

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, 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>

Análisis ético sobre las interrupciones del embarazo, el aborto provocado y el aborto terapéutico

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

I. Introducción

Es necesario analizar en el contexto de las acciones terapéuticas, las interrupciones de un embarazo por indicación médica. En efecto, en la práctica de la medicina y en forma especial en la ginecoobstetricia es frecuente que se plantee en una paciente embarazada, que este proceso o evento natural se interrumpa. En muchos casos esta decisión no constituye un dilema ético ni para el médico ni para los padres. Incluso esta decisión, probablemente sería aceptada en todos los ambientes culturales. La discusión seguramente se centraría solo en cual de los métodos para llevarla a cabo sería el más eficiente en cada caso particular.

Un ejemplo de esta situación puede ser una paciente con un embarazo de 38 semanas y un retardo de crecimiento fetal intrauterino. En otros casos sin embargo, la posibilidad de interrumpir un embarazo provocaría en el médico tratante y en los familiares un dilema, ya no de carácter técnico, sino que de un orden totalmente distinto, que los obligaría a una reflexión profunda sobre los principios y fines que guían su actuar, podría ser el caso de un embarazo producto de una agresión sexual. Problema cuya solución dista mucho de ser universalmente aceptada.

En esa infinitud de casos particulares, todos distintos, que constituyen el campo del actuar médico y en el cual debemos elegir la conducta adecuada y correcta para los pacientes a nuestro cargo, debemos tomar en consideración, a veces ya como hábito y otras con esfuerzo de la voluntad, aquellos principios que dirigen —coherentes entre sí—, hacia los fines que la razón nos muestra como adecuados a nuestra naturaleza y que es posible afirmar que pueden ser alcanzados por todos los hombres.

El desafío en el tema que nos preocupa ahora es presentar, analizar, fundamentar y jerarquizar los valores o principios que se consideran o que deben ser considerados en la decisión concreta que demanda la particularidad de cada caso. Además, confrontar esos principios con la realidad externa e interna de aquellos que participan en la decisión en estas situaciones. Por último, debemos establecer tanto en el plano de la motivación como 84
Mauricio Besio Rollero

en el de la justificación del actuar, cuando una interrupción de un embarazo es lícita y cuando no lo es, cuales son las variables y en que medida participan en la determinación de la licitud o no de una acción u omisión.

La naturaleza del problema —en el cual se refleja la complejidad de lo que es el hombre —, obliga a enfrentarlo desde todas las perspectivas. Así es indispensable el dato empírico de las

ciencias, la experiencia médica tabulada, aportando el comportamiento fisiopatológico de las enfermedades involucradas y de su reacción a las terapias ya probadas. La reflexión filosófica que trasciende del análisis estrictamente material y orgánico y que se eleva a los aspectos permanentes y no contingentes de lo real. La Psicología, que evidencia las vivencias y motivaciones del médico y paciente y la Teología fundamento último del destino humano y por lo tanto del sentido de sus tendencias naturales. Sentido y destino que no podemos desconocer, ya que sin ellos perderíamos el criterio para jerarquizar y valorar nuestras decisiones. El enfrentamiento de este problema de una manera parcial nos llevaría a reducir al hombre y por lo tanto a la medicina solo a algunos de sus aspectos y no lograríamos avanzar en la solución de estos dilemas que se nos presentan en la práctica médica.

II. El embrión es una persona y por lo tanto un paciente

Lo primero que debemos establecer es a quien debe el médico sus cuidados. Sin duda la relación entre un médico y otro ser humano surge habitualmente de una petición de ayuda. Se trata, entonces, de alguien que de alguna manera se siente enfermo y solicita que otra persona, a la cual considera calificada para ello, que lo ayude, constituyéndose así una relación entre un médico y un paciente. El paciente, en el entendido que su petición de ayuda va a ser atendida, colabora con el médico aportándole toda la información necesaria para ello, incluso lo que atañe a su intimidad espiritual y corporal. El médico a la vez, al aceptarlo como su paciente se compromete no solo a respetar esa confianza, sino que a realizar solamente esas acciones que tiendan a mejorar su condición de necesidad.

Este acuerdo en el que se funda una adecuada relación médico-paciente no necesita una explicitación. Surge espontáneamente cuando estas dos personas, una que solicita y otra que acepta se ponen en contacto. Vemos, entonces, que se trata de una relación interpersonal, son dos personas relacionadas por un vínculo de necesidad y ayuda. Es de naturaleza tan implícita que ni siquiera requiere un contacto físico inmediato ni una adecuada comunicación ya que se establece incluso tácitamente en ciertas condiciones en las cuales una persona que necesita ayuda no es capaz de solicitarla. Un médico establece esa relación con las mismas condiciones frente a una persona en coma o frente a un niño pequeño. Tanto es así, que la obligación que surge en este vínculo lo compromete con su paciente incluso contra la posición de sus familiares, si el bien de esta persona a su cuidado así lo amerita.

El feto es una persona **(1,2)**. Desde que aparece en el ser en algún momento después de la unión de ambos gametos, su naturaleza racional se va desplegando en el tiempo, constituyendo progresivamente los órganos necesarios para ejercer plena y actualmente la inteligencia y libertad, facultades que en un comienzo existen en estado de posibilidad **(3)**. El hecho de no ejercer las operaciones propiamente humanas por tenerlas en potencia o por algún defecto o enfermedad surgida en su desarrollo, no determina que no exista un sujeto de naturaleza racional. Eso solo indica que las operaciones más propias del hombre y que lo especifican como tal, no se expresan por falta de desarrollo o por defecto de los órganos corporales necesarios para el ejercicio de aquellas funciones.

La naturaleza personal del embrión o feto es entonces lo que funda el estatuto de paciente para él. No se necesita una petición de ayuda por su parte, para que un médico le otorgue los cuidados que requiere para asegurar que su desarrollo se complete adecuadamente o para

que, expuesto a una situación de riesgo o enfermedad, le realice las acciones médicas necesarias para su mejoría.

El médico enfrentado a una mujer embarazada, debe desde ese mismo instante considerar que frente a él se hallan dos pacientes: la madre, que habitualmente le solicita sus cuidados para ella y también para su hijo, y ese hijo que es su paciente aún sin solicitarlo, ya que no puede. Más aun, es su paciente incluso en los casos en que la madre no solo no solicita cuidados para él, sino que solicita alguna acción diagnóstica o terapéutica que puede significar un daño para él.

De lo anterior se desprende la irracionalidad de toda acción realizada por un médico cuyo fin sea provocar la muerte del embrión. La naturaleza personal del embrión o feto, su condición de vulnerabilidad, su imposibilidad de solicitar ayuda, lo convierten en uno de los seres humanos más necesitados de la acción de un médico. Sin embargo, entendemos que puedan existir situaciones límites en las cuales las decisiones para un médico puedan ser difíciles y de cuyo análisis trata este capítulo.

III. Dinámica de la decisión médica

En segundo lugar, es necesario reflexionar sobre la dinámica de la decisión o acto electivo del hombre y en el tema particular que nos preocupa, del médico que se enfrenta a estos casos.

a) Proporcionalidad de los efectos para sus pacientes

Cuando un médico decide una acción o decide no efectuarla debe considerar los efectos previsibles que dicha intervención provocará en su paciente. El conocimiento de esos efectos forma parte del bagaje de destrezas y saberes que el médico posee como hábito o que adquiere al estudiar cada caso. El análisis de los efectos previsibles de una intervención médica es uno de los elementos que éste considera al elegir u omitir una acción. Es tan importante el juicio sobre los efectos que producirá una determinada acción que para algunos (consecuencialistas) constituiría el único elemento que una persona, en este caso el médico, debe considerar al elegir. Toda acción tiene no solo dos sino que diversos efectos, algunos previsibles y otros no. Evidentemente son solamente los primeros los que participan en el acto de elección y son también ellos los considerados en el momento de justificar dicha acción. El médico al elegir, solo considera como conductas a seguir aquellas que en consideración al beneficio de su paciente, representan un balance positivo entre los diversos efectos previsibles y no es motivado a la acción cuando su intervención es juzgada con un balance negativo. En la mayoría de las decisiones de la práctica clínica esto no representa para el médico un problema, debido a que lo realiza a modo de hábito y también debido a que el balance es francamente positivo o negativo. Por ejemplo, el daño tisular y riesgo quirúrgico de una laparotomía (efecto adverso) es evidentemente mínimo respecto al beneficio para el paciente con un abdomen agudo. No así la decisión de la misma laparotomía en un paciente terminal.

Esta consideración sobre el balance de los efectos previsibles de un curso de acción médica es lo que se conoce como juicio de proporcionalidad, y se puede expresar de esta otra manera: el médico en consideración al bien de su paciente solo es motivado a elegir u omitir una acción cuando el balance de los diversos efectos previsibles representa un beneficio para su paciente. Cuando este beneficio no se le presenta como evidente, duda. Cuando el balance es negativo, descarta inmediatamente ese curso de acción. En el plano de la motivación a la acción entonces, el médico solo puede elegir cuando una acción se le presenta como proporcionada y no podrá jamás elegir una acción desproporcionada ya que esta última no motiva a la acción médica. La desproporción no motiva a la elección.

En la paciente embarazada, el médico tiene dos pacientes. La evaluación de los efectos tiene que incluir aquellos efectos previsibles sobre la madre y también sobre el feto. La acción elegida deberá ser aquella que represente el mejor balance para sus dos pacientes. El obstetra no solo debe juzgar sobre la adecuada proporcionalidad en la madre, sino que también sobre el feto e incluso a veces sobre dos o más de ellos. Existen entonces algunas situaciones clínicas donde el obstetra debe decidir sobre alguna acción en la cual los efectos esperados son claramente proporcionados para uno de sus pacientes, por ej. la madre pero son de incierta proporcionalidad para el otro, por ejemplo el feto. ¿Cuál es la decisión que motivará a su voluntad? ¿Cuál es la decisión que debe considerarse correcta?

b) La intención en la acción

Estos dos elementos ya vistos, el análisis de la licitud o ilicitud de una acción médica considerando por un lado una jerarquización de principios o valores y, por otro, una ponderación de los efectos previsibles, tienen la ventaja indudable de permitir una mejor evaluación por todos los observadores. Es así posible discutir cuáles son los valores más importantes, y también permite cuantificar y tabular los efectos provocados en las diferentes situaciones clínicas. Combina, en cierto modo, las ventajas de las llamadas éticas modernas: consecuencialismo o ética teleológica, que utiliza como criterio exclusivo de moralidad las consecuencias de la acción en el sentido de lograr la mayor felicidad para todos, y la ética deontológica que considera lo bueno o lo malo por normas que se le presentan a la razón independientemente de sus consecuencias (4).

Sin lugar a dudas, la consideración de principios o valores y la ponderación de consecuencias o efectos de las acciones son parte importante de la deliberación que se realiza antes de la elección de una conducta. Sin embargo, de esta manera no se considera suficientemente al sujeto que realiza la elección, por lo tanto no logra dar cuenta de todo el proceso electivo, la deliberación solo es parte de él. Esta consideración y ponderación no dice nada sobre la intención del agente que decide o elige. Es decir aquí el juicio se elabora desde el punto de vista del observador externo y del juez de las acciones realizadas por otros. Es la ética de la tercera persona

Pero evaluar la licitud o ilicitud de una acción sin la consideración de la intención de quien la realiza no solo impide la justificación de las acciones, sino que deja sin la posibilidad de entender el por qué el hombre realiza actos. En efecto, el acto imperado

por la voluntad se entiende y genera desde el fin. Es el fin, lo anhelado, lo carecido, lo deliberado y entendido como bueno para mí, lo que motiva a mi voluntad y por lo tanto lo que intento y eligo (5).

No se puede entender como el hombre elige sin captar además otros dos hechos:

1. Al elegir una acción, se elige una acción concreta y que se presenta como sensata, que difícilmente consiste en el último fin buscado. Generalmente, es un bien o fin que sirve como medio para ese fin último anhelado. La acción está dirigida, entonces, a conseguir un bien concreto, pero que necesariamente está orientado hacia un bien mayor. Sin este último bien mayor, por el cual realizamos y hacia el cual nos dirigimos, no podríamos decidir nada. No elegimos, entonces, el bien para nuestros pacientes, sino que: lo opero o no lo opero, lo hospitalizo o no lo hospitalizo, teniendo, eso sí, siempre como horizonte ese otro fin más distante, que es el bien para mi paciente, y ese otro fin más distante aunque es ser yo una buena persona.

2. Por lo anterior no se puede considerar el acto electivo solamente desde el exterior del sujeto que elige, no se puede evaluar moralmente una acción solo por sus efectos, aunque puedan aparecer como correctos, de hecho nosotros mismos no evaluamos nuestras acciones solo por sus resultados. Tenemos la seguridad de que en ocasiones hemos actuado mal, aunque el resultado haya sido adecuado. Esto se explica solo desde el fin más distante que aspiramos, en el fin o bien más valioso que anhelamos y al cual ha adherido nuestra voluntad, aunque por su naturaleza y por la nuestra lo percibamos con dificultad. Es por eso que al elegir nos elegimos, por opinar no nos pasa nada, al elegir nos vamos formando. Es decir, decidimos un acto concreto orientado hacia fines intermedios más alejados en los cuales nosotros hemos decidido que se encuentra la felicidad a la cual todos aspiramos.

La intención del sujeto actuante entonces, no solo es importante, sino que específica el acto en cuanto moral. Un mismo acto físico, con los mismos efectos puede tener calificaciones éticas diametralmente distintas.

IV. El problema ético

Veamos ahora , a la luz de lo que ya hemos visto, el dilema que nos preocupa: 88 Mauricio Besio Rollero

a) Clasificación

Si delimitamos nuestro problema a las interrupciones voluntarias del embarazo en las cuales existe una dificultad ética, dejando de lado a aquellas que solo representan una dificultad de carácter técnico, como son todas las indicaciones habituales de la práctica obstétrica, podemos distinguir los siguientes grupos: (6).

- **Interrupciones “libres”:** son aquellas en las cuales se busca la muerte del feto o embrión. En este grupo están todas aquellas interrupciones en algunos países legales y en otros ilegales que buscan que no nazca un niño no deseado. Aquí lo considerado y buscado para hacerlo son una serie de motivaciones que van desde razones sociales, emotivas o de conveniencia circunstancial. En estos casos, evidentemente se juzga en la ponderación de los efectos de la acción, que la vida de este ser humano tiene un valor ontológico inferior al bien buscado como fin de la acción. También en muchos casos la situación vital de quien elige está alterada en grado diverso y puede que sea incapaz de un adecuado funcionamiento de su razón y por lo tanto el acto no sea absolutamente libre.

- **Interrupciones “eugenésicas”:** son aquellas que se realizan buscando la muerte del feto o del embrión, considerando que tiene o puede tener alguna enfermedad que condicionaría una calidad de vida juzgada como indigna de ser vivida o con una carga de cuidados y responsabilidades juzgada como intolerable para quienes les corresponde ese cuidado. Aquí la deliberación de la razón hace que la voluntad se incline por una acción que busque como bien mayor la muerte que una vida considerada sin valor o cuidados y responsabilidades consideradas como intolerables.

- **Interrupciones “éticas”:** son aquellas destinadas a provocar la muerte del embrión o feto, en aquellas gestaciones producto de alguna agresión sexual. En estos casos la razón juzga con una operación adecuada o con una perturbación comprensible, que es un bien mayor que la vida de ese ser humano, el librar a la víctima de una responsabilidad impuesta por una agresión.

- **Interrupciones terapéuticas para la madre:** son aquellas interrupciones en las cuales lo buscado, finalmente, es la salud de la madre. Aquí las razones de salud materna invocadas son de muy distinta índole: van desde casos en los cuales la vida de la madre está en riesgo, hasta casos en que la razón de salud es tan solo social o psicológica. En este grupo se deben distinguir aquellas en las cuales la muerte del embrión o feto es buscado como medio para lograr esa salud materna y aquellos casos en que la muerte del embrión o feto ocurre como un efecto no deseado.

b) Perspectiva ética de la primera persona

La consideración del embrión o feto como persona desde el momento de la concepción inmediatamente le otorga el estatuto de paciente para el médico responsable de la atención de la madre. Esta sola consideración descarta como lícita cualquier interrupción de un embarazo intentada para eliminar un feto enfermo o con probabilidades de estarlo. Nunca se ha considerado una terapia provocar la muerte de un paciente. Incluso la figura de la eutanasia, para los que la aceptan, no es considerada tratamiento, sino que una medida “piadosa” frente a la imposibilidad real o aparente de alguna terapia que beneficie al paciente.

La misma consideración sobre el estatuto personal y por lo tanto de paciente del embrión hace difícil imaginar como lícitas las interrupciones llamadas libres. La eliminación arbitraria de un ser humano inocente es universalmente considerada como un acto reprobable. Lo mismo puede decirse en el caso de las interrupciones llamadas “éticas”. El embrión en esta situación es una persona inocente.

Puede pensarse y concebirse la muerte de un embrión como lícita fácilmente al negarle al embrión su calidad de persona. (7). Pero es también posible que se consideren como de superior jerarquía algún otro valor como por ejemplo la “honra” de la mujer víctima de una violación, o el derecho que tendría la mujer a decidir sobre la continuación de su embarazo por razones económicas, sociales o de salud mental.

Son en estas consideraciones en las que también se pueden incluir motivos relacionados con la salud de la madre, en caso de enfermedad de ella, donde el médico tratante debe realizar, como parte de su deliberación antes de elegir, un juicio de proporcionalidad frente a los efectos previsibles sobre la madre y el feto.

Sin embargo para una adecuada comprensión de la motivación del médico al actuar, debemos tener presente que la medicina es una actividad y como en toda actividad el agente, en este caso el médico, dirige sus actos por apetencias. La voluntad del clínico se inclina hacia la acción que la razón le muestra como buena, en ese sentido la acción adecuada es la resultante de una voluntad rectamente inclinada. Debemos también considerar que la razón en su deliberación necesita la orientación del contexto práctico donde se desenvuelve el que decide. Sin saber cuál es el campo de sus responsabilidades nadie puede decidir nada, ya que ninguna persona puede ser responsable de todo lo que sucede en el mundo. El campo de responsabilidad del obstetra es la salud de sus pacientes, madre e hijo. Para ello debe poco a poco ir desarrollando disposiciones y habilidades que le permitan decidir con prontitud y seguridad la acción adecuada para conseguir lo que le corresponde, la salud de ellos. Se puede agregar entonces que la acción correcta es la acción resultante de una voluntad rectamente inclinada y realizada por el médico obstetra bien provisto de esas disposiciones y habilidades. (8). Por último, para desarrollar esas disposiciones y habilidades operativas, es necesario que el médico conozca objetivamente la realidad que es objeto de su preocupación. Necesita un acabado conocimiento de lo que es un paciente y de las patologías que lo pueden afligir.

No podemos entonces, concebir un acto electivo del médico basado solamente en una referencia a la norma o a una evaluación de los efectos previsibles de ella. Es posible entenderlo así solo en las etapas iniciales de la formación del carácter o ethos de cada médico, cuando no ha adquirido aun las disposiciones operativas tanto técnicas como morales que le permiten la elección correcta, es decir, cuando la norma no está interiorizada como parte de ese ethos o carácter que constituye el contexto práctico subjetivo del médico y cuando este aun no ha adquirido suficientemente el hábito o virtud, que le permite con prontitud y seguridad que su voluntad adhiera a esa acción que representa el bien para sus pacientes, querido como bien propio. En esa etapa, la referencia a la norma y la cuidadosa evaluación de los efectos se presenta como la única garantía posible de la elección más adecuada aunque todavía imperfecta. La acción

perfecta, recordemos, es aquella resultante de una voluntad rectamente inclinada y ordenada hacia el bien más perfecto, del agente bien provisto de aquellas disposiciones operativas técnicas y morales (ethos o contexto práctico subjetivo), con conocimiento adecuado del contexto objetivo en el que le corresponde desenvolverse.

La intención entonces, sí importa, es aquello en vista de lo cual elegimos. Es necesario entonces, analizar aquellas interrupciones voluntarias de los embarazos, que nos presentan mayor dificultad ética, desde una perspectiva que considere adecuadamente el rol tendencial y apetente del sujeto que elige.

Las interrupciones de embarazos que se nos presentan como de mayor complejidad ética, son las que conllevan consecuencias que, desde la sola perspectiva de la proporcionalidad de los efectos previsibles, pueden parecer justificadas. Para un adecuado análisis ético desde una perspectiva de la primera persona o de una ética de fines es indispensable una apropiada comprensión y distinción entre lo que es provocar una muerte directamente, es decir, buscándola intencionadamente, o aceptarla como efecto indirecto y no intentado.

Tomás de Aquino nos dice: “Nada impide que un acto único tenga dos efectos de los cuales solo uno sea el intentado mientras que el otro, puede estar fuera de la intención. Los actos morales reciben su especie de lo que es intentado y no de lo que está fuera de la intención” (9).

Lo que primariamente se nos presenta a nuestra conciencia al decidir (o ya incorporado como hábito) y lo que consideramos para juzgar como bueno y adecuado es nuestro apetecer. ¿Es lo que queremos el resultado de un apetito rectamente inclinado? Si la respuesta es afirmativa, actuamos. Es por ello que al evaluar nuestras acciones evaluamos primariamente nuestra intención al actuar. Es posible sin embargo que existan otros efectos de nuestra acción, incluso previsibles, que no son queridos por nosotros, pero que podemos a veces aceptarlos.

Una muerte directa es entonces aquella que está en la intención, es aquella intentada, buscada, querida, apetecida como fin o como medio para otro fin. Es aquella que en el caso de un inocente se nos presenta a la razón como absolutamente ilícita. Ningún fin puede presentarse a nuestra inteligencia como de mayor valor que la vida de un ser humano inocente, ninguna vida humana inocente puede ser utilizada para otro fin. Más irracional aun se nos presenta el buscar la muerte de un inocente como propósito final.

Una muerte indirecta al contrario, es aquella que no está en nuestra intención, es aquella provocada por nuestra acción u omisión, pero como un segundo efecto de ella, que no queremos, que no apetecemos ni buscamos ni como fin ni como medio, solamente la toleramos o aceptamos ya que es un efecto que puede estar vinculado a nuestra acción u omisión (10).

Veamos ahora, desde esta mirada aquellas, interrupciones voluntarias de embarazos por razones de salud de la madre. Son estas las que representan el mayor interés para

nosotros y actualmente para nuestra sociedad. Debido a que lo buscado en ellas es la salud de la madre, pudieran ser consideradas como abortos del tipo llamado terapéutico. Es muy importante aquí distinguir y precisar las múltiples situaciones posibles y referirlas a la verdadera intención de la acción elegida. Sin duda, la finalidad última en estos casos es la salud de la madre, sin embargo veremos que en algunos casos estas interrupciones de embarazos provocan directamente la muerte del embrión o feto y, en otros, la muerte de este corresponde a un efecto no deseado de la acción y, por lo tanto, a una muerte indirecta **(11)**.

c) Muerte directa y muerte indirecta

Las interrupciones de un embarazo por razones de salud materna pueden tener distintas consideraciones éticas dependiendo fundamentalmente de la intención del médico que elige ese curso de acción. Las distintas circunstancias de cada caso concreto dan luces sobre cual es la intencionalidad de esa acción concreta efectuada. Si consideramos interrumpir un embarazo cuando la gestación pudiese agravar una patología de base materna, la muerte del embrión sería directamente causada, ya que la acción busca la muerte de él como medio para la mejoría del pronóstico materno. Si, en cambio, la decisión de interrumpir un embarazo se toma en el momento que un médico ha hecho todos sus esfuerzos para mantener una gestación, llegando a una razonable convicción que la continuación del embarazo conducirá a la muerte de sus dos pacientes y que la única posibilidad de sobrevivida de ambos o por lo menos de uno de ellos es interrumpiéndolo y que además toma todas las providencias del caso para asegurar una proporcionada atención a ambos, si se produce la muerte del feto, sin duda que esta es indirecta. Analizaremos a continuación con mayor profundidad esta hipótesis:

A pesar de que la mayoría de las veces sabemos que el embrión o feto va a morir con la acción efectuada, es evidente que su muerte no está en estos casos en la intención del médico. De hecho:

1. En las patologías en que se vive esta situación, la presencia o vitalidad del embrión no es lo que determina la intervención, recordemos el síndrome hipertensivo severo en gestaciones molares, infecciones ovulares con feto muerto o el trofoblasto activo en los embarazos tubarios.

2. Es evidente que el médico decide la interrupción cuando sabe que también el feto va a morir de continuar la gestación, por lo tanto si existe alguna posibilidad de sobrevivida para él, es fuera del útero materno. 3. El médico toma las providencias para otorgar una proporcionada atención al recién nacido.

Además:

De producirse la muerte del feto, este efecto no deseado es simultáneo con el efecto intentado. No existe aquí un efecto no deseado primero al que quizás le siga posteriormente el efecto buscado. Por lo tanto el efecto intentado no se produce por el efecto no querido o a través de él. **(12)**.

Parece ser, entonces, razonablemente claro que la intervención en estas situaciones, aunque sepamos que el embrión morirá, se trataría de un efecto no deseado, no intentado y no constituiría una muerte directa. Se podría decir que, si se muere el embrión o feto:

La paciente no se cura porque el embrión o feto muere, sino que el embrión o feto muere al curar el médico la enfermedad.

V. Recapitulación

En el género de las interrupciones voluntarias del embarazo existen variadas figuras que responden a situaciones clínicas muy diversas. Su especificación moral será valorada desde distintas concepciones éticas. Así, algunas podrán ser lícitas desde una óptica de las llamadas éticas de la tercera persona pero no desde la perspectiva de una ética de fines o de la virtud, donde es el agente que se perfecciona al actuar y al perfeccionarse, de él procederá la acción perfecta. Es el médico quien ha desarrollado sus disposiciones operativas e inclinado su razón y voluntad para reconocer y curar a sus pacientes, y es a él a quien se le hace necesario el curar, solo el mal médico delibera sobre curar o no curar. Es desde esta óptica, desde el ethos o carácter que el médico ha ido formando, al reconocer el contexto objetivo que le corresponde: la salud de todos sus pacientes, desde donde valoraremos éticamente las interrupciones voluntarias de los embarazos. Si la razón nos muestra que un embrión es una persona, es para el médico un paciente, si es un paciente, el médico aplica todas sus destrezas y conocimientos para asegurar su salud, no delibera sobre ello, si lo hiciese significaría que aun no ha formado adecuadamente su carácter de médico y necesita una norma o guía externa.

Toda acción u omisión del médico que consista en matar directamente a su paciente no solo es ilícita, sino que significa que no es un buen médico, que su carácter está deformado y de manera más fuerte significa que no es propiamente un médico. Toda aquella interrupción de un embarazo que implique que con esa acción el médico provoque una muerte directa a un embrión o feto, es decir que su muerte sea buscada o intentada como fin o como medio, es ilícita. Incluyo en estas, las interrupciones llamadas “libres”, eugenésicas y éticas, son estas interrupciones a las que corresponde el término aborto provocado o inducido. La inteligencia muestra que ninguna circunstancia o bien ulterior buscado puede legitimarlas. También incluyo en ellas las interrupciones terapéuticas para la madre cuando lo buscado e intentado en la acción es la muerte del feto como medio para mejorar el pronóstico materno. Son estas últimas interrupciones las que corresponderían al llamado aborto terapéutico, denominación engañosa que no debiera usarse ya que induce a pensar en una acción legítima, utilizando el sentido benévolo que el concepto de terapia tiene para médicos y pacientes. Provocar directamente la muerte de un paciente no puede ser considerado nunca como una terapia.

Por el contrario, que cuando un médico decide una acción en una situación difícil en la cual después de agotar todos los recursos de que dispone, decide que la única opción de 93

Análisis ético sobre las interrupciones del embarazo, el aborto provocado y el aborto terapéutico sobrevida para la madre y para el feto es interrumpir ese embarazo, y además procura una proporcionada atención para ellos, aunque sepa que el feto irremediamente va

a morir, no solo esta acción no corresponde a un aborto procurado, sino que es una acción terapéutica lícita, propia de un ethos o carácter médico bien formado, ya que aquí la muerte del feto es un efecto previsible no deseado, no intentado y solamente aceptado después de ponderar adecuadamente la gravedad de las circunstancias.

VI. Bibliografía

1. SERANI, A, El estatuto antropológico y ético del embrión humano. Cuadernos de Bioética Vol. VIII, Nº 31, 3ª edición, 1997 pp.1063-1073.
2. PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, Identity and Statute of Human Embryo. Librería Editrice Vaticana, città del Vaticano 1997.
3. BESIO, M. Inicio de la vida humana, la necesidad de una reflexión filosófica. Rev. Med. Chil. 1997;125;1494-1499.
4. RODRÍGUEZ LUÑO, Ética General. EUNSA, Pamplona,1991, pp. 310-323.
5. STATMAN, DANIEL, Virtue Ethics, a critical reader, Georgetown University Press, Washington D.C. 1997, pp. 2-41.
6. REQUENA, M. Aborto inducido en Chile, Edición Sociedad Chilena de Salud Pública, 1990.
7. SINGER, P., Ética Práctica. Editorial Ariel, Barcelona, 1984.
8. ARISTÓTELES, Ética a Nicómaco. libros II, III y VI.
9. TOMÁS DE AQUINO. Summa Teológica II-II q. 64, a. 7.
10. BOYLE, J., Praeter intentionem in Aquinas The Thomist, 42, 4 oct. 1978. pp. 649.
11. BOYLE, J.; Toward understanding the principle of double effect. Ethics 90 july 1980: 527-538.
12. BOYLE, J., Who is entitled to double effect? The Journal of medicine and Philosophy 16,1991: 475-494.