

ARCHIVO HISTÓRICO

DOI: <http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v38i1.88>



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>

Por qué no innovar en la legislación sobre el aborto terapéutico

Dr. Enrique Oyarzún Ebensperger
Profesor Titular
Jefe Departamento Obstetricia y Ginecología
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

Este artículo analiza desde un punto de vista general las razones por las cuales no parece recomendable innovar en la legislación vigente sobre aborto terapéutico. Se explicitan las definiciones utilizadas respecto de aborto, los dilemas éticos que se han generado, las diferencias que existen desde el punto de vista ético entre aborto directo (incluye el terapéutico y aborto indirecto. Se presentan, además, las cifras disponibles desde el punto de vista de Salud Pública para el aborto en Chile, se analizan las consecuencias físicas y psicológicas del aborto en la mujer, finalmente, se presentan los desafíos para el futuro y se hace una propuesta de cómo avanzar en el debate para superar la disputa entre aquellos que están a favor de una nueva legislación y los que estamos a favor de no innovar.

palabras clave: consecuencias del aborto; aborto terapéutico; interrupción del embarazo; malformaciones fetales; problemas éticos.

WHY NO INNOVATION IN THERAPEUTIC ABORTION LEGISLATION SHOULD BE MADE

This article analyzes, in general terms, why innovation of the existing legislation on therapeutic abortion does not seem advisable. It discusses the definitions regarding abortion, the ethical dilemmas that have been generated in this respect and the differences between direct abortion (including therapeutic abortion) and indirect abortion. Abortion figures available in Chile from a public health perspective are presented. There is an analysis of the physical and psychological consequences for women having an abortion. Finally, the article discusses future challenges and offers a proposal to achieve consensus in order to overcome the dispute between those who advocate new legislation and those who oppose innovation.

Key words: Termination of pregnancy; diseases of pregnancy; congenital anomalies; ethical dilemmas.

La vida y la muerte en tela de juicio

- En nuestro país en reiteradas ocasiones se ha intentado legislar sobre el aborto terapéutico. No obstante, entre 1931 y 1989 este tipo de aborto existió en Chile, pero se prohibió durante el Gobierno de Augusto Pinochet. En democracia, el primer proyecto fue presentado por Adriana Muñoz, diputada PPD a fines de los años 1990. Más tarde, el año 2007, un grupo de diputados PS y PPD, con una versión renovada del proyecto intentó, legislar nuevamente en el Congreso, sin obtener resultados.
- El 2009, meses antes de las elecciones presidenciales de fin de año, el debate sobre aborto terapéutico volvió a la palestra pública. De hecho, hay 2 proyectos de ley que esperan su revisión en el Congreso. Pero, ¿se sabe realmente qué es el aborto terapéutico? ¿y sus reales repercusiones en la vida de la madre y del feto?

Definiciones

Aborto se define como la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal, es decir, antes de que el niño sea capaz de sobrevivir independientemente de su madre. La Organización Mundial de la Salud establece ese límite en las 22 semanas de gestación y/o los 500 gramos de peso¹.

Interrupción del embarazo, en general, es la acción que busca que el proceso normal de una gestación no alcance su término natural. A diario se realizan interrupciones del embarazo del todo lícitas como herramienta terapéutica (frente a patologías maternas y/o fetales), destinadas a proteger la salud de la madre y/o del niño por nacer. Habitualmente estas interrupciones se realizan cuando el feto está suficientemente maduro para vivir fuera del útero.

El aborto, por otra parte, puede ser involuntario (espontáneo), originado por alguna patología de la madre o del feto, o provocado, causado por la acción directa y voluntaria de alguien, con la intención de que el embrión o feto muera. De acuerdo a la legislación de cada país, existen diferentes tipos de aborto provocado.

El aborto libre es aquel en que la madre tiene soberano derecho para poner término a su embarazo buscando la muerte embrionaria o fetal.

Las razones más frecuentemente invocadas en este tipo de aborto son de índole social, económica y psicológica.

Aborto terapéutico se define como la interrupción del embarazo buscando la muerte del feto, mediante agentes externos, por razones de salud de la madre. El aborto terapéutico supone entonces una muerte directa, como el aborto libre. Ambos son, por lo tanto, éticamente ilícitos.

Aborto eugenésico es la interrupción del embarazo buscando intencionadamente la muerte del feto en aquellas situaciones en que se sospecha o se sabe que el niño nacerá con enfermedades o malformaciones genéticas incompatibles con la vida, siendo la más conocida la anencefalia (otras malformaciones letales son acrania, holoprosencefalia, iniencefalia, otocefalia, anomalía de "Body Stalk", agenesia renal bilateral). Cabe destacar que la mayoría de las malformaciones incompatibles con la vida se resuelve frecuentemente con la muerte espontánea del feto dentro del útero antes del término de la gestación. En muchos países el aborto eugenésico es legal e incluso se extiende a otras alteraciones graves, pero que no son incompatibles con la vida, como trisomía 21 o síndrome de Down. De hecho, la posibilidad de interrumpir estos embarazos fue lo que permitió y promovió el desarrollo de lo que hoy se conoce como diagnóstico prenatal.

Otra variante de aborto la constituye la mal llamada "reducción fetal selectiva" o embriocidio, que se da en mujeres con embarazos múltiples producto de tratamientos por infertilidad, y que consiste en eliminar a todos aquellos fetos que la madre no desee a fin de reducir el número total de fetos y mejorar el pronóstico del embarazo. Esta situación ocurre por la utilización masiva y no controlada de técnicas de fertilización asistida, por lo que es considerada como un problema evitable.

Por último, otra figura de aborto provocado es cuando se busca la muerte del feto en aquellos embarazos que resultan de una agresión sexual. Sin duda alguna, siendo injusta la situación en que la víctima se encuentra, también es injusto quitar la vida a un inocente. Esa madre es la única que puede lograr que ese ser humano, tan indignamente generado, pueda sobrevivir. Estas situaciones profundamente dolorosas requieren un esfuerzo extraordinario de apoyo a la mujer agredida.

Dilemas éticos

La vida humana es un derecho universal, y existe desde la concepción o fecundación. Es en ese momento cuando se establece la nueva individualidad genética. Diferentes interpretaciones han pretendido establecer otras definiciones acerca del inicio de la vida. Ellas tienen que ver con la dependencia e indisolubilidad del vínculo con la madre (momento de la implantación), la individualidad ontológica (momento a partir del cual ya no puede haber gemelaridad), establecimiento de ciertas conexiones nerviosas (posibilidad de sentir dolor), y establecimiento de la conciencia.

La admisión del aborto involucra olvidarse del respeto a la vida y la autonomía. El respeto a la vida del niño no nacido se fundamenta en razones de justicia así como en razones de amor al prójimo. El respeto que cada uno pide para su propia vida exige el respeto a la vida de los demás, y en iguales términos. Toda persona que razona y reconoce la existencia de una ley natural debe aceptar que es hombre o mujer, y que se encuentra aquí, entre nosotros, gracias a que sus padres y el Estado le respetaron su propio derecho a la vida cuando se encontraba en la condición de no nacido. Si antes ha existido en el mundo discriminación racial por el color de la piel, legitimar el aborto constituye una discriminación por edad.

En algunos sitios se admite el aborto legal o la interrupción del embarazo hasta las 24 o aún 28 semanas de gestación, o incluso hasta el final del embarazo (mujeres embarazadas en las que se hace tardíamente el diagnóstico de una anomalía genética grave, y que aceptan matar al feto in útero, incluso a término, para luego resolver su parto con un feto muerto). De manera que aquí se muestra el problema que se crea en términos de distinguir entre vida humana y persona humana, siendo exigido el respeto incondicional hacia la persona humana, pero no hacia la vida humana. Testimonio de la arbitrariedad de esta distinción es la completa falta de consenso acerca del momento en que se produciría el paso de la una a la otra².

A las 6 semanas de gestación (2 semanas de atraso menstrual) el embrión es capaz de moverse y es sensible a estímulos luminosos; a las 10 semanas es capaz de desplazar su cuerpo rechazando ciertos estímulos; sus ojos se observan activos mediante la ultrasonografía desde las 16 semanas; y desde los inicios del tercer trimestre o aún antes, el feto es capaz de reconocer, discriminar e incluso aprender diferentes sonidos y expresar ciertas preferencias. Las leyes, entonces, que permiten la eliminación del embrión o feto hasta edades gestacionales avanzadas son evidentemente infanticidios.

Cuando se estudian casos de abortos eugenésicos, por otra parte, se comprueba en la autopsia que muchos de estos fetos eran normales. Lo

anterior prueba la imperfección de los actuales métodos de diagnóstico y el uso de la legislación vigente para otros fines.

El otro tema que importa discutir aquí tiene relación con la autonomía de la madre, la cual primaría por sobre el derecho a la vida del no nacido, siempre o en algunas circunstancias. Sin embargo, esta tesis que justificaría el aborto bajo el principio de legítima defensa exige la presencia de un injusto agresor, que en el caso del no nacido no existe.

El aborto terapéutico antes definido pretende plantear teóricamente un dilema ético: el salvar la vida de la madre o la del niño. Alrededor del 20% de los embarazos se llaman de alto riesgo y suponen siempre como riesgo más grave y último la muerte de la madre y/o del niño en gestación.

Ciertos casos excepcionales de elevado riesgo materno son los que han hecho pensar a muchos políticos, y líderes de opinión y científicos, en la posibilidad de realizar una interrupción del embarazo como medida terapéutica, suponiendo una disyuntiva entre la vida de la madre y la vida del no nacido. Estas situaciones las constituyen madres con insuficiencia hepática e hipertensión portal, insuficiencia cardíaca severa, insuficiencia renal y trasplantadas renales, entre otras. La experiencia publicada del Departamento de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile, y de otros centros nacionales y extranjeros, permite afirmar que si bien estas patologías constituyen un elevado riesgo materno fetal, no son impedimento de embarazo, y el avance del conocimiento médico permite que tanto la madre como su hijo terminen el proceso de embarazo en buenas condiciones.

El problema a enfrentar hoy, entonces, ha cambiado. Lo que esa madre embarazada con una patología severa enfrenta, en realidad, es la posibilidad de que pueda no estar viva algunos años después del nacimiento de su hijo. Ello obliga a considerar la necesidad de planificar su familia, pero esto es un problema completamente diferente y que, por supuesto, atañe enfrentar con responsabilidad a cada individuo y a cada pareja en su íntima reflexión, con la asesoría médica que necesiten. Una vez más esto, sin embargo, no tiene nada que ver con la necesidad de abortar. De hecho, existen muchas actividades humanas que involucran algún riesgo, y ellas no se suprimen ni se declaran inexistentes, que es lo que muchos desean hacer al defender el aborto en determinadas circunstancias.

Respecto a las indicaciones psiquiátricas de aborto terapéutico que constituyen las razones más frecuentemente invocadas en los países que han legalizado el aborto, debemos decir que el argumento dado es generalmente que la mujer afectada se suicidaría de no acceder al

aborto. Para esa afirmación no hay ninguna evidencia científica. Por el contrario, diferentes estudios muestran consistentemente que el embarazo es quizás la etapa de la vida que presenta la menor tasa de suicidios, al punto que se le atribuye un efecto protector. La situación post-aborto provocado, en cambio, determina un aumento significativo de la posibilidad de suicidio³.

Modelos éticos diferentes

Existen otras circunstancias cuyo tratamiento supone la terminación indirecta del embarazo. Ellas son: el embarazo ectópico (gestación fuera del útero que, generalmente, origina en la madre una hemorragia intraabdominal, comprometiéndola gravemente); la infección ovular antes de la viabilidad fetal; la embolia de líquido amniótico (producida habitualmente en embarazos avanzados y que es diagnosticada presuntivamente o post mortem por ser una complicación rara, aguda y casi siempre mortal); la hipertensión arterial severa; la existencia de ciertos cánceres diagnosticados durante la etapa inicial de la gestación; y la mola parcial (variedad de enfermedad del trofoblasto, o tumor del tejido placentario, que coexiste con un feto, triploide cromosómico, incompatible con la vida y con hipertensión del embarazo).

En todas las situaciones anteriores el médico concluye que de continuar adelante la gestación ocurrirá la muerte de ambos pacientes, madre y feto. Aun cuando ocurra entonces la muerte del feto por prematuridad al extraerlo del vientre materno, como consecuencia del tratamiento de la enfermedad de base, ésta sería una muerte no buscada, efecto no deseado de la única acción terapéutica posible para ambos. Esto es una muerte indirecta y no un aborto terapéutico. La acción médica descrita no solamente es lícita y legal sino obligatoria para un médico. No se trata aquí de salvar una vida en desmedro de la otra sino de intervenir para salvar la única vida viable.

Todas esas situaciones particulares suponen muertes indirectamente provocadas por la terapia, pero no deben ser calificadas como abortos terapéuticos. En ningún caso podrían ser sancionadas por la ley, ya que la legislación actual contemplada en el Código Sanitario⁴ señala que “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto”.

La muerte indirecta es la que ocurre no estando en la intención del que realiza una acción; sucede como un efecto no deseado en el contexto de una acción que busca un efecto o fin bueno. La muerte directa, en cambio, es la que se busca como fin o como medio (en vista de otro fin), como en el aborto terapéutico, donde se busca la muerte del feto para mejorar la salud de la madre.

Entender como aborto terapéutico aquellas situaciones en que existe riesgo de vida para la madre y que son consideradas práctica habitual de la obstetricia, puede presentarse como una salida razonable para casos llamados “límites”, pero termina siendo un resquicio legal para despenalizar otros abortos practicados aludiendo al bienestar y salud de la madre. Autorizar este tipo de prácticas bajo el pretexto de condiciones extraordinarias en que la vida puede ser terminada por decisión humana abre un peligroso campo para la discrecionalidad y arbitrariedad.

Situación del aborto en Chile

El número de abortos es desconocido. Las estimaciones utilizadas hasta ahora proceden de los trabajos de Mariano Requena, según los cuales habría sobre 100.000 abortos⁵. Esas estimaciones dependen, sin embargo, de supuestos no verificables. Se ha repetido en los medios, además, el que en países donde el aborto es ilegal, por cada egreso hospitalario con diagnóstico de aborto habría 5 mujeres que no se hospitalizarían (por lo que en Chile habría anualmente alrededor de 160.000 abortos clandestinos). No hay ninguna evidencia que permita sostener esto.

En Estados Unidos, con aborto legalizado, se estima que 3 de cada 10 embarazos terminan en aborto. De hecho, allí hay alrededor de siete millones y medio de nacimientos al año, y la cifra oficial de abortos es de 1.300.000.

La única cifra real, conocida, en Chile, es la de aproximadamente 34 mil hospitalizaciones por aborto al año, cifra que no distingue entre abortos espontáneos y provocados.

Chile tiene hoy, a expensas de las políticas de planificación familiar introducidas en la década de 1960, un bajo crecimiento natural de la población, producto de una tasa de mortalidad baja y estable, y de una tasa de natalidad también baja y en descenso. La mortalidad materna se redujo en paralelo a la caída de la natalidad, especialmente por la disminución del aborto provocado séptico, consecuencia del embarazo no deseado⁶. Es así que mientras en 1960 hubo 845 muertes maternas por embarazo y parto, de las cuales 302 fueron por aborto, en 2005 el total de muertes fue de 48 casos, y sólo 2 fueron por aborto⁷. En Chile hoy la mortalidad materna por aborto provocado no es entonces un problema de salud pública.

Mientras la mortalidad materna en Chile se ha mantenido relativamente estable los últimos 10 años en una cifra alrededor de 18 por cien mil nacidos vivos, lo que significa que en el país mueren por

embarazo y parto alrededor de 40 a 50 mujeres por año, lo cierto es que las muertes por aborto se han mantenido alrededor y bajo 1 por cien mil nacidos vivos desde el año 2001. Debe recordarse aquí que 1 por cien mil es la mortalidad por aborto en Estados Unidos, el país con aborto legalizado donde la mortalidad asociada a esa causa es la menor reportada⁸.

Quienes hoy defienden el aborto terapéutico han expresado la posibilidad de que las estadísticas nacionales no sean confiables. El subregistro de muertes maternas, incluidas las por aborto, existe en realidad en todo el mundo, incluyendo los países desarrollados donde el aborto está permitido, y donde las muertes derivadas de sus complicaciones son atribuidas a otras causas en los certificados de de función (existen múltiples referencias al respecto)⁹, Chile está en el grupo de países más confiables del mundo en este aspecto¹⁰.

No sólo eso, los resultados globales que Chile hoy tiene en salud materna y perinatal están entre los mejores del mundo (a pesar de un producto interno bruto inferior al de los países desarrollados, a pesar de gastar en salud mucho menos que otros países, y a pesar de no tener aborto legalizado).

Consecuencias del aborto en la mujer

El aborto legalizado no está exento de riesgos en la vida de una mujer. Son factores determinantes: la edad de la mujer (a menor edad, mayor es la probabilidad de complicaciones); tipo de intervención (legrado o raspado uterino, microcesárea, instalación peri ovular o intraovular de sustancias, colocación de tabletas o cremas intravaginales o intracervicales, y operación cesárea); tipo de anestesia utilizada (el riesgo de muerte aumenta 2 a 4 veces al usar anestesia general en comparación con la anestesia local); preparación del personal que practica la intervención y condiciones sanitarias (que es un agravante más en abortos clandestinos).

Muchas veces el aborto provocado produce complicaciones físicas y psicológicas en la mujer. Las primeras pueden ser clasificadas en tempranas y tardías. Entre las tempranas es habitual observar perforación del útero, hemorragias, infecciones, trastornos de coagulación, desgarros, traumatismos del cuello del útero y, como consecuencia final, la muerte. Entre las complicaciones tardías encontramos la histerectomía (extirpación del útero) por la presencia de hemorragias e infecciones; la obstrucción de las trompas de Falopio e infertilidad generada por el proceso inflamatorio e infeccioso pelviano; embarazo ectópico que con frecuencia lleva a la extirpación de una o ambas trompas de Falopio; inmunización de una mujer RH

negativa por un feto RH(+); mayor frecuencia de sinequias o adherencias uterinas, e infertilidad.

Respecto de las complicaciones psicológicas, prácticamente todas las mujeres que se han realizado un aborto presentan secuelas de ese tipo. Las principales son insomnio, pesadillas, crisis nerviosas, bulimia, remordimiento, amargura, soledad, aislamiento, indecisión, lamentación y sentimiento de pérdida, baja autoestima, sentimiento criminal, sentimiento de culpa y temor al castigo, deseo de concebir otro hijo de reemplazo e incapacidades sexuales, entre otras.

they died from: an assessment of the global status of cause of death data. Bull World Health Organ. 2005; 83(3): 171-7.

Ha existido polémica, sin embargo, acerca de las secuelas psicológicas del aborto provocado. En julio de 1987 el presidente Reagan encargó a su cirujano general y al ministro de salud que estudiaran esto en las mujeres. En 1989 ellos mismos le informaron que no había datos concluyentes acerca de los efectos del aborto.

También en 1989 la Asociación Americana de Psicología publicó un trabajo que describió las características demográficas de las mujeres que se habían practicado un aborto y que afirmó, además, que no había secuelas psicológicas para el aborto del primer trimestre. Sin embargo el perfil psicológico y ético de las mujeres estudiadas describe a una persona superficial, influenciable, irresponsable, impulsiva y ambivalente, sugiriendo lo anterior que son personas que necesitan ayuda en varios ámbitos^{11,12}.

Desafíos

Aunque siga creciendo el debate sobre la legalización del aborto terapéutico en Chile, es importante saber de qué se habla y conocer sus reales efectos, sus consecuencias y riesgos en la vida de las madres y de sus niños. Más que debatir sobre el aborto terapéutico, deberíamos hacerlo sobre aprobar leyes que fortalezcan la familia, los derechos humanos y los valores éticos de todo ser humano, sin discriminar color, raza ni edad. Deberíamos debatir sobre la promoción de políticas sociales preventivas, sobre la formación y educación sexual; la atención médica, psicológica y social de las mujeres embarazadas, especialmente solteras y adolescentes; la atención correspondiente de las mujeres que abortan; la protección en el trabajo, licencias, opciones de carreras flexibles y horarios compartidos; la alta calidad en los cuidados infantiles, nutricionales, de salud y servicios comunitarios; la planificación familiar y expeditos mecanismos de adopción. No hay dudas de que para cualquier gobierno es más sencillo y quizás de más

bajo costo legitimar el aborto antes que enfrentar ese cúmulo de arduas responsabilidades. Por esta razón es que la mentalidad abortiva debe considerarse un obstáculo para la reforma social verdadera.

Por otra parte, cuando se ha hecho el diagnóstico prenatal de una anomalía grave y se le solicita a la madre que aguarde su resolución espontánea, ello supone la posibilidad de que esa madre mantenga por varios meses un embarazo cuyo fin no será exitoso. La experiencia de nuestra institución muestra, sin embargo, que la mayor parte de las madres tolera bien esa experiencia cuando son apoyadas. Además, la interrupción alejada del término conlleva riesgos que no existen cuando esa interrupción es a término y/o espontánea. Finalmente, nuestra experiencia muestra que el duelo se completa y las madres quedan tranquilas consigo mismas.

Legislación y principios de una nación

La legislación refleja los principios y objetivos permanentes de una nación. Si los castigos reflejan la escala con que esa sociedad valora lo que desea salvaguardar, no se entiende que en un mundo donde se pretende abolir la pena de muerte la vida de un ser humano inocente e indefenso pudiese quedar deliberadamente desprotegida por la ley. A la luz de lo anterior, tenemos la definitiva convicción de que la legislación actualmente vigente en nuestro país, en relación al aborto, responde a los mejores estándares e imperativos técnicos y éticos existentes en el mundo.

Cómo avanzar en el debate

En relación al aborto ocurre que las discusiones en torno a él suelen ser inútiles, porque generalmente se tiene ideas diferentes en virtud de opciones diferentes preestablecidas, lo que implica que las ideas dependen entonces de las opciones, y no las opciones de las ideas.

La definición de aborto provocado supone una conducta sobre una mujer gestante con el objeto de interrumpir el embarazo y causar la muerte del ser en desarrollo. Es interesante, al pensar en esto, aceptar que a diferencia de otras conductas observables en animales y en el hombre, no hay testimonios de animales que ejecuten actos abortivos. El segundo hecho interesante es que, salvo muy contadas excepciones, la conducta abortiva no es una conducta exclusiva de la madre; casi siempre es una conducta realizada en colaboración con otras personas, a pesar de que en todos los enfoques que sobre el aborto se hacen tiende a desconocerse y subestimarse el rol y responsabilidad que les cabe a quienes rodean a la mujer. Es así entonces que hablar del aborto

como algo propio y exclusivo de la mujer constituye al menos una falta de observación y un error metodológico.

El tercer hecho a rescatar es que el aborto aparece como una conducta que atenta contra el normal desenvolvimiento de un proceso biológico natural, conducta que se contrapone a tendencias innatas y adquiridas básicas que, observado sólo en humanos, se asocia a sufrimiento y a posibilidad de morbi mortalidad. Esto es, de hecho, reconocido por prácticamente todos los que han vivido la experiencia y son entrevistados.

Lo anterior explica que el aborto provocado no es un acto deseable para nadie, ni aun para aquellos que lo promueven. Las personas que han vivido un aborto unánimemente quisieran no haber tenido esa experiencia.

Nos parece que una forma de avanzar en el debate es establecer los hechos sobre los cuales existe consenso y aquellos sobre los cuales unos y otros disientimos. Hemos señalado los hechos sobre los cuales no debiera haber opiniones encontradas. Los hechos sobre los que hay, en cambio, diferencias de opinión son los que tienen que ver con las cifras de aborto, con sus consecuencias, especialmente las psicológicas, y con el modo de solucionar este flagelo.

Si el aborto es contrario a la naturaleza biológica y psicológica del ser humano, ¿qué lo condiciona? Es posible que existan condicionantes culturales y también patología psicológica.

Se ha escrito que la legalización del aborto provocado en todos los países sería el único medio racional de suprimir las secuelas físicas del aborto provocado ilegal, y uno podría agregar que a través de la legalización también se busca atenuar el impacto psicológico de quienes abortan. Este argumento puede ser considerado razonable. Sin embargo, el problema no es si se consiguen o no esos propósitos, porque por ese medio se llega inevitablemente al empobrecimiento progresivo de la salud mental y espiritual de las personas y de los pueblos. Pensamos que en este sentido bien vale la pena dedicar esfuerzos a lograr que el dolor de las secuelas físicas y psicológicas del aborto no se reduzca a través de la legalización del aborto sino por el único medio racional y humano, cual es, a nuestro modo de ver, la lucha por que el aborto simplemente no se produzca.

Citas

¹ World Health Organization. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1977; 56(3): 247-53.

² Schenker J.G., Cain J.M. FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health. *Int J Gynaecol Obstet.* 1999; 64: 317-22.

³ Serani A. El aborto provocado. En *Ética Clínica* Ed. Manuel Lavados M. y Alejandro Serani M. Ediciones Universidad Católica de Chile. pág. 259-71.

⁴ Libro V, artículo N° 119 de la Ley N° 18.826 del 15 de septiembre de 1989.

⁵ Requena M. Condiciones determinantes del aborto inducido. *Rev Med Chile.* 1966; 94(11): 714-22.

⁶ Viel B., Campos W. Chilean history of infant and maternal mortality, 1940-1985. *Perspec Int Planif Fam.* 1987; (Spec N): 24 -8.

⁷ Donoso E. Mortalidad materna, Chile 2005. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2008; 73(3): 143-4.

⁸ Abortion surveillance. United States, 2001. *MMWR*, November 26, 2004. Vol. 53j /SS- 9.

⁹ Deneux-Tharoux C., Berg C., Bouvier-Colle M.H., Gissler M., Harper M., Nannini A., Alexander S., Wildman K., Breart G., Buekens P. Underreporting of pregnancy-related mortality in the United States and Europe. *Obstet Gynecol* 2005; 106(4): 684-92. Y Horon IL. Underreporting of maternal deaths on death certificates and the magnitude of the problema of maternal mortality. *Am J Public Health.* 2005 Mar; 95(3): 478-82.

¹⁰ Mathers C.D., Fat D.M., Inoue M., Rao C., Lopez A.D. Counting the dead and what

¹¹ Análisis psicológico-moral del aborto provocado. Alejandro Serani (apuntes no publicados).

¹² Consecuencias del aborto inseguro. En *El Drama del aborto.* Aníbal Faúndez y José Barzelatto. Editores del grupo TM SA. 2005. pág. 63-76.

