso es un aborto para una menor de edad?.....	20
22. Hay niños que sobreviven al aborto: VERDADERO	20
23. Los progenitores pueden pedir el cuerpo de su hijo: VERDADERO	21
24. Mortalidad materna.....	21
25. ¿Por qué no sigue bajando la mortalidad materna?.....	22
26. Mortalidad por aborto	22
27. ¿A qué corresponde la cifra del Minsal de 32.000 abortos anuales?	22
28. ¿Qué hace un médico frente a un caso de aborto provocado intencional?	23
29. Una mujer enferma que se embaraza no puede seguir su tratamiento: FALSO.....	23
30. Una menor no está preparada para un embarazo.....	24

31. El proyecto de ley (PL) en discusión contempla la objeción de conciencia: FALSO ..	25
32. En caso de aprobarse la ley, la mujer será atendida inmediatamente: FALSO	25
33. Los abortos podrían realizarse en el sector privado: VERDADERO	25
34. Obligar a la mujer a seguir un embarazo es una <i>tortura</i>	26

DESDE LA PERSPECTIVA JURÍDICA

35. El aborto es un derecho: FALSO	27
36. En Chile existía el aborto desde 1931 y se revocó en 1989: FALSO	27
37. El Estado debe proteger la vida desde la concepción: VERDADERO	27
38. La ley considera que se es persona desde la concepción: VERDADERO	28
39. Madre y nonato merecen la misma protección jurídica: VERDADERO	28
40. El artículo 74 del Código Civil dice que “la existencia legal principia al nacer”	29
41. Jurisprudencia del derecho a la vida del que está por nacer	29
42. En Chile está prohibido todo tipo de aborto: VERDADERO	30
43. Aborto directo (doloso) e “indirecto” (no doloso)	31
44. En Chile no están prohibidas las intervenciones para salvar la vida de la madre	31
45. La ley actual genera confusión en los médicos: FALSO	31
46. Hay médicos en la cárcel por realizar abortos: FALSO	32
47. Las mujeres van a la cárcel por practicarse un aborto: FALSO	32
48. El proyecto de ley (PL) solo busca despenalizar el aborto: FALSO	33
49. Existen tratados internacionales que reconocen un “derecho a abortar”: FALSO	34
50. Existen otras normas internacionales, pero que no son vinculantes	35
51. Cinco países en el mundo prohíben el aborto en toda circunstancia: FALSO	36
52. El aborto por malformación letal atenta contra la discapacidad: VERDADERO	36
53. El aborto por violación discrimina al no nacido por su origen: VERDADERO	37
54. Existe un deber de confidencialidad médico-paciente: VERDADERO	37
55. El deber de confidencialidad es absoluto: FALSO	38
56. El deber de denuncia condiciona la relación médico-paciente: FALSO	38
57. Eliminar el deber de denuncia es una necesidad: FALSO	38
58. La objeción de conciencia es un derecho: VERDADERO	39
59. El aborto solo se restringirá a estas 3 causales: FALSO	40

CONCLUSIÓN

¿Es la mujer libre de decidir?	41
--------------------------------------	----

1. DEFINICIONES DE ABORTO, VIABILIDAD E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- El ABORTO es, por DEFINICIÓN de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal ya sea de manera:
 - Espontánea
 - Provocada (ver argumento 2)
- La VIABILIDAD FETAL es la capacidad de sobrevivir fuera del útero con o sin ayuda de tratamientos médico. El CRITERIO actual, considera que es a contar de 22 semanas y 500 g de peso al nacer. Estos criterios son variables a medida de los avances de la ciencia médica.
- INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO se refiere a una intervención médica lícita cuando se busca salvar la vida de la madre y del hijo, y que hace que un embarazo no llegue a su término natural (ver argumento 3).

Después de las 22 semanas, tiempo de viabilidad fetal, la terminología médica utilizada:

- entre las 22-28 semanas se llama *parto inmaduro*.
- entre las 28-37 semanas se llama *parto prematuro*.
- después de las 37 semanas se llama *parto de término*.

2. ABORTO ESPONTÁNEO Y PROVOCADO

Existe cierta confusión cuando se habla de aborto, pero la medicina es clara: hace definiciones con la finalidad de orientar las conductas médicas a los casos clínicos individuales. En ese sentido, la medicina también habla de aborto en cuanto la “*forma de inicio*” del proceso: espontáneo y provocado².

2.1. ABORTO ESPONTÁNEO

Es lo que comúnmente se conoce como pérdida; por definición, es un embarazo que termina –antes de las 22 semanas– espontáneamente, o sea, sin intervención de terceros. Pueden tener causas genéticas, infecciosas, por anticuerpos, tóxicos ambientales, etc. Ocurre en 10-15% de las embarazadas antes de las 12 semanas, aunque ellas controlen su embarazo y hagan todo lo correcto médicamente. Ésta corresponde a la tasa de pérdida habitual del embarazo humano en los primeros tres meses de gestación.

a. Antes de las 12 semanas:

- **Aborto espontáneo** es el que se presenta con síntomas como dolor abdominal (contracciones) y hemorragia, que terminan con la expulsión del feto o embrión, siendo a veces necesario que el médico realice un legrado uterino (procedimiento para limpiar del útero de los restos placentarios que puedan quedar).
- **Aborto retenido:** también es un aborto espontáneo, pero que se diagnostica por ecografía antes que ocurran contracciones o hemorragia. La ecografía encuentra un embrión muerto en el útero⁽ⁱ⁾.

b. Entre las 12 y 22 semanas:

La recomendación médica es hacer algún procedimiento activo de vaciamiento uterino porque la posibilidad de que queden restos placentarios dentro es más alta y las pacientes se ven beneficiadas de un legrado uterino por sobre el riesgo de hemorragia o infección por persistencia de placenta o membranas en el útero.

2.2. ABORTO PROVOCADO

Es el aborto inducido, o sea, que NO es espontáneo. Corresponde a un acto invasivo durante el embarazo **con la INTENCIÓN de que muera el embrión o feto**. Es realizado por una tercera persona o por la embarazada misma. Es la intención lo que constituye la conducta abortiva, por lo que no importa la edad gestacional ni el peso.

Quienes promueven el aborto provocado a menudo utilizan el concepto de “interrupción de embarazo” de manera general, pero claramente se trata de un aborto ya que la intención es matar el que está por nacer.

Después de las 22 semanas, criterio de viabilidad del gestante, se considera *aborto tardío (late-term abortion)*.

(i) Si se trata de un embarazo de pocas semanas, lo ideal es esperar que se inicien espontáneamente las contracciones y expulsión natural del embrión (lo que ocurre en 80% de los casos con embriones de menos de 12 semanas). Este proceso puede demorar días o semanas, sin tener riesgos importantes para la madre, lo que se conversa con la paciente y su familia. Se prefiere esperar, ya que la pérdida espontánea ocurrirá en un alto número de pacientes en un tiempo razonable y se evitará hacer un procedimiento quirúrgico (legrado), lo que siempre implica un riesgo asociado. Esa conducta es propia de un manejo médico ampliamente avalado en todo el mundo para proteger el futuro reproductivo de una mujer, cuidando su útero de eventuales lesiones por un legrado. Si la paciente no quiere esperar por el motivo que sea, también se puede hacer algún procedimiento activo de vaciado uterino, informando los riesgos que implica.

Pasadas las 22 semanas, el niño puede sobrevivir a un aborto y es por eso que se ha inventado la figura del feticidio (ver argumento 7), para que el niño nazca muerto: no se puede matar a un neonato vivo (infanticidio).

Dentro de las formas de realizar el aborto provocado se puede identificar una gran variedad de procedimientos, que van desde los caseros hasta los realizados por personal médico o paramédico en los países con aborto legal (ver argumentos 17 y 18).

3. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO Y PRAXIS MÉDICA

La praxis médica es toda acción que hace un médico buscando salvar, sanar y no dañar al paciente, y que hoy está avalada por gran cantidad de información que incluye medicina basada en evidencia, experiencia del equipo médico y opinión informada del paciente y su familia.

En este sentido, frente a un embarazo, el médico tiene dos pacientes: la madre y su hijo. El principio rector de todo acto médico en el caso de un embarazo es que no se puede dañar intencionalmente al que está por nacer: no se le puede matar. Pero en la praxis médica existen interrupciones del embarazo que son intervenciones éticamente lícitas porque **NO TIENEN COMO FIN** el producir la muerte del que está por nacer, aunque aquello pueda ocurrir.

Por lo tanto, es importante entender cuál es **el alcance del acto médico: salvar la vida de la madre** y del hijo, de ser posible. A veces, es necesario hacer una intervención médica que impide que un embarazo llegue a su término espontáneamente. Las decisiones se toman en base a criterios médicos establecidos por la Lex Artis (ley del arte). Ésta responde a diferentes principios, como por ejemplo el *principio de doble efecto* (actos que tienen más de un efecto, siendo uno no querido o no buscado, como la muerte fetal), el *principio de proporcionalidad terapéutica* y el *principio de totalidad*.

El conjunto de estos principios son los que el médico, con el apoyo de un comité del centro hospitalario, debe aplicar al momento de atender una mujer embarazada en riesgo, por ejemplo en caso de tratamientos invasivos o de procedimientos de urgencia.

4. ABORTO “TERAPÉUTICO”

En medicina, la terapia busca curar la enfermedad. En este sentido, el aborto NUNCA podrá ser considerado como una terapia, puesto que terminar con la vida del que está por nacer se contrapone directamente con

el principio ético rector de la praxis médica (ver argumento 2). Por lo tanto, el aborto “terapéutico” no existe. Lo que existen son **intervenciones terapéuticas** para salvar la vida de la madre y de su hijo.

No obstante, se ha generado una gran confusión respecto a este concepto, a raíz del proyecto de ley en discusión³; se usa de manera indiscriminada, por ejemplo, para referirse a situaciones de “riesgo vital de la madre”, al principio de “doble efecto”, a la “interrupción del embarazo” en caso de tratamiento, entre otros temas. También se dice que, antes de 1989, en Chile existía el “aborto terapéutico” (ver argumento 36). Esta confusión permite que se crea que el aborto podría tener un efecto “terapéutico”: que podría ser una “terapia” para una madre cuya vida está en riesgo. Pero eso es FALSO: es esencial aclarar que **el aborto, la muerte del nonato, nunca ha sido y nunca será una terapia para salvar la vida de la madre.**

Quienes defienden el aborto aprovechan esta confusión para evitar usar el término “aborto” a secas, que puede provocar rechazo social. Más bien, la combinación “aborto terapéutico” resulta un concepto más aceptable. Así, justifican este término para referirse a todas las causales esgrimidas: para ellos el aborto “terapéutico” es un término general para referirse a cualquier acto de interrupción del embarazo, ya sea para salvar la vida de la madre o porque el nonato tiene una condición desventajosa que justificaría su eliminación (enfermedad u origen).

5. HITOS DE EMBRIOLOGÍA⁴

- **El corazón inicia sus latidos** cuando aún no está terminada su formación, esto es a los 19-20 días post fecundación (cuando la mujer tiene solo 4-5 días de atraso menstrual). Por lo tanto, en la mayoría de los casos, cuando una mujer recién sospecha que podría estar embarazada y todavía ni siquiera se ha hecho un test de embarazo, su hijo ya tiene latidos cardíacos.
- **El sistema nervioso central inicia su formación**, desde el punto de vista anatómico, a la 4a semana de vida intrauterina (1 mes) y se termina antes de las 12 semanas (3 meses), lo que explica el movimiento fetal que se observa en la ecografía de primer trimestre. Por lo tanto, es falso afirmar que antes de las 12 semanas “no hay sistema nervioso”. No obstante, desde el punto de vista de su función y la mayoría de sus conexiones neuronales, el desarrollo del sistema nervioso central termina varios años después de nacer, durante la infancia temprana.

6. “ADELANTO DE PARTO”

Nombre popular del parto prematuro, entre 28 y 37 semanas, o parto inmaduro, entre 22 y 28 semanas (ver argumento 1). Puede ser espontáneo o por indicación médica, es decir que el equipo médico decide, por algún motivo, que es recomendable que el embarazo termine antes de tiempo, después de las 22 semanas, porque antes de este plazo el niño no es viable (no tiene posibilidad de sobrevivir). El recién nacido tiene probabilidades de vida que aumentan mientras más tarde sea el parto, pero que también dependen de si tiene o no alguna enfermedad.

7. FETICIDIO

Es un aborto provocado intencional⁵. Consiste en producir una muerte fetal **antes de nacer para evitar que el feto nazca vivo**⁶. Esta situación podría producirse en las causales 1 y 2 porque el proyecto de ley no pone límite de edad gestacional para ellas. Puede darse especialmente en la causal 2 (feto no viable) ya que, si bien los diagnósticos pueden ser correctos, **los pronósticos son inciertos**: ningún médico podría dar con exactitud la fecha de muerte de un gestante gravemente enfermo. Podría producirse una sobrevida de días, semanas o meses. De ocurrir esta situación ¿qué se le dice a la madre que pidió un aborto?

El feticidio se puede hacer por inyección de cloruro de potasio o de solución salina:

- **El feticidio por cloruro de potasio** se hace viendo el corazón fetal por ecografía: una vez identificado, a través de la pared abdominal de la madre, se pincha con una aguja donde se inyecta directo en el corazón del feto una sustancia llamada cloruro de potasio que, en cualquier humano, en la dosis adecuada produce un paro cardíaco; una vez que se constata la muerte fetal (se ve en la ecografía como el corazón se detiene) se induce el parto y el niño nace muerto⁽ⁱⁱ⁾.

(ii) Una variante de esto es lo que se llama “reducción embrionaria” en casos de embarazos gemelares o múltiples: se realiza alrededor de las 12 semanas con la finalidad de “disminuir los riesgos” asociados a los embarazos con más de un feto. También bajo visión ecográfica, se eligen los embriones que serán eliminados y se les inyecta el cloruro de potasio al corazón hasta que mueran. Por ejemplo, si la paciente tiene cuatrillizos, se eliminan dos y así queda con mellizos que siguen su curso; los restos son reabsorbidos naturalmente hasta desaparecer. Esto es ampliamente utilizado en los países con ley de aborto en pacientes con fecundación *in vitro*. En Chile, el embarazo múltiple podría entrar en la causal de riesgo vital que propone el proyecto de ley, debido a que estos embarazos presentan más riesgos para la madre. Por lo tanto, se justificaría el feticidio en esta situación.

- **El aborto por inyección salina** consiste en inyectar un líquido con alto contenido salino a la cavidad uterina. Esto produce lesiones similares a quemaduras en la piel y mucosas fetales, produciendo la muerte. Luego se induce el parto del niño muerto.

¿Quién puede realizar un feticidio en Chile? Desde el punto de vista técnico requiere de un grado alto de especialización en punciones bajo visión ecográfica, que tienen pocos ginecólogos en Chile. Desde el punto de vista ético, hay menos médicos aún dispuestos a hacerlo. Implica la muerte fetal intencionada en cualquier momento del embarazo. Es un aborto provocado intencional.

8. OMS: LAS 6 CAUSALES PARA ABORTAR

La Organización de las Naciones Unidas (ONU)², a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece normas internacionales de salud para ser adoptadas por los países miembros, entre ellos Chile. En este sentido, Chile adecúa todas estas normas de salud y por cierto, de maternidad, de acuerdo a su legislación actual y el principio de soberanía (ver argumentos 49 y 50).

La OMS tipifica el aborto por causales, en 6 categorías:

- **Por riesgo de la VIDA de la madre**
- **Por violación o incesto**
- **Por defectos del feto** (en Chile, “inviabilidad fetal”)
- Por la SALUD física de la madre
- Por la SALUD mental de la madre
- Por razón económica o social

Debido a presiones internacionales, se argumenta que Chile debe cumplir con un supuesto “derecho a abortar” y legalizar el aborto por todas estas causales, aunque eso vaya en contra del principio de soberanía del país (ver argumento 49). Así, el proyecto de ley (PL)³ considera las 3 primeras causales pero en realidad incluye solapadamente las 6 causales:

- El concepto de “inviabilidad fetal” es inexistente para la OMS. Pero, la discusión que se ha dado en el país se ha centrado de manera sutil en los “defectos del feto” (eugenesia), haciendo que esta causal se ajuste al criterio de la OMS.
- Lo mismo ocurre con el concepto de “vida de la madre”. La idea de considerar una causal de “salud” física y/o mental de la madre para

abortar se implementó después del fallo en 1973 en EEUU, que legalizó el aborto hasta los 9 meses. El concepto de salud es mucho más amplio que el concepto de vida y se ha utilizado para liberalizar el aborto. En la discusión del PL, a menudo se utilizan ambos conceptos indistintamente, generando confusión.

- También con el concepto de “salud mental”: el PL, al referirse a la “inviabilidad” y a la violación, alude a los términos “*estado de duelo*” y “*trauma*” (página 18)³, ambos temas de competencia de salud mental.
- Finalmente, el concepto de “razón económica o social” está en los fundamentos del PL, donde señala que éste es una respuesta a “*la situación que viven mujeres de distintas edades y condiciones y que afecta principalmente a quienes están en situaciones de mayor vulnerabilidad social, económica y cultural*” (página 11)³. También, a eso alude una ex-Ministra de Salud cuando dice que en Chile se aborta ilegalmente “*en todas las clínicas cuicas*” (iii).

9. EMBARAZO “INVIABLE”

El término correcto que debería usarse es “**no viable**”, que se refiere a todo embarazo menor a 22 semanas, de acuerdo a la definición de viabilidad fetal descrita previamente en el argumento 1. Por lo tanto, si ocupamos el término de forma correcta, **TODOS los embarazos son no viables antes de las 22 semanas**.

También, el término ha sido usado para referirse a gestantes con malformaciones graves que tienen un pronóstico vital reservado, pero en los que el diagnóstico definitivo solo podrá darse después del parto. Al referirnos a **gestantes con malformaciones** de muy mal pronóstico y que probablemente (pero no siempre) morirán pronto después de nacer, se calcula que a nivel nacional **son unos 500 casos al año**, o sea, un 0,2 % de los embarazos anuales⁸.

El proyecto de ley actual³ considera poder realizar abortos por esta causal hasta los 9 meses (sin límite gestacional). Cabe destacar que realizar un aborto por inviabilidad es adelantar la muerte de un niño que padece una enfermedad terminal, y eso se llama eutanasia fetal.

Las únicas malformaciones fetales que terminan en muerte rápida luego de nacer (minutos y, excepcionalmente, horas) son las que comprometen severamente la formación de los pulmones. En estos casos, el recién na-

(iii) Diario La Segunda, 30 de diciembre de 2014.

cido no puede respirar adecuadamente, con o sin ayuda médica. Estas condiciones que, **por diferentes mecanismos, impiden el desarrollo pulmonar adecuado**, y que no tienen tratamiento postnatal son:

- La ausencia total congénita de **riñones**
- Algunas enfermedades graves, muy poco frecuentes, de los **huesos**.

Todo el resto de las malformaciones calificadas de “inviabiles” o letales, tienen un tiempo de sobrevivida que suele ser corto, pero es variable, pudiendo ser hasta de años, incluyendo la anencefalia y las trisomías 13 y 18, entre otras.

10. EMBARAZOS ECTÓPICO y TUBARIO

- El embarazo ectópico es el que ocurre fuera del útero, siendo la ubicación más frecuente en las trompas (embarazo tubario). Corresponden al 1,4% de los embarazos en Chile⁸.
 - Varios de los embarazos ectópicos se detectan cuando se ha producido lo que clínicamente se llama “aborto tubario”, es decir, el embrión o feto muere espontáneamente. En la mayoría de estos casos, la pérdida natural hace innecesaria una intervención de la paciente.
 - Otras veces, la trompa de rompe y se produce una hemorragia abdominal con riesgo vital; por eso, debe ser intervenido.
 - También puede detectarse un embarazo ectópico con presencia de un embrión o feto vivo (0,03% de la totalidad de los embarazos, unos 70 casos al año). Se actúa de la misma forma que los casos anteriores.
- La intervención de un embarazo ectópico (con embrión o feto muerto o vivo) está resuelta por la praxis médica. Al respecto, es importante señalar que este tema está zanjado formalmente desde el año 2011 por el Minsal, mediante la publicación para los profesionales de la salud de las *“Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas.”* Entre las páginas 32 y 37 se aclaran todas las dudas respecto de este tema, junto a todas las herramientas y guías respecto de cómo tratar estos embarazos⁹.

Por lo tanto, decir que en Chile no se interviene un embarazo ectópico es **FALSO**.

11. EMBARAZO MOLAR

Es una anomalía de la fecundación que puede ser de dos tipos:

- **Mola completa** (frecuencia de 1/1000 embarazos)⁸: da origen a una placenta anormal, sin feto, y siempre se trata vaciando la cavidad uterina con el método de aspiración. A veces produce un cáncer de origen placentario con excelente respuesta a quimioterapia y supervivencia materna cercana al 100%.
- **Mola parcial**: enfermedad extraordinariamente rara, de frecuencia mucho más baja que la mola completa. También da origen a una placenta anómala pero además puede presentar un feto vivo. De manera absolutamente excepcional, este tipo de mola puede originar un cáncer, pero con el mismo buen pronóstico que en el caso de la mola completa.

Al igual que en el caso de embarazo ectópico, la praxis médica resuelve cada caso según se presente, de acuerdo a las *“Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas.”* (entre páginas 28 y 30) publicadas por el Minsal en 2011 ⁹.

Por lo tanto, decir que en Chile no se interviene un embarazo molar es **FALSO**.

12. ANENCEFALIA

Malformación neurológica grave que se inicia por la falta congénita de los huesos del cráneo, quedando el cerebro expuesto al líquido amniótico desde temprano en el embarazo.

- El feto con anencefalia es, sin ninguna duda, **un individuo de la especie humana**, tiene el mismo genoma que cualquier humano y se forma de una fecundación con gametos humanos. **Los fetos con anencefalia TIENEN cerebro**, pero que se va atrofiando severamente a lo largo del embarazo por el contacto directo con el líquido amniótico, debido a la ausencia de parte de los huesos del cráneo. Así, al nacer, el niño tiene un cerebro muy rudimentario que finalmente no le permite vivir por tiempo prolongado, aunque hay escasas excepciones.
- El anencéfalo **no equivale a un paciente con muerte cerebral**; de hecho, algunos anencéfalicos respiran espontáneamente, se mueven y succionan. Una persona con muerte cerebral no puede hacer nada de eso, y depende 100% de máquinas para vivir.

- El anencéfalo puede fallecer *in utero*, pero también puede llegar al término de la gestación. Mientras está en el vientre de la madre no necesita de sus funciones cerebrales para vivir, **por lo tanto durante la vida intrauterina es el tiempo que mejor está**. Cuando nace, inevitablemente viene su descompensación por el grave déficit neurológico que presenta y habitualmente muere pronto. No es posible saber si el feto anencefálico “sufre” dentro del útero. Probablemente no tenga dolor porque es necesario recordar que el cerebro “no duele”.

13. UNA MUJER EMBARAZADA EN PELIGRO DE MUERTE NO ESTÁ SIENDO INTERVENIDA

FALSO. En Chile, antes y después de 1989, fecha de promulgación del nuevo artículo 119 del Código Sanitario, se interrumpe el embarazo cuando hay un riesgo vital real e inminente en la madre, independientemente de la edad gestacional, en todos los centros hospitalarios de alta complejidad a los que son trasladadas. Existen varias guías del Minsal al respecto.

Estas intervenciones no constituyen delito. No son abortos provocados con la intención de matar al gestante, y no hay médicos ni pacientes que se hayan visto enfrentados a problemas judiciales por este motivo.

14. SITUACIÓN DE DIAGNÓSTICO PRENATAL EN CHILE

- Los diagnósticos prenatales en Chile no presentan mayores complicaciones en la Región Metropolitana, pero la situación en provincia de los **hospitales regionales** es diferente^{10,11}. En algunas regiones hay buen diagnóstico prenatal, comúnmente durante la segunda mitad del embarazo, pero solo en un centro de referencia regional. Claramente, hay pacientes que nunca tienen acceso a esos centros y a esos diagnósticos. Los médicos formados para hacer esa labor son absolutamente insuficientes. Además, cabe señalar la grave responsabilidad que recaerá sobre la labor de los ecografistas en el contexto del diagnóstico prenatal bajo una ley de aborto.
- ¿Qué pasa **si no se diagnostica la no viabilidad del nonato**? Al haber ley de aborto, **podrían generarse demandas** porque, ante la falta de diagnóstico prenatal de no viabilidad, la mujer no podrá hacer uso de su “derecho” a abortar.

- ¿Qué puede pasar si se revela que el **diagnóstico estuvo equivocado** después de practicar una autopsia? Si hubiera un diagnóstico de malformación grave y se realizara un aborto bajo esta causal, si la autopsia demuestra que hubo un error ¿quién responderá por la muerte del gestante? Podrían hacerse demandas, al igual que el caso anterior.

15. ¿QUIÉN PUEDE REALIZAR UN ABORTO?

- Desde el punto de vista técnico lo podría hacer un ginecólogo general. En Chile hay unos 1500 médicos que trabajan como ginecólogos. De ellos, aproximadamente la mitad no tiene título oficial de especialista, es decir son médicos que se han dedicado por años a la especialidad pero sin haberla hecho formalmente o haber rendido los exámenes para acreditarse como especialistas. De los 700-800 restantes, los que tienen su título, hay aproximadamente 600 inscritos en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.
- ¿Quién puede realizar un aborto complejo? **Un aborto no es complejo por causa del gestante –por su enfermedad o condición– sino por el momento en que se hace.** A mayor edad gestacional, más son los riesgos. Es entonces más razonable esperar el trabajo de parto espontáneo, siempre que no haya riesgo vital real de la madre. En caso de causal 2 (malformación letal), podría considerarse un aborto complejo, porque la malformación en la gran mayoría de los casos será diagnosticada en el 5° ó 6° mes de embarazo, dado el funcionamiento del sistema de salud pública de Chile en este tema.

16. ESPECIALISTAS MATERNO-FETALES

La especialidad consiste en ocuparse de los embarazos de alto riesgo:

- Evaluar y tratar a mujeres desde antes que se embaracen hasta después del parto cuando son portadoras de enfermedades crónicas o condiciones de riesgo obstétrico.
- Evaluar y tratar a mujeres sanas pero que presenten complicaciones durante su embarazo, parto y postparto.
- Evaluar a los hijos de las embarazadas, cuando están dentro del útero, para ver si están sanos o enfermos. En el segundo caso, evaluar si son enfermedades tratables antes de nacer, después de nacer o fuera de alcance médico.

Hasta diciembre de 2014 había **43 subespecialistas certificados por la CONACEM** (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas). A ellos se suma un número similar de médicos que tienen amplia experiencia en el tema, pero que no cumplen con los requisitos propuestos para certificarse, lo que no quita que muchos sean reconocidos a nivel nacional por su calidad profesional.

La situación en regiones es muy precaria, ya que cerca del 80% de los sub-especialistas están en Santiago y, preferentemente, en el área privada de salud. Por ejemplo, en la Región del Bio Bio solo hay dos sub-especialistas certificados y ambos trabajan exclusivamente en el área privada.

17. ¿CÓMO SE REALIZA UN ABORTO?

17.1. Aspiración (hasta las 10-11 semanas): Se hace sin dilatar el cuello. Tiene pocas complicaciones maternas. Cabe destacar que el poder de succión del instrumental es bajo, por lo tanto el embrión suele salir por pedazos, como es evidente al observar lo obtenido luego de la “intervención”.

17.2. Dilatación y legrado (entre 7 y 11 semanas): Se realiza hasta antes de que se desarrollen los huesos del cráneo (semana 12). Antes, esto se hacía con dilatación mecánica, es decir con unos instrumentos metálicos que se llaman dilatadores y que se meten por el cuello del útero hasta permitir la entrada de otros instrumentos que son las cucharillas con las que se hace el legrado uterino (raspado). Hoy en día, se dilata con misoprostol y a veces no es necesario hacer el legrado porque se expulsa completamente el embrión y su placenta. Si esto no ocurre, se debe hacer el legrado y puede ocurrir que salga un embrión por pedazos, ya sea por las cucharillas o con pinzas.

17.3. Inducción de aborto (entre 11 y 22 semanas):

- En este caso, se debe usar algo para generar contracciones y dilatación, porque el cráneo ya está formado y se corre el riesgo de que, al sacar el feto en pedazos, se quede la cabeza dentro, lo que es una grave complicación. Hoy se usa misoprostol y con eso se logra expulsión fetal en la gran mayoría de los casos, pero no siempre con la placenta por lo que igualmente se debe hacer un legrado. El problema de este método es que el feto puede nacer vivo y eso significa esperar hasta que muera de asfixia porque no es capaz de respirar. Antes las 22 semanas todo feto es inviable.

- Por diversos motivos, este proceso puede ser muy lento y la paciente puede estar 2 a 3 días en inducción de aborto e incluso puede no resultar, lo que significa que varios equipos médicos sucesivos (turnos) estarán a cargo. Eso implica complicaciones desde el punto de vista de objeción de conciencia. Además hay que cambiar la “técnica” a métodos más complejos y de mayor riesgo, como son:
 - **Inyección periovular:** esto implica introducir una sonda por el cuello del útero y a través de ella pasar un suero que separa el saco gestacional del útero; es doloroso, lento y claramente asociado a infecciones graves del útero, por lo que siempre se hace con antibióticos.
 - **Maniobra de Krausse:** se coloca una sonda colgando del útero, con un peso de 500 g hasta que se dilate a la fuerza o, incluso, se puede amarrar el peso a la parte fetal que se asome (habitualmente una pierna) para que el feto salga por tracción. También tiene alto riesgo de infección y es muy doloroso.

En los dos métodos anteriores solo se pone anestesia a la madre cuando ocurre la expulsión fetal, y ahí se evalúa si es necesario ir a pabellón para además hacer un raspado por si quedase algo de placenta aún en el útero.

- **Microcesárea:** situación de excepción que se hace cuando no resulta la anterior antes de las 22 o 24 semanas. El médico se ve obligado a hacer una cesárea, pero con un útero muy pequeño, lo que tiene elevado riesgo de hemorragia y deja al útero dañado con una cicatriz que es distinta a la de una cesárea a los 8-9 meses, con riesgo de rotura uterina espontánea en un próximo embarazo.

17.4. Aborto por parto prematuro con feticidio (sobre las 22 semanas): Médicamente hablando es un “adelanto de parto” (ver argumento 6), y si el feto nace vivo (esté sano o malformado) el neonatólogo deberá atenderlo porque ya puede respirar. **Aquí entra la figura del feticidio, para que el nonato nazca muerto** y así se evita el “problema neonatal” de tener un feto vivo¹². Esto no sale escrito en ninguna ley de aborto del mundo, pero **al no poner límite de edad gestacional** (proyecto actual en Chile)³, automáticamente quedaría permitido. Este tipo de abortos se hacen en toda Europa, EEUU, entre otros países. Ver detalles en el argumento 7.

18. ¿CÓMO SE REALIZA UN ABORTO CLANDESTINO EN CHILE?

Según la experiencia clínica en los servicios de salud, hoy en día el aborto ilegal en Chile se realiza básicamente de 2 formas:

- Rompiendo la bolsa (ayuda de un tercero) lo que genera contracción y la expulsión del feto. Muchas veces la expulsión no se realiza, provoca infección y la mujer debe concurrir a un centro de salud, donde será atendida.
- Con químicos que generan contracción, como el misoprostol. Mal tomado o tomado en gran cantidad puede generar sangramiento, fiebre y trastornos renales (electrolitos) con graves y peligrosas consecuencias para la salud de la mujer.

Argumentar que hay que legalizar el aborto para que sea seguro, es **FALSO**. No porque el aborto sea legal, disminuyen los riesgos. **El aborto seguro no existe, siempre hay riesgos**. El aborto, cualquiera sea, es un acto violento en sí y además cruento.

19. EL ABORTO NO DAÑA LA SALUD FÍSICA DE LA MUJER

FALSO. Cualquiera de los procedimientos mencionados, sea con feto vivo o muerto, sano o malformado, tiene riesgos de:

- Hemorragia uterina, llegando a eventual histerectomía (escaso).
- Perforación uterina, con riesgo de daño intestinal y peritonitis.
- Endometritis (infección del útero).
- Secuelas a futuro, como infertilidad e incompetencia cervical (lesión del cuello uterino que hace perder los embarazos siguientes).

20. EL ABORTO NO DAÑA LA SALUD MENTAL DE LA MUJER

FALSO. Los distintos procedimientos abortivos varían según el momento del embarazo; sin embargo, todos comparten el ser psicológicamente estresantes¹³.

- Lo anterior sumado a las condiciones ambientales que determinan la intención de abortar (coerción, desaprobación familiar, etc.) hacen que el aborto por sí mismo, independientemente de las creencias de la mujer sobre éste, aumente significativamente el riesgo de desarrollar sufrimiento psíquico o incluso trastornos mentales en el mediano y largo plazo.

Volver al índice

- Este sufrimiento se instala incluso cuando una mujer considera que ha sido una buena decisión abortar, despertando sentimientos intensos de ambivalencia. En este sentido, el aborto inicialmente puede generar una falsa sensación de alivio, aunque *transitoria*, tras liberarse en apariencia de las condicionantes ambientales que llevaron al aborto.
- La sintomatología puede presentarse de muchas formas, intensidades y plazos; puede incluso surgir largo tiempo después de su realización. Entre los trastornos mentales observados se encuentran los trastornos depresivos, trastornos ansiosos, estrés post traumático, consumo de alcohol o drogas, y conductas suicidas.
- Existen variables que determinan un mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos, tales como la presencia de abuso o violencia sexual, embarazo con malformaciones, falta de red de apoyo, bajo nivel educacional, y patología mental previa.

21. ¿QUÉ TAN RIESGOSO ES UN ABORTO PARA UNA MENOR DE EDAD?

El problema no es la edad, es el aborto. Si una menor queda embarazada, biológicamente el cuerpo ya está preparado para ser madre. De todas formas, este embarazo automáticamente se trata como embarazo de “alto riesgo” por el hecho de que se trata de una madre muy joven y siempre son referidas a un nivel secundario de atención en salud (norma nacional).

22. HAY NIÑOS QUE SOBREVIVEN AL ABORTO

VERDADERO. Pasado las 22 semanas (plazo de viabilidad) es cada vez más común que nazcan niños sobrevivientes al aborto. En ese caso se produce un grave problema ético ya que este neonato es un paciente como cualquiera, independientemente que la madre haya solicitado un aborto.

Entonces, el neonatólogo debe otorgar los cuidados necesarios a cualquier niño que sobreviva al parto:

- sea que esté sano o padezca una enfermedad tratable;
- en caso que la enfermedad no sea tratable, debe darle los cuidados paliativos, porque tiene la obligación de atender a un neonato moribundo como a cualquier enfermo terminal.

23. LOS PROGENITORES PUEDEN PEDIR EL CUERPO DE SU HIJO

VERDADERO. De acuerdo a la ley, cada progenitor, madre o padre, puede pedir el cuerpo de su hijo.

- El Decreto 216 de 2003 del Minsal, aprobado bajo el Gobierno de Ricardo Lagos, modifica el Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas y aprueba que: *“respecto de los nacidos y fallecidos, así como de aquellos productos de la concepción que no alcanzaron a nacer, corresponderá al médico tratante o al profesional que asistió el parto según el caso, extender el certificado médico de defunción o el de defunción y estadística de mortalidad fetal, según corresponda. En este último caso dicha certificación se extenderá cuando el producto de la concepción sea identificable o diferenciable de las membranas ovulares o del tejido placentario, cualquiera sea su peso o edad gestacional y será entregada a sus progenitores, quienes dispondrán del plazo de 72 horas para solicitar la entrega de los restos con fines de inhumación”*¹⁴.
- Asimismo, el artículo 49 del Reglamento General de Cementerios estipula que *“no puede rechazarse la inhumación o incineración de producto de la concepción que no alcanza a nacer”*¹⁵.

Este tema no es menor y no ha sido abordado por las autoridades de salud. Muchos padres no saben que pueden pedir el cuerpo de su hijo para darle sepultura. Pero además, en caso de un aborto, sobretodo por aspiración o desmembramiento, la situación puede ser muy complicada y traumática.

24. MORTALIDAD MATERNA (MM)

- Es la muerte producida durante el embarazo, parto y postparto (eso es hasta 6 semanas después del parto) a consecuencia de una enfermedad propia del embarazo, o una condición preexistente que se agrava con el embarazo. En ambos casos es independiente de la duración y ubicación del embarazo. Se excluyen las muertes por accidentes. **En todos los países del mundo hay MM.**
- Chile tiene la tasa de MM más baja de toda América Latina¹⁶, y se sitúa después de Canadá y antes de EEUU (que tiene aborto legal desde hace 40 años). En Chile hay 250.000 partos al año, y fallecen unas 45 mujeres al año por las causas descritas⁸.

Volver al índice

25. ¿POR QUÉ NO SIGUE BAJANDO LA MORTALIDAD MATERNA?

Efectivamente, la MM se ha mantenido constante desde hace 10 años. Esto se debe a que Chile ha llegado a muy buenos niveles de control prenatal y tratamiento de enfermedades del embarazo. La MM hoy en día se debe a situaciones muy excepcionales, difíciles de manejar y corregir. Un grupo corresponde a accidentes del embarazo y parto difíciles de predecir (embolia amniótica, hemorragia del parto, desprendimiento de placenta y sus consecuencias) y otro grupo es por patologías maternas previas que se agravan durante el embarazo a pesar de ser tratadas. También se pueden producir muertes por falta de atención oportuna (por ejemplo, una mujer que debe viajar mucho para llegar a ser atendida). Estas situaciones son excepcionales (aprox. 45 muertes al año en 250.000 partos)⁸ y pueden continuar disminuyendo en la medida que mejore el sistema de salud.

26. MORTALIDAD MATERNA POR ABORTO

Corresponde a muertes por abortos espontáneos, otras patologías, y por abortos de causa desconocida, que podrían haber sido provocados. La última cifra disponible del Minsal (2013) fue de 2 casos en todo el país⁸. La mortalidad por aborto dejó de estar entre las tres primeras causas de mortalidad materna desde hace 10 años.

Afirmar que en Chile se deba legalizar el aborto debido a que “muchas mujeres mueren a causa del aborto clandestino” es **FALSO**. Aunque el aborto sea legal y realizado en recintos hospitalarios, siempre ocurren muertes maternas por aborto provocado intencional (ver argumento 17).

27. ¿A QUÉ CORRESPONDE LA CIFRA DEL MINSAL DE 32.000 ABORTOS ANUALES?

- Esta cifra⁸ corresponde a todas las pacientes que **egresan** (salen) de un centro hospitalario y cuya ficha médica registra que esta mujer tuvo un aborto.
- En términos médicos siempre se habla de “*aborto*”, ya sea espontáneo o provocado (ver argumento 2). Pero es de mala fe usar esta cifra de egresos hospitalarios haciendo creer que son abortos que necesitan ser regulados y que hay una necesidad en Chile que no está siendo atendida. Eso es **FALSO**.

- Esta cifra corresponde a todos los abortos espontáneos, ectópicos, malformaciones genéticas, molares, provocados, etc., que son comúnmente atendidos sin que se requiera de una ley.
- Para este tipo de abortos, el Minsal publicó en 2011 las “*Orientaciones técnicas para la atención integral de mujeres que presentan un aborto y otras pérdidas reproductivas*”, en las que se entregan todas las herramientas y guías respecto de cómo tratar dichos abortos espontáneos, pérdidas e intervenciones del embarazo (ver argumentos 2 y 3)⁹.
- De hecho, la Ministra de Salud anunció que, de haber una ley de aborto, cubriría la atención de unos 2.550 casos anuales, que corresponderían a malformaciones graves letales, que ya están siendo atendidas en la actualidad, y a casos de violación. Es decir, esta ley serviría para el 1% de los embarazos anuales en Chile.

28. ¿QUÉ HACE UN MÉDICO FRENTE A UN CASO DE ABORTO PROVOCADO INTENCIONAL?

Si el médico recibe una paciente con síntomas que le hacen sospechar que hubo un aborto intencional:

- Primero debe atenderla. Es su deber y obligación.
- Respecto del aborto, el médico debe denunciar el delito. Así, el tribunal podrá investigar las causales del delito de aborto, si hubo violación, coacción, presión, o si fue con intención de la madre (ver argumentos 54 a 57). La denuncia sirve para **proteger** a la mujer ya que, en la inmensa mayoría de los casos, la mujer que aborta es víctima de amenazas, presión o coerción y no puede realizar la denuncia. Ésta, entonces, permite que se investiguen las verdaderas causas que están detrás del aborto y detectar eventuales violaciones reiteradas en el hogar.
- Aun habiendo delito de aborto, si éste fue realizado bajo circunstancias apremiantes, la mujer es tratada como víctima porque el derecho entiende que hay situaciones de excepción que llevan al ser humano a actuar con desesperación y sin el sano juicio.

29. UNA MUJER ENFERMA QUE SE EMBARAZA NO PUEDE SEGUIR SU TRATAMIENTO

FALSO. Todas las mujeres con enfermedades graves previas o que ocurren durante el embarazo (incluyendo cáncer) pueden ser tratadas.

- Sin embargo, a veces los tratamientos deben ser diferentes a lo habitual, lo que no significa que su resultado sea malo. Por supuesto, se debe reconocer que hay tratamientos contraindicados, como la radioterapia. Pero los avances de la ciencia son asombrosos y permiten intervenir en estas situaciones.
- Desde el punto de vista quirúrgico, se puede operar a una mujer embarazada de lo que sea, si realmente urge hacerlo. Eso incluye cirugía cerebral o cardíaca si la gravedad de la paciente lo amerita y no implica tener que hacer un aborto para luego operar a la paciente. Se puede hacer con gestante in útero, sabiendo que existe un riesgo de pérdida del embarazo que, por supuesto, no se desea ni se busca.

30. UNA MENOR NO ESTÁ PREPARADA PARA UN EMBARAZO

El embarazo de una menor de edad es, casi siempre, el resultado de abusos reiterados en el hogar y, por lo tanto, es un asunto que involucra consideraciones sociales, además de médicas. Es esencial destacar que el abuso reiterado de una menor en el hogar es una situación dramática, que exige políticas preventivas para enfrentar el problema real. En estos casos, el embarazo no es sino la cara visible de un drama social espeluznante que el aborto no solucionará.

- Desde el punto de vista biológico, al ocurrir la primera menstruación se inicia la vida fértil de la mujer y por lo tanto puede embarazarse. Incluso, en ciertas culturas, la adolescencia no existe y al momento de menstruar la mujer pasa automáticamente de niña a adulta, inicia su vida reproductiva, quedando prontamente embarazada.
- Sicológicamente, una niña puede estar preparada o no; el asunto es que es muy difícil ser madre a temprana edad sobre todo, sabiendo que estos embarazos se dan en un contexto social complejo.
- Desde el punto de vista estrictamente médico, el embarazo adolescente, por ser menor de edad, está definido automáticamente de “*alto riesgo*” porque puede tener riesgos médicos asociados, pero eso no significa en ningún caso que esta madre joven vaya a morir por su embarazo.
- Médicamente hablando, si se compara a una embarazada de 25-30 años, diabética e hipertensa, con otra embarazada sana de 12 años, claramente la primera paciente tiene un riesgo vital mucho mayor. Esto no quita que la posibilidad real de muerte para ambas es cercana a cero en Chile.

31. EL PROYECTO DE LEY (PL) EN DISCUSIÓN CONTEMPLA LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

FALSO (ver argumentos 57 y 58). El proyecto de ley (PL)³ actual solo contempla objeción para el médico, y no para el resto del personal médico y social que podría estar involucrado. Además, esta objeción es parcial, ya que el PL prevé que el objetor debe participar del proceso y guiar a la paciente en el camino del aborto:

- Tiene la **obligación de derivarla** a un médico que le haga el aborto.
- Tiene la **obligación de informarle** a la paciente que, por ley, puede solicitar el aborto; es decir, participa inevitablemente del proceso que termina en un aborto.
- Por último, cuando es el único médico presente en el lugar y el aborto es impostergradable, no puede ejercer su objeción: tiene la **obligación legal de hacer el aborto**.

32. EN CASO DE APROBARSE LA LEY, LA MUJER SERÁ ATENDIDA INMEDIATAMENTE

FALSO.

- Respecto de la causal 1 (riesgo de vida de la madre), las atenciones de urgencia están resueltas.
- Respecto de las causales 2 y 3 (“inviabilidad” y violación), el embarazo no constituye peligro para la vida de la madre. De no haber urgencia ¿esta prestación de salud tendrá prioridad sobre los demás pacientes? Debido a los problemas que enfrenta la salud pública en Chile, la falta de camas, de especialistas, las largas listas de espera para operaciones programadas, hacen que no exista claridad de cómo se resolverá este asunto. Probablemente existirá una presión enorme para resolver rápidamente la situación y los pacientes en listas de espera que no tienen urgencia ni riesgo vital quedarán desplazados o perderán su pabellón.

33. LOS ABORTOS PODRÍAN REALIZARSE EN EL SECTOR PRIVADO

VERDADERO. Eso puede ocurrir en el mediano plazo.

- La experiencia extranjera muestra que, luego de algunos años, cuando el sistema público de salud no puede cumplir con la oferta de la ley

de realizar esta prestación de salud, entonces aparecen clínicas abortivas, porque hay que satisfacer este “derecho” ofrecido a la mujer.

- Entonces no hay cómo evitar el lucro, porque estas instituciones privadas fijan sus aranceles y condiciones. Otro tema es aclarar si esta prestación será cubierta por el Estado, que debe resolver su falta de capacidad comprando servicio a los privados, como ya ocurre hoy con múltiples prestaciones médicas programadas o de urgencia.
- También, y a raíz de los escándalos que han salido a la luz respecto de la venta de órganos de bebés abortados con el pretexto de “investigación científica”, en las clínicas abortivas en EEUU y otras partes del mundo, es importante saber que es muy difícil controlar los abusos¹⁷.

34. OBLIGAR A LA MUJER A SEGUIR UN EMBARAZO ES UNA TORTURA

Este es un argumento esgrimido por los partidarios del aborto para justificar su implementación. Pero no corresponde dar una connotación política a una situación de dolor extremo.

- No hay palabras para describir el hecho que un hijo tenga una enfermedad fuera de alcance médico y que inevitablemente vaya a morir al nacer o poco tiempo después. Igualmente terrible es para una mujer tener que enfrentar un embarazo después de una violación.
- En caso de violación, ofrecer el aborto a una mujer que ha sido víctima de una agresión brutal, es ofrecerle resolver su maternidad con otra agresión, por decisión de ella, y hacia otra víctima, su hijo, tan inocente como ella de las circunstancias.
- La realidad es que la mujer, desde el día 1 de su embarazo, sabe que está esperando un hijo; nada podrá borrar el hecho que ella es **madre**. Ése es el drama que ella debe enfrentar: ser madre de un hijo que va a morir, ser madre de un hijo que es fruto de un acto brutal.
- El verdadero drama y grave injusticia es el brutal abandono de estas mujeres por parte de nuestra sociedad que, en lugar de ofrecer un apoyo concreto para enfrentar dignamente su maternidad, solo les ofrece a través de un PL de aborto, la responsabilidad y el dolor de elegir la fecha de muerte de su hijo en gestación.

La madre ya padece un duelo o un trauma y el aborto no terminará con esta situación; puede sufrir más daño psicológico por tener que responsabilizarse del destino de su hijo. Por lo tanto, los especialistas en salud mental lo desaconsejan totalmente.

35. EL ABORTO ES UN DERECHO

FALSO. El derecho al aborto no existe. Lo que existe es el derecho a la vida y está resguardado en todos los países, en sus constituciones. Un “derecho” no puede permitir la realización de una conducta moralmente ilícita, y menos aquella que atenta directamente contra un derecho fundamental, como lo hace el aborto al violentar el derecho a la vida. Justamente, porque el aborto atenta directamente contra el derecho a la vida, jamás puede ser considerado como una conducta lícita ni menos como un derecho.

Lo que existe es la práctica del aborto en base a causales o a petición, pero no como derecho. Esta práctica, que existe, no hace del aborto algo lícito o bueno, de la misma manera que existe el robo, pero es ilegal y malo robar un bien ajeno. El aborto es un atentado directo contra la vida de un inocente que el Estado tiene el deber de prohibir y sancionar.

36. EN CHILE EXISTÍA EL ABORTO DESDE 1931 y SE REVOCÓ EN 1989

FALSO. En Chile nunca ha existido una ley o norma que permita el aborto. Lo que se ha regulado es el principio de “doble efecto” a través del artículo 119 del Código Sanitario¹⁸.

- Este artículo siempre se refirió a intervenciones para salvar la vida de la madre, al mal llamado “*aborto terapéutico*” (ver argumento 4). El artículo 119 de 1931 dice lo siguiente: “*sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo*” entendiéndose como aplicación del doble efecto para salvar la vida de la madre.
- En 1989 se reformula este artículo, principalmente para evitar toda confusión en su interpretación, y así evitar abusos resultantes de dicha confusión, como los que hubo en los años 70. El artículo 119 de 1989 dice: “*No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto*”, redacción que deja claro que todo lo que no está prohibido está permitido. Por lo tanto, está permitida toda acción del médico cuyo fin no sea buscar intencionalmente la muerte directa del nonato.

37. EL ESTADO DEBE PROTEGER LA VIDA DESDE LA CONCEPCIÓN

VERDADERO. El Estado de Chile, según lo dispone la Constitución (y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos vigentes en nuestro

país), tiene el deber de proteger la vida de toda persona desde la concepción. La Constitución¹⁹ reconoce y protege la vida del que está por nacer.

- El **artículo 19 n° 1** de la Constitución, dispone que *“La Constitución asegura todas las personas: El derecho a la vida (...). La ley protege la vida del que está por nacer”*.
- Por este motivo, el **artículo 5** de la Constitución dispone que el límite del ejercicio de la soberanía son *“los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana”*; siendo el derecho a la vida el fundante de los demás.
- Este mandato constitucional e internacional (ver argumento 50) se materializa mediante diferentes preceptos legales, como por ejemplo el **artículo 75 del Código Civil**²⁰, que dispone: *“La ley protege la vida del que está por nacer”* y enseguida que *“El juez, en consecuencia, tomará, a petición de cualquiera persona o de oficio, todas las providencias que le parezcan convenientes para proteger la existencia del no nacido siempre que crea que de algún modo peligra.”*

38. LA LEY CONSIDERA QUE SE ES PERSONA DESDE LA CONCEPCIÓN

VERDADERO. El concebido, para nuestro Derecho, es considerado persona desde la concepción.

- El **artículo 55 del Código Civil**²⁰, que contiene la **definición de persona**: *“Son personas todos los individuos de la especie humana.”* Además, este reconocimiento se hace sin ninguna distinción: *“cualquiera que sea su edad [incluyendo la edad gestacional] sexo, estirpe o condición.”* Se refiere a todo individuo sin distinción alguna, es decir, **sin distinguir si ha nacido o no**.
- Por lo mismo, el **artículo 243 inciso 2° del Código Civil**²⁰ llama **“hijo”** al que está por nacer: *“La patria potestad se ejercerá también sobre los derechos eventuales del hijo que está por nacer”* o en el **artículo 181**: *“La filiación produce efectos (...) pero estos se retrotraen a la época de la concepción del hijo.”*

39. MADRE Y NONATO MERECE LA MISMA PROTECCIÓN JURÍDICA

VERDADERO. El que está por nacer, que es persona cuya vida debe ser protegida, tiene derechos: los mismos que cualquier persona, los mismos que su madre. Tiene derecho a vivir, a ser protegido y atendido. Por lo

mismo, se le hacen controles prenatales e, incluso, cirugías antenatales si fuera necesario. La mujer y el embrión o feto humano merecen la misma protección jurídica. Desde el punto de vista del Derecho, la existencia de ambos es un bien jurídico inconmensurable. Nuestro Derecho no permite bajo ninguna circunstancia que se pueda matar a otro.

40. EL ARTÍCULO 74 DEL CÓDIGO CIVIL DICE QUE “LA EXISTENCIA LEGAL PRINCIPIA AL NACER”

El art 74 del Código Civil²⁰ se refiere a **Derechos Patrimoniales**: desde el nacimiento, la persona tiene la capacidad plena para adquirir derechos patrimoniales (existencia legal), como una herencia; antes de nacer, en cambio, si bien posee dicha capacidad, su ejercicio está **condicionado al nacimiento**, de modo que los derechos que adquiere antes de nacer se denominan “eventuales”. Esto es para evitar que existan conflictos jurídicos acerca del momento de la muerte del concebido y, consecuentemente, conflictos acerca de quiénes son sus herederos (los herederos, para el Derecho chileno, no sólo son los descendientes). Lo anterior lo confirma el **artículo 77**, que indica que para que los derechos patrimoniales se puedan adquirir, el concebido debe nacer; de lo contrario, la ley crea una ficción legal según la cual: “pasarán estos derechos a otras personas, como si la criatura no hubiese jamás existido”. La expresión “no hubiese jamás existido” alude a la existencia legal, es decir, la capacidad de adquirir plenamente derechos patrimoniales.

41. JURISPRUDENCIA DEL DERECHO A LA VIDA DEL QUE ESTÁ POR NACER

La jurisprudencia es el conjunto de decisiones de los Tribunales de Justicia. Tanto la Jurisprudencia Constitucional, como la Judicial y la Administrativa, han reconocido el derecho a la vida del que está por nacer y reconocido su estatuto de persona.

- El **Tribunal Constitucional**, en sentencia de 2008, rol N° 740-2007, señaló que el que está por nacer debe ser comprendido como persona, y que la protección de la vida, por tanto, lo incluye: “*Que el derecho a la vida asegurado en el artículo 19 N°1 de la Constitución (...), asegura a toda persona –incluyendo al nasciturus– el derecho a mantener la vida y conservarla frente a los demás hombres*”.

Volver al índice

- La **Excma. Corte Suprema** declaró el año 2001 que la protección del derecho a la vida comprende al que está por nacer: *“el que está por nacer –cualquiera sea la etapa de su desarrollo prenatal, **pues la norma no distingue- tiene derecho a la vida, es decir, tiene derecho a nacer** y a constituirse en persona con todos los atributos que el ordenamiento jurídico le reconoce, sin que a su respecto opere ninguna discriminación”* (CS, 30 de agosto de 2001, rol N° 2.186-2001).
- La **Contraloría General de la República**, en dictamen N° 25.403, de 21 de agosto de 1995, en relación con el art. 17 de la Ley N° 19.123, declaró que el que está por nacer debe ser considerado persona y, por tanto, sujeto de derecho a la vida: *“acorde con el artículo 5° de la Carta Fundamental es deber de los órganos del Estado respetar y promover los derechos que emanan de tratados internacionales ratificados por Chile que se encuentren vigentes –cuyo es el caso de la aludida Convención Americana de Derechos Humanos– **el nonato debe ser considerado como persona** para los fines en comento, de modo, entonces, que si la vida de un ser en gestación ha sido interrumpida en las circunstancias previstas en la ley N° 19.123, éste debe ser estimado como causante de los beneficios que esta normativa regula”*.

42. EN CHILE ESTÁ PROHIBIDO TODO TIPO DE ABORTO

VERDADERO.

- En Chile está prohibido todo tipo de **aborto directo** (doloso, provocado intencional). Nuestra legislación, coherente con el mandato constitucional e internacional de proteger la vida, sanciona todo tipo de aborto directo.
- El Código Penal chileno²¹ sanciona a la **mujer** que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause (artículo 344), y sanciona también al **tercero** (artículo 342 N°3) o al **facultativo** (médico, artículo 345) que maliciosamente causen un aborto.
- El Código Sanitario¹⁸, por su parte, en el artículo 119 prohíbe todo *“acto cuyo fin sea provocar un aborto”*.
- El artículo 9 del **Código de Ética del Colegio Médico**²² indica que el médico no podrá realizar acciones *“cuyo objeto directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna”*.

43. ABORTO DIRECTO (DOLOSO) O “INDIRECTO” (NO DOLOSO)

- El aborto directo (ver argumento 1) es aquella acción que directamente busca, fin o como medio, suprimir la vida del que está por nacer. Es importante aclarar, que es la única conducta que nuestro derecho prohíbe en toda circunstancia.
- El concepto de “*aborto indirecto*” no existe jurídicamente hablando, pero se usa en el lenguaje común para referirse a **las intervenciones médicas lícitas necesarias para salvar la vida de la madre**, que tienen como efecto secundario –indirecto– no querido ni buscado, ni como fin ni como medio, pero inevitable, la muerte del feto. Es un acto lícito que indirectamente produce la muerte de una persona inocente. También es erróneo que se hable comúnmente de “aborto terapéutico” (ver argumento 4).

Hay confusión en torno al concepto de “*aborto indirecto*”, porque cuando se usa la palabra aborto, se refiere a una acción que directamente busca suprimir al concebido. Lo que ocurre con el “aborto indirecto” es que la muerte del feto es el efecto indirecto de una acción lícita.

44. EN CHILE NO ESTÁN PROHIBIDAS LAS INTERVENCIONES PARA SALVAR LA VIDA DE LA MADRE

En Chile no están prohibidos ni penalizados los tratamientos terapéuticos para salvar la vida de la madre, que tienen como efecto indirecto la muerte del feto (aborto indirecto). Un ejemplo de lo anterior, es el embarazo ectópico (ver argumento 10).

45. LA LEY ACTUAL GENERA CONFUSIÓN EN LOS MÉDICOS

FALSO. La ley actual no genera confusión en los médicos. Los preceptos legales son claros: prohíben el aborto directo (ver argumento 42), pero permiten intervenciones médicas para salvar la vida de la madre, aunque tengan como consecuencia indirecta la muerte del feto.

Los artículos de los Códigos Penal, Sanitario y Médico aluden claramente a las acciones “maliciosas”, es decir, que buscan eliminar directamente la vida del concebido. En este sentido, el ex presidente de la instancia ética del Colegio Médico de Chile, Dr. Julio Montt, confirma que “*en Chile desde*

hace muchos años los médicos realizan abortos terapéuticos [indirectos] cuando está en peligro la vida de la madre, lo que nunca ha sido sancionado ni tampoco ha generado demandas. Esto está dentro de la tarea del facultativo” (iv).

46. HAY MÉDICOS EN LA CÁRCEL POR REALIZAR ABORTOS

FALSO. La legislación chilena no sanciona penalmente al médico que interviene para salvar la vida de la madre embarazada si como consecuencia indirecta y no querida, se produce la muerte fetal.

Las cifras del Poder Judicial entre los años 2003 y 2014 sobre sentencias de abortos cometidos por facultativos (médicos), confirman lo anterior²³:

- En la Región Metropolitana, se han dictado solamente 4 sentencias definitivas en relación al delito de aborto cometido por facultativo, todas ellas condenatorias, y ninguna de ellas por procedimientos a causa de riesgo vital. Los facultativos imputados fueron condenados por cometer maliciosamente el delito de aborto, abusando de su oficio médico.
- En el resto del país sucede lo mismo: ninguna de las 5 sentencias condenatorias contra facultativos por el delito de aborto se refieren a situaciones de riesgo vital materno.

47. LAS MUJERES VAN A LA CÁRCEL POR PRACTICARSE UN ABORTO

FALSO. El aborto directo es un delito penal, pero resulta que la realidad judicial entre los años 2003 y 2014, según registro del Poder Judicial, demuestra que las mujeres que se practican un aborto inducido (directo, doloso), **si bien fue denunciado el delito de aborto, ellas casi nunca son formalizadas.** Eso significa que no se le comunica la investigación de un delito en su contra.

En los casos en que existe formalización y posterior acusación, las mujeres que abortan no son condenadas a penas efectivas (96,4% de los casos). Esto ocurre por dos razones:

- Por la existencia frecuente de dos atenuantes de responsabilidad penal:
 - irreprochable conducta anterior, y
 - colaboración con la investigación.

(iv) Diario La Segunda, 26 de mayo de 2014.

- Por la Ley 18.216, que permite al juez aplicar la remisión condicional de la pena, suspendiendo su cumplimiento bajo ciertas condiciones²⁴.

Según Gendarmería de Chile²³, a octubre de 2014, ninguna mujer se encuentra recluida por el delito de aborto. El único privado de libertad por este delito es un facultativo de sexo masculino que fue condenado por abusar de su oficio en Punta Arenas.

Además, no existió ningún caso judicializado por un aborto provocado bajo alguna de las 3 causales invocadas hoy en Chile: riesgo la vida de la madre, inviabilidad fetal o violación.

48. EL PROYECTO DE LEY (PL) SOLO BUSCA DESPENALIZAR EL ABORTO

FALSO. Despenalizar consiste en dejar de tipificar como delito una conducta anteriormente sancionada por la legislación penal. Cabe destacar que, en el caso del PL actual³, el aborto continúa siendo un delito penal fuera de las 3 causales consideradas.

Sin embargo, **no despenaliza, sino que legaliza el aborto**, tal como lo ha señalado el Senador Patricio Walker²⁵. Esto se debe a que la propuesta no modifica solamente el Código Penal (verdadera despenalización), sino que **propone reformar, además, el artículo 119 del Código Sanitario¹⁸**, derogando la prohibición absoluta de realizar actos cuyo fin sea provocar un aborto. La eliminación de esta prohibición permitirá que los médicos puedan realizar legítimamente un aborto a pedido de la solicitante. Lo que hace el PL es **establecer una prestación salud** y el consiguiente derecho a esta prestación.

El proyecto entonces no propone solamente un cambio de política criminal, sino que crea un derecho de la mujer a abortar, en tres causales. Por este motivo, el énfasis del proyecto no está puesto en la no criminalización de la mujer, sino en inventar un **“derecho a decidir”**. De ahí, también, que el proyecto comience reconociendo que los derechos de la mujer *están en el centro de esta propuesta* (página 3 del PL)³ y más tarde sostenga que el aborto debe *consagrarse como una legítima prestación de salud* (página 18 del PL)³. **Cuando se legaliza una conducta, se la reconoce como un derecho.**

49. EXISTEN TRATADOS INTERNACIONALES QUE RECONOCEN UN “DERECHO A ABORTAR”

FALSO (ver argumento 35).

- No existe ningún Tratado de las Naciones Unidas (ONU) ni de la Organización de los Estados Americanos (OEA) que contenga la palabra “aborto”, ni tampoco “derecho al aborto”. En razón de lo anterior, y siendo jurídicamente rigurosos en la interpretación de los Tratados que son vinculantes para nuestro país, no es posible interpretar que ellos reconocen en algún sentido el “derecho al aborto”.
- La expresión “derechos sexuales y reproductivos” es utilizada para reivindicar derechos para la mujer y es importante saber que esconde la legitimación de la práctica abortiva.
- Lo que sí se puede deducir de una interpretación de los Tratados Internacionales ratificados por el Estado de Chile y vigentes, según su objetivo y sentido corriente, es que éstos **protegen la vida**, incluso la del no nacido. Así podemos encontrar los siguientes:
 - **La Declaración Universal de Derechos Humanos**²⁶ dispone que *“todo individuo tiene derecho a la vida”* (artículo 3) y agrega que *“todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad”* (artículo 6).
 - **El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**²⁷ con la finalidad específica de proteger la vida del que está por nacer, prohíbe aplicar la pena de muerte a mujeres en *“estado de gravidez”* (artículo 6.5).
 - **La Convención Internacional de los Derechos del Niño**²⁸, en el Preámbulo, dispone que *“el niño (...) necesita protección y cuidados especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”* para disponer que *“niño es todo ser humano menor de dieciocho años de edad”* (artículo 1) y que *“todo niño tiene derecho intrínseco a la vida”* (artículo 6.1).
 - **La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer**²⁹ protege la maternidad antes y durante el embarazo (Preámbulo, artículo 11° N° 2 letra a y artículo 12° N° 2).
 - **La Convención Americana de Derechos Humanos**³⁰ dispone que *“para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano”* (artículo 1.2) y reconoce que *“toda persona tiene derecho a que se respete su vida.”* Este derecho *“estará protegido por la ley, y en general, a partir del momento de la concepción”* (artículo 4.1).

50. EXISTEN OTRAS NORMAS INTERNACIONALES, PERO QUE NO SON VINCULANTES

Existen “observaciones generales”, “opiniones consultivas” u “observaciones finales” de los Comités Monitores de los Tratados Internacionales que **NO son vinculantes**.

- Según el principio de **Igualdad Soberana**, regulado en el artículo 2.1 de la Carta de las Naciones Unidas³¹, que señala: “*La Organización [ONU] está basada en el principio de la igualdad soberana de todos sus Miembros*”, Chile solo está obligado a lo que explícitamente se compromete. En este sentido, todos los demás documentos que emanen de instancias internacionales, pero que no son explícitamente reconocidos y asumidos por nuestro país, en ningún caso son considerados como fuente de derecho. Lo contrario sería atentar contra nuestra soberanía. Por tanto, todas estas “recomendaciones” **NO son vinculantes**.
- Cabe agregar, que la normativa internacional no le otorga a los organismos internacionales mencionados la potestad para interpretar oficialmente los tratados internacionales que deben supervisar. Estas “recomendaciones” y “observaciones generales” son solamente que se llama: *soft law* (ley suave). Los individuos que componen los Comités aludidos, no representan a los Estados y no pueden, por tanto, tomar decisiones que vinculen a los países.

Finalmente, el artículo 5 de la Constitución de Chile¹⁹ dispone que un límite al ejercicio de la soberanía son los derechos fundamentales reconocidos en “Tratados Internacionales **ratificados** por Chile y que se encuentren **vigentes**” (ver argumento 49). Lo que no ocurre con los documentos en comento, pues ellos no son tratados internacionales, no han sido *ratificados* y tampoco están *vigentes*.

- En este sentido, el derecho al aborto no puede justificarse haciendo alusión a estos documentos, y tampoco puede decirse que Chile tiene la obligación de despenalizar el aborto en alguna circunstancias debido a que esto es lo que sugieren dichas organizaciones internacionales. Es la misma Carta de las Naciones Unidas³¹ que dispone en el artículo 2.7 que “*Ninguna disposición de esta Carta autorizará a las Naciones Unidas a intervenir en los asuntos que son esencialmente de la jurisdicción interna de los Estados*”.

51. CINCO PAÍSES EN EL MUNDO PROHÍBEN EL ABORTO EN TODA CIRCUNSTANCIA

FALSO. La fuente que se utiliza para señalar que son sólo cinco los países –incluido Chile– que prohíben el aborto sin excepción, es un mapa elaborado por el Centro de Derechos Reproductivos^(v), organización que promueve el aborto. El mapa contempla cuatro categorías, según las leyes de aborto en el mundo (2015): 1) para salvar la vida de la mujer o prohibido totalmente; 2) para preservar la salud; 3) razones socioeconómicas; 4) sin restricción en cuanto a la razón. Chile se encuentra en la **primera categoría**, junto a otros 65 países.

- Un análisis riguroso de las legislaciones de los 66 países comprendidos en la primera categoría –para salvar la vida de la mujer o prohibido totalmente, nos lleva a una conclusión absolutamente diferente a la premisa formulada. En efecto, **las legislaciones de estos 66 países prohíben el aborto sin excepción, y sólo permiten realizar intervenciones médicas para salvar la vida de la madre, a pesar de que tengan como efecto indirecto la muerte del feto; intervenciones que en Chile están igualmente permitidas según se describió anteriormente.** Es el caso, por ejemplo, de Guatemala, Irlanda, República Dominicana, Paraguay, entre otros. Es decir, en todos estos países se permite realizar las mismas conductas a través de diversas técnicas legislativas.
- Son solo 62 los países que se encuentran en la **cuarta categoría**, la de aborto sin restricción, es decir, un 31% de los países en el mundo.

52. EL ABORTO POR MALFORMACIÓN LETAL ATENTA CONTRA LA DISCAPACIDAD

VERDADERO. Considerando lo dispuesto por la normas nacionales sobre Discapacidad, así como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³², el embrión o feto que padece una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida extrauterina, es una persona con discapacidad. Restringir o impedir el ejercicio del derecho a la vida del niño discapacitado que está por nacer, no sólo vulnera la protección constitucional del derecho a la vida sino que constituye al mismo tiempo una discriminación arbitraria motivada en la sola condición de discapacidad.

(v) <http://worldabortionlaws.com/map/>

Proponer el aborto por razón de discapacidad letal del nonato es promover la eutanasia fetal.

53. EL ABORTO POR VIOLACIÓN DISCRIMINA AL NO NACIDO POR SU ORIGEN

VERDADERO. La violación es un acto abominable contra la dignidad de la mujer. Si además ella resultara embarazada, estamos frente a una situación dramática que requiere del compromiso de toda la sociedad para con esta madre en situación de extrema vulnerabilidad.

- Al mismo tiempo, se debe considerar que el gestante es inocente del crimen perpetrado y no puede ser la otra víctima de la situación. Es injusto que se proponga como solución a esta terrible situación, que se originó en la agresión y violencia, otro acto de la misma naturaleza, eso es, abortar a la criatura inocente que se está gestando. Al final de cuentas, es discriminar a una persona por su origen, en ese caso, por la condición del progenitor (por ejemplo, un violador).
- Además, esa discriminación va en contra de los derechos que la Convención Internacional de los Derechos del Niño²⁸ protege. En efecto, en su artículo 2.2, dispone que los Estados partes garantizarán que el niño se vea protegido contra toda forma de discriminación o castigo por causa de la *“condición de sus padres”*.

54. EXISTE UN DEBER DE CONFIDENCIALIDAD MÉDICO-PACIENTE

VERDADERO. La confidencialidad es un derecho del paciente y un deber del médico, que resulta indispensable para que haya una relación médico-paciente sincera y efectiva en el cuidado de la madre y del hijo en gestación. Este derecho protege la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud y está reconocido tanto en la legislación chilena (ley N° 20.584, sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, artículo 5, letra c)³³ como en Tratados Internacionales (artículo 15 Convención contra la Tortura)³⁴.

En caso de atender a una mujer como resultado de un aborto, el deber de confidencialidad comprende lo siguiente:

- No condicionar la atención de salud a que la mujer declare o confiese su propia participación (no autoincriminación) o la de otros en el aborto provocado.

Volver al índice

- No presionar ni disuadir a la mujer para que realice declaraciones autoincriminatorias.
- No revelar ni incluir en la denuncia, ni en declaraciones posteriores en el proceso penal que se prosiga para la investigación, las declaraciones de la mujer sobre su propia participación en el aborto, aun cuando éstas las realice sin ser presionada por el personal médico.

55. EL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD ES ABSOLUTO

FALSO. El secreto profesional que tiene el médico **no es absoluto**, y presenta como límite, según la legislación penal (artículo 175 d. del Código Penal)²¹, el deber de denunciar los hechos que tengan características de delito. El aborto directo (doloso) es y seguirá siendo un delito, incluso de aprobarse una ley de aborto por las tres causales invocadas.

56. EL DEBER DE DENUNCIA CONDICIONA LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

FALSO. El médico siempre deberá atender a su paciente independientemente de los hechos. El médico sólo tiene el deber de denunciar hechos que tengan características de delito de aborto, y no puede revelar las declaraciones del paciente ni condicionar la atención de la paciente a que confiese su propia participación en el posible delito.

Esta denuncia tiene por objeto investigar el delito y encontrar a los culpables que, según las sentencias desde el 2003 hasta el 2014, son la mayoría de las veces médicos que abusan de su profesión y vendedores clandestinos de químicos abortivos (como el Misoprostol). La investigación del delito y la sanción a los culpables es necesaria, para proteger a las víctimas y a toda vida inocente.

57. ELIMINAR EL DEBER DE DENUNCIA ES UNA NECESIDAD

FALSO. Eliminar el deber de denuncia del médico, para el caso del delito de aborto, podría tener varias consecuencias. Algunas de ellas son:

- Impedir que se inicie una investigación y descubrir que la mujer es víctima de abusos y violaciones reiteradas, o sea descubrir las verdaderas razones que llevó a la mujer a perpetrar el delito de aborto. Suprimir la denuncia es dejar el violador impune.

- Pueden producirse abusos a la norma y generarse un manto de impunidad, el cual beneficiará:
 - a la mujer que aborta fuera de las tres causales, a quien le bastará esgrimir la causal de violación.
 - al médico que, abusando de su profesión, practica abortos clandestinos.
 - al comerciante clandestino e ilegal que vende químicos abortivos (por ejemplo, misoprostol).

En otras palabras: se permitirá el aborto libre, pues sin denuncia, no habrá investigación, ni tampoco condena. Tendrá como consecuencia la legalización o despenalización del aborto sin restricción.

58. LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA ES UN DERECHO

VERDADERO. La objeción de conciencia es un derecho humano fundamental según el cual ninguna persona puede ser obligada a seguir prescripciones de las autoridades civiles si éstas son contrarias a las exigencias morales que dicta su conciencia. Más aún, quien recurra a la objeción de conciencia debe estar a salvo no sólo de sanciones penales, sino también de cualquier tipo de castigo disciplinario, económico o legal.

Este derecho está reconocido tanto en nuestra Constitución¹⁹ (artículo 19 N° 6) como en Tratados Internacionales sobre derechos Humanos vigentes en nuestro país:

- Artículo 12 de la Convención Americana de Derechos Humanos³⁰.
- Artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos²⁷.
- Artículo 13 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales de Naciones Unidas³⁵.
- Artículos 1.2, 14.1, 14.3 y 30 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño²⁸.

Todas las personas tienen derecho humano a la objeción de conciencia. Este derecho, en el supuesto de que se reconozca el derecho al aborto, no puede ser restringido a los médicos, ni aún a los profesionales de la salud; debe ser reconocido a **toda persona** que de alguna u otra forma pueda verse involucrado en una conducta abortiva, en su consejería, su derivación, su realización.

59. EL ABORTO SOLO SE RESTRINGIRÁ A ESTAS 3 CAUSALES

FALSO. Más allá de la deficiencia técnico-legislativa en la regulación de las causales del proyecto de ley, la experiencia comparada con los países con ley de aborto demuestra que no es posible que exista una legislación restrictiva del aborto. Siempre se parte de causales precisas las que se van, con el tiempo, ampliando.

En España, por ejemplo, que comenzó su legislación del aborto con una ley (1985) casi idéntica a la que se propone actualmente en Chile, luego de que se aprobara la llamada ley Aído (2010), que permite el aborto a libre demanda, resultó que las cifras de aborto no cambiaron. Es decir, se pudo comprobar que en la última década se realizaban 100.000 abortos anuales que no correspondían a la causal invocada³⁶.

Esto es lo que verdaderamente propone el lobby abortista, cuyo objetivo no es conseguir el aborto en ciertas causales, sino **tornarlo enteramente libre**. Eso lo consiguen de dos formas:

- redactando las causales de manera amplia y vaga, o
- directamente expresando un “aborto a petición de la mujer.”

CONCLUSIÓN: ¿ES LA MUJER LIBRE DE DECIDIR?

Hablar de libertad y no de la vida de un ser humano es dar más valor a un derecho por sobre otro: el derecho a la libertad por sobre el derecho a la vida. Es saber que se está matando a otro en la etapa más vulnerable de su desarrollo, la vida intrauterina, pero se es indiferente a ello. La discusión central NO radica en la libertad de la mujer sino en:

- La naturaleza misma del acto de abortar.
- La naturaleza del nonato: un ser vivo de la especie humana.
- Argumentar que nadie, ni menos el Estado, deba interferir en la decisión de una mujer con su embarazo, por complejo que sea, es dar a la libertad un valor absoluto que no existe ni en la realidad, ni en el ordenamiento jurídico. Convivimos con un conjunto de leyes que respetan, pero limitan, nuestra libertad en pos del bien común y de la buena y justa convivencia. La ley protege la vida del que está por nacer y por lo tanto la libertad de la mujer y de todos nosotros, no puede prescindir de esta norma.
- Argumentar que el que está por nacer no es un ser humano, no es persona, o que es un ser viviente prescindible en razón de sus condiciones (enfermedad, origen), son argumentos que utilizan los promotores del aborto como primicia impuesta pero no demostrada: la ley reconoce que la vida del nonato es un bien jurídico protegido, no al revés.
- Argumentar que abortar es un acto lícito –en ciertas circunstancias– es querer descriminalizar el acto de matar –en ciertas circunstancias. Es decir, no se puede matar, pero... a veces, un poco. Abortar es y siempre será terminar con la vida de otro.
- Argumentar que esta libertad se pueda ejercer en base a una tipificación del dolor es un criterio altamente arbitrario y por cierto, puede ampliarse fácilmente el día de mañana. Por lo demás, el dolor no otorga derechos, menos aún el de a matar a otro. Podrían considerarse otros criterios igualmente válidos y menos subjetivos como, por ejemplo, la ética de nuestros actos; en ese sentido, la libertad también consiste en elegir lo que es bueno, siendo nuestros actos los que nos definen como persona humana.
- Argumentar que en nombre de la libertad se puede abortar en ciertas circunstancias es discriminar a 99% de las mujeres embarazadas que, en nombre de esa misma libertad, podrían exigir abortar por otras causales –otros dolores– tan válidas como las tres esgrimidas.

Volver al índice

BIBLIOGRAFÍA

1. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/38296/1/WHO_TRS_461_spa.pdf
2. <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/3/14-136333/es/>
3. <http://3causales.gob.cl/pdf/1230-362-despenalia-interrupcion-emabrazo-3-causales-con-ingreso-camara.pdf>
4. T. W. Sadler, Langman (9ª Edición, septiembre de 2004). Embriología Médica con orientación clínica. Editorial Médica Panamericana, Madrid. ISBN 84-7903-865-9
5. http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Feticidio
6. <http://lavidaintrauterina.blogspot.cl/2013/06/reduccion-multifetal-en-el-embarazo-que.html>
7. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>
8. <http://www.deis.cl>
9. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/b53faf5d1d527a52e04001011e010ef5.pdf>
10. <https://www.youtube.com/watch?v=6wzdHwyQS04>
11. <https://www.youtube.com/watch?v=BSzNpmVjaAw>
12. <http://streaming.camara.cl/vd/democraciaenvivo/SES056-411-20150616.mp4> (a partir de las 2 horas y 6 minutos)
13. <http://www.24horas.cl/programas/semana24/semana-24---sabado-29-de-agosto-1771318> (a partir de los 30 minutos)
14. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=219014>
15. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12643>
16. Koch E, Thorp J, Bravo M, Gatica S, Romero CX, Aguilera H, 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 (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0036613>)
17. <https://www.youtube.com/watch?v=GXINrswI0F0>
18. <http://www.bcn.cl/leychile/Navegar?idNorma=30202>
19. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>
20. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=172986>
21. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>
22. http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2015/06/colmed_codigo_etica_2013.pdf
23. <http://www.latercera.com/noticia/nacional/2015/01/680-611027-9-seis-personas-condenadas-por-aborto-en-chile-cumplen-penas-en-la-carcel.shtml>
24. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29636>
25. <http://www.latercera.com/noticia/politica/2015/02/674-617857-9-ignacio-walker-en-abortono-hay-ordenes-de-partido-de-gobierno-y-menos-de.shtml>
26. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
27. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
28. https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CIDN_06.pdf
29. http://www.unicef.org/panama/spanish/MujeresCo_web.pdf
30. http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm
31. <http://www.un.org/es/documents/charter/chapter1.shtml>
32. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
33. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
34. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
35. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
36. <http://www.nomasmitos.com/maternitas.html>

NOTA: Varios de los argumentos jurídicos fueron redactados teniendo a la vista diferentes columnas de opinión del blog “Derecho y Academia” del profesor Hernán Corral y la exposición de la ONG Comunidad y Justicia sobre el proyecto de ley de aborto (Boletín 9895-11) ante la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados.

Volver al índice



MÁS INFORMACIÓN

www.chileesvida.cl
contacto@chileesvida.cl