

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>



## CONSIDERACIONES ETICAS SOBRE EL ABORTO TERAPEUTICO

Dr. Mauricio Besio Rollero  
Instructor Asociado, Centro de Bioética  
Depto. de Obstetricia y Ginecología  
Pontificia Universidad Católica de Chile

La interrupción voluntaria de un embarazo antes de la viabilidad fetal cae dentro de lo que se considera un aborto provocado. Todos los abortos provocados, en razón al objeto mismo del acto, es decir la realización de una acción que tiene por consecuencia la muerte de un ser humano, aparecen constituyendo actos éticamente ilícitos si se les analiza en forma independiente de la intención del ejecutante y de las circunstancias que lo rodean.

Existen situaciones clínicas frecuentes que derivan en acciones médicas que, si son analizadas sólo considerando la acción física misma, podrían corresponder a lo que se considera un aborto terapéutico. Por acción física entendemos la maniobra instrumental desprovista de la intencionalidad del agente y del libre albedrío de éste para hacerla. El presente trabajo pretende reflexionar sobre circunstancias y motivaciones del médico tratante bajo las cuales dicha acción no constituiría un aborto provocado, sino que una acción terapéutica lícita. Trataré de presentar, a la vez, un procedimiento de análisis de cada situación clínica en particular tendiente a determinar su licitud ética.

### Definiciones y clasificaciones

Para centrar el problema, es útil precisar algunas definiciones. De acuerdo a su finalidad y circunstancias, los abortos provocados han sido clasificados en los siguientes tipos:

- **Aborto libre.** Es el aborto realizado bajo el supuesto derecho que tendría la mujer para interrumpir su embarazo. Se invocan una serie de motivaciones, las más frecuentes son las económicas o sociales. Bajo este concepto, algunos aceptan como suficiente la voluntad de la mujer y bastaría el hecho de ser un embarazo no deseado.
- **Aborto eugenésico.** Es aquel que pretende la eliminación de un feto cuando se puede predecir con probabilidad o certeza que nacerá con un defecto o enfermedad.
- **Aborto por razones médicas o terapéutico.** Es aquella interrupción voluntaria de un embarazo antes de la viabilidad fetal por razones de salud materna.
- **Aborto por motivaciones mixtas.** Se refiere a la llamada reducción fetal selectiva, que pretende eliminar algunos embriones en el caso de embarazos múltiples, con el fin que otros tengan mejor probabilidad de sobrevivir.

### Aborto por razones médicas o terapéutico

Es la interrupción voluntaria de un embarazo antes de la viabilidad fetal (23 semanas o menos de 500 g) por razones de salud materna. Se invocan aquí razones de tipo preventivas y curativas. Serían preventivas en el caso que se considerara que la gestación podría agravar o

empeorar el pronóstico de una enfermedad de base y curativa cuando se considera que el embarazo está causando un peligro para la vida de la madre. Por ejemplo, en el caso de enfermedades psiquiátricas, se considera preventivo el evitar una descompensación psicótica postparto y curativo el impedir un eventual suicidio en el caso de rechazar la solicitud del aborto.

**Dificultades de la definición.** El concepto de aborto terapéutico es muy amplio, ya que diferentes autores consideran como tal:

- Sólo casos en que el embarazo esté poniendo en peligro la vida de la madre.
- Cuando agrava el pronóstico materno en casos de alguna enfermedad.
- Cualquier aborto provocado. Cito aquí a Benjamín Viel: "Si Salud para la OMS es la condición de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Ante tal definición me pregunto, ante una mujer que solicita aborto y que está físicamente sana, ¿está acaso mental o socialmente sana? Si no lo está tendría su salud alterada y si la tiene, la medicina debe ayudarla. Al aceptar tal definición todo aborto inducido es terapéutico".
- Cualquier aborto provocado por un médico. Como los médicos realizan terapias, cualquier aborto realizado por un médico sería terapéutico.

En este trabajo no voy a considerar las dos últimas definiciones, una por ser demasiado amplia y la otra porque evidentemente no todas las acciones de los médicos corresponden a terapias.

En cátedras de Obstetricia de nuestro país, tanto de la Universidad de Chile como de nuestra Facultad, se enseña que la indicación de aborto terapéutico no se ha planteado desde hace por lo menos treinta años. En el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en la década entre los años 1930-1940, las únicas indicaciones de aborto por razones médicas eran tuberculosis materna, valvulopatía (estenosis mitral) e hiperemesis gravídica severa. Sin embargo, siguen presentándose con frecuencia situaciones cuya resolución por parte del médico podría, de acuerdo a la definición, constituir un aborto del tipo terapéutico. A continuación presentaré tres casos reales de cierta frecuencia en nuestro medio.

## Casos Clínicos

### Caso 1

Paciente de 29 años, con antecedentes de una infertilidad primaria de origen tuboperitoneal. Dos años atrás fue sometida a una microcirugía tubaria, en la cual se encontró una obstrucción tubaria bilateral, lográndose realizar una reanastomosis en ambas trompas, quedando ambas permeables. Consulta por una amenorrea de más o menos 7 semanas y una prueba de embarazo positiva. Su médico le realiza una ecografía transvaginal en la cual no encuentra un saco gestacional dentro del útero, sin embargo en el anexo izquierdo lo aprecia claramente, con un embrión con actividad cardíaca visible y una biometría de acuerdo con 7 semanas de gestación, sin encontrar fluido libre en el fondo de saco de Douglas. El médico

tratante le indica que lo mejor para conservar esa trompa y su fertilidad, es inyectar inmediatamente metotrexate al saco gestacional mediante un trócar guiado por ultrasonido.

## **Caso 2**

Paciente de 31 años, portadora de un dispositivo intrauterino desde su último parto. A pesar de él se embaraza y consulta de urgencia a las 16 semanas de gestación, por pérdida de líquido amniótico en forma evidente. Una ecografía muestra el feto vivo, un oligoamnios severo y el dispositivo intrauterino retroplacentario. Es hospitalizada. A los dos días aparece fiebre y se hace el diagnóstico de infección ovular. El médico le dice que es necesario interrumpir el embarazo por el riesgo que ella corre.

## **Caso 3**

Paciente de 27 años, con antecedentes de un embarazo anterior gemelar, interrumpido a las 27 semanas debido a una preeclampsia severa y edema pulmonar. Posteriormente, en un segundo embarazo, a las 24 semanas presenta una crisis hipertensiva con proteinuria ++++. Se intenta tratamiento con hidralazina endovenosa. Una ecografía muestra una estimación de peso fetal de 400 g. A pesar del tratamiento médico, existe un compromiso materno progresivo con radiografía de tórax compatible con congestión pulmonar, proteinuria de 8 g por litro. Se decide interrupción del embarazo, obteniendo un recién nacido de 400 g que fallece. La paciente presentó una tensión arterial normal a los 10 días postparto.

### Formulación del problema

Si utilizamos la definición de aborto terapéutico reconocida universalmente, debiéramos considerar como abortos de ese tipo las interrupciones de los embarazos en los tres casos presentados, ya que en todos ellos se trata de interrupciones voluntarias de la gestación antes de la viabilidad fetal y por razones de salud materna.

Sin embargo, para el análisis de un problema ético-clínico no basta con evaluar si una intervención clínica corresponde o no con una definición; las definiciones son demasiado amplias para un caso particular o, dicho de otra manera, los casos clínicos concretos en los que nos corresponde decidir no son definibles. Corresponde pues, un análisis individual y profundo de cada caso, tratando de incluir todos los aspectos que constituyen un acto en cuanto ético.

### **Intento de solución**

Examinemos lo que tienen en común y lo que diferencia a cada caso presentado. Comparten todos ellos un conflicto entre el bien que le corresponde en justicia a la madre y a su hijo. El médico puede realizar ciertos actos en beneficio de uno, del otro, y también de ambos, y duda sobre cuál o cuáles efectuar o no efectuar.

Los elementos a considerar en el análisis ético son la jerarquía de valores y principios involucrados, la información clínica éticamente relevante, la decisión de la madre,

adecuadamente informada, y la adecuada ponderación de los elementos anteriores, junto a circunstancias particulares.

**Valores o principios en juego.** Son los siguientes:

- **Respeto a la vida.** En los tres casos la interrupción del embarazo significa la muerte del embrión. También parece existir un riesgo vital para la madre, riesgo que no existiría sin ese embarazo.
- **Principio de beneficencia.** La obligación del médico es buscar el bien en lo que a salud de sus pacientes se refiere. Es necesario considerar que en cada uno de estos casos existen dos pacientes.
- **Principio de autonomía.** La madre tiene derecho a participar en las decisiones terapéuticas que le conciernen a ella y también a su hijo, en forma subrogada. No olvidar que el feto tiene también autonomía, aunque no pueda ejercerla.
- **Principio de justicia.** Como seres humanos, ambos tienen igual derecho a la vida y a acciones que les permitan un desarrollo saludable.
- **Principio de no maleficencia.** Ni a la madre ni al embrión o feto se les puede arbitrariamente realizar una acción que les sea perjudicial.

**Información clínica éticamente relevante.** Desde el punto de vista clínico, los tres casos tienen en común:

- La interrupción del embarazo produce inevitablemente la muerte del embrión o feto.
- La interrupción del embarazo provoca que la madre salga de la situación de riesgo para su salud.

Sin embargo, de acuerdo a la naturaleza, curso habitual y pronóstico de cada una de las tres situaciones clínicas, existen diferencias:

**En el caso del embarazo ectópico,** como no está complicado:

- Este no representa una gravedad actual para la paciente,
- La operación o administración de metrotrexate en ese momento tendría mayor indicación para salvar la trompa de la madre que la vida de ella.
- La literatura muestra que sin intervención, un cierto número de embarazos tubarios se reabsorben espontáneamente.
- Es poco probable que una paciente bien controlada corra un riesgo de muerte importante si se complica.

**En el caso de la infección ovular:**

- Clínicamente hay distintos grados de infección ovular, con pronósticos muy distintos, desde una infección subclínica, que responde fácilmente a tratamiento antibiótico, hasta casos de infección diseminada de alta mortalidad o morbilidad materna.

- Existen datos en la literatura que permiten concluir que es perfectamente posible tratar y controlar ciertos casos de infección ovular con tratamiento médico e incluso lograr obtener un recién nacido vivo.

### **En el caso de la preeclampsia grave:**

- Tanto los datos de la literatura médica, como la experiencia de todo obstetra, señalan que si no se interrumpe ese embarazo se producirá la muerte de la madre y del feto.

**Participación de la madre en la decisión.** En virtud de la autonomía que le corresponde como persona, la madre debe participar activamente en la decisión a tomar, si su condición clínica le permite la competencia necesaria. Es indispensable entonces una adecuada y entendible información del clínico hacia ella. Esto no significa que el médico esté moralmente obligado a realizar la acción que ella determine, ya que como vimos, éste también tiene obligaciones para el feto o embrión, cuya autonomía no es ejercida actualmente. En caso de conflicto, el médico puede desistir de seguir atendiéndola, asegurándose que pueda contar con otro profesional calificado que lo haga.

**Ponderación final de los elementos a considerar.** El análisis de estos datos clínicos nos muestra que estamos frente a tres situaciones en las cuales si bien existe un conflicto de valores a defender entre la madre y el feto, la proporción de ellos es distinta, no hay una equivalencia de los efectos esperados en cada uno de ellos:

- En el embarazo tubario no complicado, la intervención provoca la muerte del embrión y permite salvar la trompa de la madre y evitar a ésta un riesgo real, aunque este último difícilmente le causaría la muerte, con el avance actual de la medicina.
- En la infección ovular, la intervención provoca la muerte del feto y disminuye el riesgo materno. No obstante, se sabe que en un número significativo de casos un tratamiento antibiótico agresivo puede lograr no sólo el control de la infección, sino que también sería posible lograr una sobrevida fetal. Sólo en algunos casos graves, identificables clínicamente, es perentorio interrumpir el embarazo como parte ineludible del tratamiento para evitar la muerte de ambos.
- En la preeclampsia severa descrita, si bien la intervención provoca la muerte del feto, logra evitar la única muerte evitable.

### **Conclusión propuesta para estos casos**

De las interrupciones del embarazo antes de la viabilidad fetal por razones de salud materna, sólo serían éticamente lícitas aquellas efectuadas cuando el médico tratante está razonablemente convencido de que si no realiza dicha acción, sus dos pacientes morirán. En dichos casos no sólo existirían circunstancias en las cuales el efecto buscado es proporcionado al efecto no deseado, sino que la acción libremente elegida por el médico sería recta, lícita y no constituiría un acto de los llamados intrínsecamente malos. Estos últimos son los que, según la tradición moral de la Iglesia, son ilícitos por sí y en sí mismos, independientemente de las circunstancias, por razón de su objeto, como por ejemplo el homicidio, el genocidio o el aborto (Veritatis Splendor N° 79-83).

La tesis sostenida en este artículo es que tanto la intención del médico como las graves y especiales circunstancias que configuran el acto, constituyen un objeto que no es un aborto, sino que una acción lícita y ordenada al bien. Es más, en estos casos la omisión de actuar provocaría un mal mayor. La interrupción del embarazo en circunstancias que si no se actúa morirán ambos y que el actuar significa salvar al único posible de salvar (más aun, si se toma todas las providencias para atender y tratar de salvar al otro) no puede considerarse una elección errada, producto de un desorden de la voluntad y por lo tanto de un mal moral, sino que una acción que le corresponde como médico y hombre recto puesto en una difícil situación.

## Recapitulación

Para realizar un análisis sobre la licitud ética de tres acciones médicas en los casos clínicos concretos ya vistos, hemos hecho lo siguiente:

Comenzamos por analizar una situación general, aunque ya con una cierta delimitación. En todos ellos se trataba de la interrupción, por razones médicas, de un embarazo no viable. Luego, con el aporte de antecedentes clínicos relevantes y examinando la motivación del tratante y el entorno de cada caso, hemos logrado identificar lo que diferencia a cada uno de ellos. No es igual, por lo tanto, la motivación del médico al intentar preservar la fertilidad de la paciente en el embarazo tubario o la de mejorar a la paciente con una infección ovular leve, que la motivación al desear salvar la pérdida inminente de la vida de la paciente con una preeclampsia severa.

Por lo tanto, para efectuar un análisis ético-clínico en casos concretos, partiendo de una situación genérica, y por lo tanto más potencial, es necesario identificar, mediante el análisis de la intención del médico y con el aporte de los datos clínicos relevantes y la evaluación de las circunstancias que los rodean, las características específicas de cada uno de ellos, logrando así constituir el acto moral completo: una acción libremente elegida. Libre, a causa de la razón que muestra al médico los principios y bienes participantes, las circunstancias que acompañan a cada situación y las consecuencias previsibles de cada opción. Elegida, a causa de la adhesión de la voluntad a un curso de acción u omisión deseado, no sólo como bien particular sino que ordenado al Bien último.

## Conclusión

Las interrupciones de embarazo, como actos físicos genéricos, no pueden ser valoradas éticamente. Actos instrumentales, como por ejemplo un legrado uterino o una inducción ocitócica son absolutamente indiferentes desde del punto de vista moral, desprovistos de su especificación formal. Son las diferencias específicas que completan una acción concreta, las que permiten una valoración ética.

En el tema de las interrupciones de embarazos no es posible hacer una evaluación ética sólo analizando si una acción corresponde o no con una definición, ya que a pesar que las definiciones comprenden un género y diferencias, éstas no logran alcanzar la especificidad de una acción concreta. La definición de aborto terapéutico como "interrupción voluntaria de

una gestación antes de la viabilidad fetal, por razones de salud materna" es por lo tanto demasiado genérica, no logra agotar la especificidad de frecuentes y diversas situaciones clínicas.

De acuerdo a lo discutido, serían lícitas las interrupciones de embarazos en las cuales el fin buscado por el agente (médico tratante) no sólo es bueno (ordenado), sino que también proporcionado al efecto no deseado. No serían lícitas en cambio, las interrupciones del embarazo en las cuales el fin buscado por el médico es desordenado o desproporcionado en relación al efecto no deseado.

En conclusión, es necesario que los médicos tratantes realicemos, frente a un caso en particular, un análisis acucioso de nuestras motivaciones, de lo que pretendemos con nuestra intervención, así como también un estudio profundo de los datos clínicos relevantes, para así poder juzgar adecuadamente la proporcionalidad de los efectos posibles en las diversas circunstancias, constituyendo de este modo el acto moral completo, del cual sí podemos juzgar su licitud o ilicitud.

#### Referencias escogidas

1. Requena M. Aborto inducido en Chile, Edición Sociedad Chilena de Salud Pública, Santiago, 1990.
2. Avilés V. Derecho Obstétrico, Multigráfica S.A. Santiago, 1992.
3. Lavados M., Serani A., Ética Clínica, Fundamentos y Aplicaciones. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago, 1993.
4. Ovalle A, Roncone S, Iglesias J et al. Bacteriología, evolución, hallazgos histoplacentarios miometriales e histerográficos del huevo infectado entre las 10 y 26 semanas. Rev Chil Obstet Ginecol 1983; 48: 449-62.
5. Ogita S, Imanaka M, Matsumoto M y Hatanaka K. Premature rupture of the membranes managed with a new cervical catheter. Lancet 1984; 1 (8390): 1330-2.
6. Gilles RG, Monif MD. Recurrent Chorioamnionitis and maternal septicemia: A case of successful in utero therapy. Am J Obstet Gynecol 1983; 146: 334-335.