

ARCHIVO HISTÓRICO

DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v38i1.87>



Volúmen 38, número 1, año 2009

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>

La mujer gestante y su hijo.

El médico frente al llamado aborto terapéutico

Dr. Mauricio Besio Rollero
Profesor Asociado
Departamento de Obstetricia y Ginecología Centro de Bioética
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

El avance del conocimiento médico y de los recursos tecnológicos ha permitido enfrentar con éxito muchas de las condiciones patológicas que afectan a la mujer embarazada y a su hijo en gestación. Aparecen sin embargo, el riesgo de no otorgar al embrión o feto el estatuto de paciente que merece por su condición de ser personal. Existen situaciones clínicas que conllevan la alternativa de interrumpir o no un embarazo en etapas con inciertas posibilidades de sobrevivir para el embrión o feto. Muchas de ellas se dan en situaciones donde es perfectamente posible mantener el embarazo, asegurando un buen desenlace para la madre y su hijo, y otras donde la gravedad de la patología arriesga tanto la vida de la madre como la de su hijo en gestación. Un médico obstetra que considera como pacientes a la madre y a su hijo comprende que la interrupción del embarazo en la primera situación constituye un aborto del llamado terapéutico y por lo tanto la muerte del feto es directamente buscada. En la segunda situación, de producirse una muerte, ésta ocurre al intentar el médico salvar a sus dos pacientes. Acción no sólo lícita sino obligatoria para el médico.

palabras clave: Ética; aborto terapéutico; pacientes.

THE PREGNANT WOMAN AND HER CHILD

The advance of medical knowledge and technological resources has led to dealing successfully with many of the pathological conditions that affect pregnant women and their infants. However, there is the risk of not giving the embryo or fetus the status of patient, status that he/she deserves, in consideration of his/her personal condition. There are clinical situations that entail the alternative of interrupting pregnancy in periods of uncertain survival of the embryo or fetus. Many of these occur in situations where it is perfectly possible to maintain the pregnancy, ensuring a good outcome for both mother and child. There are other occasions where the severity of

disease poses risks for the lives of the mother and child. An obstetrician who considers that the mother and child are his/her patients understands that interruption of pregnancy in the first situation is a therapeutic abortion and therefore the death of the fetus is directly sought. In the second situation, a death that occurs does so in the context of the physician trying to save his two patients, which is not only a licit action, but also obligatory for the doctor.

Key words: Ethics; therapeutic abortion; patients.

Introducción

Existe un debate respecto a la conveniencia de permitir ciertas prácticas en la medicina, posibles por el avance del conocimiento científico y su posterior aplicación técnica. Este debate ha exigido el mejor esfuerzo intelectual de muchos hombres y mujeres a quienes el dónde y el hasta dónde llegar con ellas no les son indiferentes. En efecto, la posibilidad de manipular los cromosomas, la posibilidad de hacer procedimientos diagnósticos en el embrión o feto con riesgos para él, las técnicas de reproducción asistida con congelamiento de embriones y el mismo problema del aborto, son hechos que naturalmente se derivan del conocimiento científico, pero no tan sólo de él sino que también de la firme decisión de realizarlos. Podríamos decirlo de otra manera: el avance científico hace posibles todas esas intervenciones, mas ellas no se realizarían si no se tomara la decisión de hacerlo.

Aparece entonces el problema de los límites. ¿Se debe establecer un límite para lo que podemos hacer?, ¿podemos hacer todo lo que el avance de la ciencia o medicina nos permite? Y si existen algunos límites ¿cuáles son los criterios para establecerlos? Como ejemplo, aunque uno de los límites aceptado casi universalmente es el respeto de la vida humana, categóricamente no es respetado en casi todos los ejemplos anteriormente citados, ya que en todos ellos se busca o se pone en riesgo la vida de un embrión ya formado. En la actividad médica permanece como deseable una especial consideración con el enfermo, sin embargo ésta se desdibuja y muchas veces se pierde en el caso de vidas en las que las características humanas más propias son difíciles de identificar.

El embrión o feto, estando en esa situación vital, muchas veces no recibe por parte de los médicos un trato similar a los que recibe un niño o un adulto. Paradójicamente algunos profesionales, especialistas en el cuidado de las mujeres embarazadas, dedican a veces un encomiable esfuerzo en diagnosticar y tratar a un feto enfermo, mas otras no

tiemblan en realizar un aborto en otro por razones tan nimias como el deseo de la madre o la sospecha de alguna malformación.

Con relativa frecuencia los médicos obstetras se enfrentan a situaciones clínicas delicadas donde parece que colisionan los deberes que el médico debe tener hacia sus dos pacientes. Aparece con fuerza el tema del llamado aborto terapéutico, donde numerosas corrientes de opinión pública buscan legitimar acciones de los médicos que van en contra del principal objetivo de su profesión, que es la de velar por la salud e integridad de sus pacientes. Es imperativo entonces que realicemos un esfuerzo para precisar, en este ámbito de las situaciones clínicas, cuáles son las acciones médicas adecuadas, cuáles son las intervenciones que satisfacen los fines de la medicina y cuáles son contrarias a esos mismos fines.

El feto como paciente

Lo primero que debemos establecer es a quién debe el médico sus cuidados. 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, lo ayude, constituyéndose así la relación médico-paciente. Éste, entendiendo que su petición será atendida, colabora con el médico aportándole toda la información necesaria, incluso lo que atañe a su intimidad espiritual y corporal. El médico, a la vez, al aceptarlo como su paciente, se compromete no sólo a respetar esa confianza sino que a realizar las acciones que tiendan a mejorar su condición de necesidad.

Este acuerdo en el que se funda la adecuada relación médico-paciente no necesita una explicitación. Surge espontáneamente cuando estas dos personas, la que solicita y la 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 tácitamente incluso en condiciones donde la persona que necesita ayuda no es capaz de solicitarla. La obligación que surge en este vínculo compromete al médico con su paciente incluso contra la posición de sus familiares, si el bien de esta persona a su cuidado

así lo amerita. Si bien es cierto es fácil otorgar el estatuto de paciente a un adulto o a un niño,

debemos reconocer que ese reconocimiento se dificulta y muchas veces se oscurece por completo en las primeras etapas de la vida

humana. El embrión humano permanece alejado del alcance de una adecuada consideración por varios factores¹:

1. Al ser nuestra primera aproximación hacia la realidad una aproximación mediante los órganos de los sentidos, nuestra primera captación de otro ser humano es a través de lo semejante. Captamos como humano algo que se nos parece, y todo ser humano cuya figura humana se desdibuja, como es el caso del embrión, se nos presenta como algo distinto. Es necesario, por lo tanto, un esfuerzo de la inteligencia para captar en ese humano a un alguien.
2. Es preciso aceptar que esas primeras etapas de nuestra existencia están bastante fuera de nuestro alcance sensitivo. A diferencia del desarrollo humano desde el nacimiento hacia adelante, al cual estamos habituados a observar día a día, lo que ocurre al interior de la madre no se presenta fácilmente a nuestros sentidos, incluso ella misma sólo siente a su hijo en etapas bastante avanzadas del embarazo, y solamente en algunas de sus cualidades sensibles como el crecimiento y movimiento. Es cierto que la ultrasonografía ha posibilitado apreciar al embrión dentro del útero materno, pero la imagen entregada está muy alejada de cómo captan naturalmente nuestros sentidos y es difícil entenderla sin un hábito o conocimiento previo.
3. No tenemos experiencia propia de esas primeras etapas vitales, así como las tenemos de la niñez o adultez. Incluso sólo tenemos referencia de nuestro nacimiento y primeros años de vida por el relato de nuestros familiares. Esa falta de vivencias de esos primeros estadios de nuestra existencia probablemente facilite la consideración de los embriones y fetos humanos como seres extraños.
4. Además de esas apreciaciones propias de la experiencia, la dificultad más radical está en que lo más propio de los seres humanos, como son la intimidad, la inteligencia, la libertad y la capacidad de realizar actos propios, no existen en el embrión sino como potencialidades. Luego no pueden ser reconocidas en ese momento. Debemos, por tanto, ser capaces de reconocer en sólo un grupo de células o en un organismo a veces desemejante en su aspecto a nosotros, el ser de un sujeto personal cuya naturaleza se está recién desplegando.

Para los médicos, entonces, muchas veces se hace difícil reconocer en el embrión a una persona, constituido por una interioridad de naturaleza racional o inteligente, es decir, humana. Desde que aparece en el ser en algún momento después de la unión de ambos gametos, de la madre y del padre, esa naturaleza racional se irá desplegando en el tiempo,

constituyendo progresivamente los órganos necesarios para ejercer plena y actualmente su inteligencia y libertad, facultades que en un comienzo existen, ya lo decíamos, sólo en estado de posibilidad. El hecho de no ejercer las operaciones propiamente humanas por tenerlas en estado potencial no determina que no exista un sujeto de naturaleza racional, sólo indica que las operaciones más propias del hombre y que lo especifican como tal no se expresan por falta de desarrollo de los órganos corporales necesarios para su ejercicio.

Es justamente esa naturaleza personal del embrión lo que funda el estatuto de paciente para él. No se necesita una petición de ayuda de 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 obstetra que ha logrado aprehender la bondad existente en el ser humano desde su aparición en el ser, será el que, enfrentado a una mujer embarazada, considerará en ese mismo instante que frente a él tiene a dos pacientes: la madre, que habitualmente le solicita sus cuidados para ella y para su hijo, y ese hijo que es su paciente aún sin solicitarlo, porque no lo puede hacer. De esta afirmación podemos desprender la irracionalidad de toda acción realizada por un médico cuyo fin sea provocar la muerte del embrión u otra que arriesgue innecesariamente su existencia. La naturaleza personal de él, su condición de vulnerabilidad y su imposibilidad de solicitar ayuda, lo convierten en uno de los seres humanos más necesitados de la acción de un médico.

Muerte directamente causada y muerte indirecta

Ahora bien, pueden existir, y de hecho existen, situaciones límite en las cuales las decisiones para un médico pueden ser difíciles. Las que producen tal vez mayores conflictos son aquellas situaciones clínicas en donde se considera la interrupción de un embarazo en etapas tempranas de él, por razones de salud de la madre. Es el llamado aborto “terapéutico”.

Sin embargo, tenemos que decir que aborto terapéutico se puede entender de muchas maneras. Podríamos decir que el concepto de él se refiere a aquellas interrupciones en las cuales lo buscado finalmente es la salud de la madre. Sin embargo, aquí las razones de salud materna que se pueden invocar 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 sólo social o psicológica².

“Si salud para la OMS es la condición de bienestar físico, mental y social y no solamente

De allí la importancia de distinguir aquellas situaciones en las cuales la muerte del embrión o feto es buscada como medio para lograr esa salud materna y aquellos casos en que la muerte del embrión o feto ocurre como un efecto no deseado.

Para un adecuado análisis ético desde una perspectiva de la primera persona, es decir, desde una ética donde la intención del que realiza la acción es importante, es indispensable una apropiada comprensión y distinción entre lo que es provocar una muerte directamente, es decir, intencionadamente, o aceptarla como efecto indirecto y no buscado.

Tomás de Aquino nos dice: “Nada impide que un acto único tenga dos efectos de los cuales sólo 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”³.

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 aún 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 omisión⁴.

Acción médica lícita y aborto “terapéutico”

Veamos ahora desde esta mirada aquellas interrupciones voluntarias de embarazos por razones de salud de la madre. Son éstas 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 todas ellas 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 éste corresponde a un efecto no deseado de la acción y, por lo tanto, a una muerte indirecta⁵.

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 van a dar luces sobre cuál 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 ésta 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 él⁶.

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.

Recapitulación y resumen

Es muy comprensible que el público en general se confunda frente a conceptos que –hay que reconocer– son bastante difíciles de entender. Incluso con frecuencia los médicos de otras especialidades, no habituados a enfrentar las situaciones complicadas de la especialidad de obstetricia, yerran en estos conceptos por no haber vivido nunca estos casos. A nosotros los obstetras, a pesar de tomar las decisiones que sabemos intuitivamente correctas, nos cuesta a veces explicitar los fundamentos de ellas.

Parece necesario, frente a la dificultad de comprender las diferencias que existen entre diversas acciones que un médico puede realizar en una mujer embarazada, que intentemos precisar en qué consisten y determinar cuáles son las implicancias éticas de cada una de ellas.

En primer lugar hay que precisar lo que se entiende por **INTERRUPCIÓN DE UN EMBARAZO**⁷; podemos decir que es una acción que busca que el proceso normal de una gestación no alcance su término natural. Como concepto general, su calificación ética va a depender de lo que realmente se está haciendo en cada caso. Tenemos entonces interrupciones del embarazo absolutamente lícitas, realizadas a diario en todas las maternidades del mundo como herramienta terapéutica destinada a proteger la salud de la madre, el recién nacido o ambos. Son aquellas realizadas frente a una patología materna o fetal que indique al médico que es mejor adelantar el parto por algún problema de salud⁸. Éstas habitualmente se realizan cuando el feto está suficientemente maduro para vivir fuera del útero y no representan ningún problema ético ya que es claro que buscan siempre el bienestar de ambos.

Sin embargo, existen otras interrupciones del embarazo que sí representan dilemas y reflexiones éticas, ya que aunque puedan

inspirarse en buscar un cierto bien, atentarán finalmente contra la integridad vital de alguno de los dos.

A continuación se presentan algunas situaciones relacionadas con interrupciones de embarazo, intentando precisar en qué consisten y cuál es el fundamento de su calificación ética.

ABORTO: Es la interrupción de un embarazo antes de la viabilidad, es decir, antes que el feto alcance una madurez fisiológica que le permita vivir fuera del útero. Para fines estadísticos se considera que esta madurez se alcanza a las 23 semanas de gestación o cuando el feto llega a los 500 g de peso.

El aborto puede ser involuntario (espontáneo), es decir, originado sólo por alguna patología de la madre o del feto. También puede ser provocado, es decir, causado por la acción voluntaria de alguien con la intención que el embrión o feto muera.

ABORTO PROVOCADO: es entonces aquella interrupción voluntaria de un embarazo por la cual se causa directamente la muerte del embrión o feto, habitualmente antes que éste alcance la viabilidad⁹.

MUERTE INDIRECTA: Es aquella que ocurre no estando en la intención del que realiza una acción sino que sucede como un efecto no deseado, en una acción que busca un efecto o fin bueno¹¹.

MUERTE DIRECTA: Es aquella que se busca como fin, es decir, lo que se quiere en último término es la muerte del individuo. También es muerte directa la que se busca como medio, es decir, la muerte del sujeto se realiza en vista de otro fin¹⁰.

ABORTO TERAPÉUTICO: Se invoca de esta forma a un tipo de aborto provocado en el cual se busca la muerte del embrión o feto como medio para mejorar la salud de la madre. Es por lo tanto una muerte directa y por ello éticamente ilícita¹².

Una **INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO**, en aquellos casos en que el médico concluye que de continuar esa gestación va a ocurrir la muerte de ambos pacientes¹³, aunque efectivamente ocurra la muerte del feto por inmadurez al extraerlo del útero materno, sería ésta una muerte no buscada, que ocurriría como efecto no deseado de la única acción terapéutica posible para ambos. Esa muerte sucedería al intentar el médico salvar a ambos pacientes. Sería entonces una muerte indirecta¹⁴. No se busca como fin ni como medio. No se trataría de un

aborto terapéutico sino que de una acción médica no solamente lícita y legal sino que obligatoria para el médico¹⁵.

Citas

¹ Cf. Besio M. El feto como paciente. Boletín Científico, Asociación Chilena de Seguridad. 2001; n.º 5-6; 4-10.

² Viel B. en Requena M. Aborto inducido en Chile, Edición Sociedad Chilena de Salud Pública, 1990.

“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.

³ De Aquino T. Summa Teologica II-II q. 64, a. 7.

⁴ Boyle J. Praeter intentionem in Aquinas The Thomist, 42, 4 oct. 1978; pág. 649.

⁵ Boyle J. Toward understanding the principle of double effect. Ethics 90 July 1980:527-538.

⁶ Boyle J. Who is entitled to double effect? The Journal of Medicine and Philosophy 16, 1991:475-494.

⁷ Cf. Besio M. Análisis ético sobre las interrupciones del embarazo, el aborto provocado y el aborto terapéutico. Ars Medica Vol. 4 n.º 6 2002; 83-93.

⁸ Ejemplo de esas situaciones puede ser la presencia de cicatrices en el útero que inclinen al médico a realizar una cesárea antes que se inicien las contracciones de parto o la evidencia que el feto no se está alimentando apropiadamente por alguna disfunción placentaria.

⁹ Del punto de vista ético, si la intención es que el feto muera, es indiferente a qué edad gestacional se realice la interrupción del embarazo, aunque para fines estadísticos se considere aborto cuando el feto pesa menos de 500 g.

¹⁰ En el caso del aborto, la muerte directa del feto buscado como fin, se ve por ejemplo en los casos del aborto legalizado, donde lo que se

persigue con la acción es que el feto desaparezca. Otro ejemplo es el aborto eugenésico. Ejemplos de muerte directa del feto, buscada como medio, puede ser el aborto después de una violación, donde el fin último de la acción podría ser salvaguardar la honra de la víctima. Provocar directamente la muerte del feto, buscada como fin como también buscada como medio, debe ser considerado siempre ilícito. Universalmente se considera ilícito quitar la vida a un ser humano inocente, aunque el fin último buscado sea bueno.

¹¹ Muerte indirecta del feto puede ser la que ocurre al realizar un médico una intervención quirúrgica por ejemplo al corazón y, debido a esa operación, ocurre la muerte del feto. Las acciones que pueden llevar a una muerte indirecta **pueden** ser lícitas si existen razones poderosas para efectuarlas. Esas acciones son lícitas entonces sólo si existe una adecuada proporcionalidad entre el efecto bueno buscado y el efecto que no se desea.

¹² Podría considerarse que en el aborto terapéutico la muerte del feto es indirecta, ya que lo buscado en definitiva es la salud de la madre y la muerte del feto ocurriría como efecto no deseado. Sin embargo, de acuerdo con la nota anterior, para que una muerte indirecta fuese lícita debe existir una adecuada proporcionalidad entre ambos efectos. Difícilmente puede encontrarse un efecto que justifique la muerte de un ser humano inocente.

¹³ Es importante enfatizar la condición de paciente del embrión y feto, y destacar la peculiaridad del médico obstetra que a diferencia de otras especialidades médicas tiene dos pacientes a su cargo. El rechazo de la condición de paciente del feto hace inútiles todas las consideraciones sobre su derecho a la vida, ya que inmediatamente se le estaría negando su condición de ser humano.

¹⁴ No solamente sería indirecta sino que también cumpliría una adecuada proporcionalidad entre el efecto buscado: salvar a ambos de un peligro vital inminente y la muerte de uno de ellos al intentarlo.

¹⁵ Reconociendo la dificultad existente en el público en general como también a veces en los médicos no especialistas para entender estos conceptos, se puede decir que el médico obstetra puede reconocer intuitivamente la licitud de su acción. Este reconocimiento intuitivo se puede explicitar cuando el médico se responde a sí mismo las siguientes preguntas: en la acción que voy a realizar ¿deseo que este feto viva? y ¿estoy realizando mi mejor esfuerzo para asegurar su sobrevivencia? Si las respuestas son afirmativas y tiene que llegar a la decisión de interrumpir un embarazo con seguridad no está haciendo



un aborto terapéutico y realizará la acción que le corresponde como médico.