

BIOÉTICA Y ABORTO

Dr. Andrés Calle M. *

RESUMEN

En los últimos años ha tomado alta relevancia en el trabajo de los profesionales de la Medicina, la disciplina de la Bioética. Todas las especialidades médicas vienen ya aplicando los principios de la Bioética en su trabajo diario. Sin embargo, existen especialidades y diagnósticos que en forma indispensable deben incluir análisis bioético, pues sus decisiones son cruciales en la plena aplicación de los derechos de la paciente y en el respeto de los valores de la vida. Este es el caso de las pacientes con aborto. En el presente análisis discuto estos interrogantes y busco las respuestas posibles.

SUMMARY

In recent years he has taken great relevance in the work of medical professionals, the discipline of bioethics. All medical specialties are already applying the principles of bioethics in their daily work. However, there are specialties and diagnostics as essential to include bioethical analysis, since its decisions are crucial in the full implementation of the rights of the patient and respect the values of life. This is the case of abortion patients. In this analysis I discuss these questions and possible answers.

INTRODUCCION

El aborto constituye un diagnóstico obstétrico referido a la terminación del embarazo, la misma que puede ser involuntario o efectuado por deseos de la paciente (provocado). En la mayoría de los casos, el aborto provocado es efectuado en pacientes que se encuentra ante la realidad de un embarazo no deseado y por lo tanto buscan la forma de terminar con el mismo. En otros casos, el aborto puede ser una indicación médica, debido a procesos relacionados con la salud materna o fetal o por eventos aprobados por las legislaciones nacionales de cada país. Sin embargo de ello, resulta finalmente como provocado.

El aborto por lo tanto, tanto en el primer caso, como en el segundo resulta de una no adecuada regulación de la fecundidad de la población, que básicamente se encuentra relacionada con el nivel de educación de la población.

La regulación de la fecundidad (anticoncepción o planificación familiar) tiene varios siglos de evolución, los mismos que incluso recuerdan aspectos tradicionales y acientíficos, pasando por métodos cuestionados por su efectividad, hasta los días actuales en los cuáles la paciente puede decidir que método escoger.

Uno de los aspectos fundamentales en la regulación de la fecundidad hace referencia al deseo de planificar la familia y por lo tanto evitar un embarazo no planificado y/o no deseado, que podría ser objeto de procedimientos no aprobados por la mayoría de las legislaciones mundiales, como es la práctica de un aborto "consentido".

BREVE HISTORIA DE LA PLANIFICACION FAMILIAR

La historia de los métodos de regulación de la fertilidad ha transitado por diferentes etapas que han abarcado varios siglos de evolución. Estos métodos en sus inicios, hasta los umbrales de este siglo, eran incluso materia de folklore y tradición, más que de medicina y ciencia.

El primer texto médico sobre métodos contraceptivos se encontró en los papiros egipcios denominados *Petri o Kahun*, que datan del reino de Amemenhat III de la dinastía XX en los años 1850 a.n.e. En estos documentos se encontraba consejos y prescripciones ginecológicas, como el empleo de estiércol de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, que era insertado en la vagina de la mujer; la irrigación de sustancia como el carbonato de sodio y el empleo de una sustancia semejante a una goma que se insertaba también en la región vaginal.¹

Las mujeres egipcias utilizaban tampones hechos de lino impregnado de zumo de limón o se colocaban cáscaras de limón sobre el cérvix. Las chinas ingerían 14 renacuajos vivos tres días después de la menstruación. En la edad media se preparaban pociones de hojas de sauce, óxido de hierro, barro o riñones de mula.

Es importante destacar que el desarrollo de estos métodos ha evolucionado paralelamente al progreso de los derechos civiles de la mujer, en las que recayó el peso de la mayoría de estas tradiciones. En la década de los 50, se inició a utilizar las "píldoras" anticonceptivas, conocidos hasta la actualidad como los contraceptivos hormonales orales.

Por otro lado, en 1959, en Israel, Openheimer inició con sus primeras experiencias con los dispositivos intrauterinos (DIU), los mismos que han ido mejorando su tecnología con el cursar de los años, aunque en algunas poblaciones su importancia ha declinando por la alta incidencia de inflamaciones pélvicas, hemorragias menstruales, entre otras.²

Sin embargo, en el Ecuador, es uno de los métodos de mayor uso entre las mujeres en edad fértil y que utilizan métodos de planificación familiar.³

A pesar de este desarrollo alcanzado en las investigaciones sobre la contracepción, en la actualidad no se ha podido eliminar la práctica del aborto y ha aumentado su incidencia en los países donde la información y los servicios de planificación familiar son débiles. En el Ecuador las complicaciones del aborto provocado en condiciones de riesgo, producen un preocupante porcentaje de muertes maternas.⁴

* Médico Ginecólogo Obstetra – Profesor Principal de la Facultad de Ciencias Médicas, UCE. Jefe del Servicio del Centro de Alto Riesgo Obstétrico, HCAM. Master Bioestadística e Investigación Médica. Diplomado en Bioética.

ASPECTOS MÉDICOS SOBRE EL ABORTO

Aproximadamente 150.000 abortos se producen cada día en el mundo; 55.000 en condiciones de riesgo y el 95% de ellos se producen en países en vías de desarrollo, que conducen a la muerte de 200 mujeres diariamente. Se ha determinado que en todo el mundo se realiza un aborto en condiciones de riesgo por cada 7 nacimientos.⁵ Las muertes por aborto en condiciones de riesgo representan un porcentaje significativo de las muertes maternas. Según la OMS, se considera que 1 de cada 8 muertes maternas tienen que ver con problemas relacionados con el aborto. En algunos lugares la cifra puede ser tan alta como 1 de cada 4 o más, como sucede en algunas ciudades latinoamericanas donde más de la mitad de las muertes maternas se relacionan con complicaciones de aborto realizado en condiciones de riesgo. Obviamente estos casos no acuden a los hospitales y conduce a subregistros o registros extrahospitalarios que no acceden a las estadísticas oficiales.⁶

En este contexto resulta evidente que un enfoque serio del problema requiere una adecuada política de salud pública ya que se trata de una patología cuyos orígenes se encuentran inmersos en una intrincada problemática social, que va desde las estructuras primarias de los modos de producción actuales cargados de contaminantes y productos químicos, cuyo efecto tóxico todavía es en muchos casos desconocido.

En la sociedad ecuatoriana tal dinámica se torna a momentos vertiginosa por los diversos cambios de tipo político que determinan variaciones en las relaciones económicas, educacionales, culturales y laborales de la mujer. Es en este contexto donde nacen diferentes alternativas para la explicación del fenómeno aborto como un hecho ligado íntimamente al desarrollo de la sociedad. Los criterios van desde la explicación del deterioro de la moral social, desestructuración familiar, falta de religiosidad, uso de drogas, moral sexual relajada,⁷ hasta las que asumen al aborto como un derecho de género a fomentarse y ejercitarse ya no en la clandestinidad sino con la asistencia de un marco legal que proporciona seguridad.⁸ Los dos extremos parten de un enfoque de aborto como fenómeno social y sujeto de estudio epidemiológico.

En un intento serio por determinar los índices reales de aborto en nuestro medio se realizó la encuesta nacional de fecundidad que propone un 24% de abortos extrahospitalarios,⁹ sin embargo en realidades similares a la nuestra como la peruana estas cifras alcanzaron un 75%, hecho que plantea la posibilidad cierta de un alto subregistro, que devela las falencias del sistema estadístico a nivel de redes de salud y peor aún el desinterés por obtener información valedera de parte de organismos gubernamentales a fin de plantear soluciones ajustadas a la realidad.¹⁰ Suponemos entonces que tales soluciones al depender en mucho de una política acertada, que responda a los mínimos requerimientos de una sociedad empobrecida, son en la práctica inaplicables.

En el centro de esta problemática se encuentra la mujer con sus relaciones laborales, sociales, culturales y económicas propias, que la convierte en un motivo de estudio precisamente con este carácter de género, ya que entendemos se trata de un actor social sensible a los determinantes estructurales y posiblemente partiendo de su particularidad aportemos a entender no solamente los diferentes determinantes sociales que llevan al fenómeno aborto, sino a entender las complejas relaciones que plantean el fenómeno salud enfermedad en una sociedad.

CONCEPTOS CIENTÍFICOS

Para fines de nuestro estudio consideraremos como aborto la interrupción del embarazo entre su inicio y las 19 semanas inclusive. El diagnóstico puede fundamentarse en el análisis clínico que incluya fracción beta de hCG o estudios ultrasonográficos.^{11,12}

Se entiende también por aborto a la expulsión de un feto no viable con un peso menor a 500 gramos. La interrupción del embarazo antes del período de viabilidad fetal con el propósito de salvaguardar la salud de la madre es lo que entenderemos por aborto inducido terapéutico. Si tal interrupción no se produce por motivos de salud materna o fetal lo llamaremos aborto electivo.¹²

CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

Existen varios modelos para clasificar el aborto, sin embargo presentamos la clasificación de la Sociedad Americana de Ginecología y Obstetricia.¹¹

Aborto inevitable: La inevitabilidad del aborto es indicada por la rotura macroscópica de las membranas en presencia de dilatación cervical. El aborto es prácticamente seguro.

Aborto incompleto: Cuando la placenta en su totalidad o parcialmente, es retenida dentro del útero y tarde o temprano aparece una hemorragia que produce el signo principal del aborto incompleto.

Huevo muerto y retenido: se define como la retención del producto de la concepción muerto in útero durante varias semanas.

Aborto recurrente: se refiere a 3 o más abortos espontáneos consecutivos.

Aborto inducido: (terapéutico). Es la finalización del embarazo antes del período de viabilidad fetal con el propósito de salvaguardar la salud de la madre.

Aborto electivo: (voluntario). Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad por requerimiento de la mujer pero no por motivos relacionados con trastornos de la salud materna o enfermedad fetal. *La mayoría de abortos pertenecen a esta categoría.*

Sin embargo de esta clasificación netamente médica y científica, se podría describir también la clasificación referida al origen propio del aborto:

Espontáneo: Es el aborto producido por causas patológicas o accidentales, independientes de la voluntad de la madre o de un tercero.

Provocado: Este tipo de aborto encuentra su origen en un hecho del hombre; producto de una intervención.

El aborto provocado puede ser a su vez:

Indirecto: Cuando se produce sin intención, como consecuencia de un hecho tendiente a otro objetivo.

Directo: Cuando se ha perseguido directamente la expulsión del feto. Este tipo de aborto puede ser a su vez;

- **Médico,** cuando es realizado por un facultativo, con fines terapéuticos, en caso de enfermedad de la madre o con el objeto de salvar su vida. También llamado lícito o terapéutico.

- **Criminal o ilícito**, que es provocado con el único fin de dar muerte al feto, de interrumpir el embarazo, mediante el uso de instrumentos utilizados con dicho fin.

En general hay acuerdo en considerar al aborto provocado ilícito, como un hecho antinatural, antisocial y físicamente peligroso.

Pero además deberíamos citar otras clasificaciones tales como:

Aborto Honoris Causa: Es el aborto producido para salvar el honor, la honra de la mujer soltera como casada, que tienen sexualmente una reputación honesta. El privilegio es de carácter personal e implica exclusivamente un momento de la culpabilidad, sólo beneficia a la mujer que ha causado su aborto o consentido que otra persona se lo cause y no se extiende a los copartícipes, aunque ellos concurren con el fin de ocultar la deshonra de la mujer. El ocultar la deshonra debe haber sido el motivo fundamental o predominante, sin el cual no se hubiera obrado.

Aborto Ético-Social: Intervención abortiva que tiene por objeto la eliminación del producto de la concepción que proviene de un hecho delictivo, como violación o incesto.

Aborto Socioeconómico: Es el aborto miserable; interrupción del embarazo por razones económicas; evita el aumento de la población y la miseria. Es admitido en países como Australia, Bulgaria o Japón.

Suicidio Aborto: El suicidio de la mujer embarazada plantea problemas diversos, según si el intento de quitarse la vida resulte o no fallido, todo ello frente a la muerte del feto. Si la suicida logra su propósito, el asunto se suscita y en ello radica su interés práctico, frente a un concurso eventual de otras personas. Pero si el suicidio se frustra, será la mujer responsable de aborto consumado. Etcheberry sostiene la impunidad de la mujer embarazada que intenta suicidarse, argumentando que debe tratarse de dar muerte al feto como tal. La vida en germen es todavía parte integrante de la vida de la madre, la tutela penal de la madre abarca también la del fruto.

Pero desde el punto de vista médico el aborto puede clasificarse en:

Aborto Ovular: si se produce en los primeros días desde la concepción, se trata de un aborto precoz que incluso puede pasar desapercibido. Ya sea que se considere como momento de la concepción, la fecundación, momento en que el espermatozoide penetra en un óvulo y se produce la fusión cromosómica de ambas células, con lo que se forma una célula originaria con una dotación cromosómica completa; o cuando se produce la anidación, es decir, cuando se produce su implantación en el útero, donde debería seguir su desarrollo unida a la placenta y dentro del saco embrionario. El intervalo entre la fecundación y la anidación es de siete a diez días.

Aborto Embrional: Se habla de embrión desde el momento de la fecundación. Este aborto se produce hasta el tercer mes de embarazo (semanas 12 de gestación).

Aborto Fetal: A partir de la duodécima semana de la concepción, toma el nombre de feto. Ya cuenta con todos los órganos vitales, los que de allí en adelante deberían comenzar a desarrollarse hasta el momento de su nacimiento. Este aborto se produce hasta el séptimo mes de embarazo; después es un parto prematuro.

Para el análisis del presente documento y por el título del mismo, es evidente que analizaremos la bioética del aborto provocado, sea por decisión de la paciente o porque existen indicaciones médicas que deciden tomar esta conducta. El resto de diagnósticos de aborto, son situaciones en las cuales se ha

producido la muerte del embrión y/o feto intraútero y el profesional solo brinda servicios para una vida ya inexistente.

ANÁLISIS ÉTICO Y MORAL

El ejercicio de la medicina está orientado por principios éticos arraigados en conceptos filosóficos, tales como “no causar daños” y “hacer el bien”. La mayor parte de los textos clásicos de medicina también establecen limitaciones, en cuanto al empleo de los conocimientos médicos para ciertos objetivos.

La filosofía clásica de la medicina comprende diversos conceptos metafísicos, como el lugar que ocupa el hombre en la naturaleza, su relación con lo divino, la salud y la enfermedad y los conceptos metodológicos de diagnóstico, clasificación, evaluación de riesgos y tratamiento. La ética médica clásica establece criterios para la relación entre paciente y médico, lo que es mejor para el paciente, y un conjunto de virtudes que debe reunir un buen médico.

La práctica del aborto se conoce muchos siglos antes de nuestra era. En los pueblos primitivos, de patriarcado absoluto, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aún antes de nacer. En esas circunstancias, el aborto no tenía carácter punible. Se pensaba que el feto pertenecía al cuerpo femenino, a sus entrañas; y dado que la mujer tenía un estado de minoridad, el padre o el jefe de la familia ejercía absolutos derechos sobre el fruto de la concepción.¹³

Las leyes y posturas ante el aborto han variado considerablemente a lo largo de la historia, y continuarán cambiando. La doctrina cristiana durante 300 años, desde 1450 a 1750, hizo distinciones específicas sobre el estado del feto en el útero de la madre. Las diferencias basadas en el hecho de que el feto tenía alma o no, permitieron que el aborto se pudiera efectuar en el período antes de los 40 días de gestación. Pero además es conocido que durante el último siglo, la iglesia católica se ha opuesto a cualquier forma de aborto.

La Legislación que autoriza el aborto

En algunos países el aborto es permitido bajo ciertas circunstancias y condiciones (alteraciones de la salud, razones de eugenesia o motivaciones de tipo socioeconómico, como en Estados Unidos, Canadá, Holanda, Austria, Noruega, Grecia, Dinamarca, Vietnam, Cuba, China, entre otros. Pero igualmente existen otros países en los cuales la legislación al respecto es más restrictiva y solo permiten o autorizan este tipo de procedimiento en casos de violación, enfermedad grave materna y/o malformaciones fetales incompatibles con la vida. Estos causales justamente están presentes en la legislación ecuatoriana. Pero, por las restricciones legales favorecen el aborto clandestino, y para evitar los mismos es requerimientos una mayor educación sexual y reproductiva de la población, situación que en el caso del Ecuador está cada vez más en crecimiento, pero aún falta mucho por trabajar en dicha educación.

Estar a favor o en contra del Aborto?

Los opositores al aborto afirman que la vida inicia desde el momento de la concepción y que debe ser protegida desde entonces; por tanto el aborto sería equiparable al homicidio de una persona indefensa. Ellos temen que la legalización lleve a la utilización del aborto como método de control de natalidad y que su práctica crezca en forma indiscriminada y multitudinaria.

Esta es la realidad en el Ecuador, pues en sus constitución de Montecristi (2008), recientemente aprobada por referéndum

nacional, existe artículos referidos a la protección de la vida, desde su concepción.¹⁴

LOS PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

La reflexión de los principios de la bioética, conllevan a que nuestros actos tengan la mayor integridad moral que podamos obtener. Esta conducta debe referirse no solamente a un caso en especial, sino también cuando tratamos el tema en forma colectiva, como sucedería si estamos legislando con estos objetivos. Pero si estamos tratando con una paciente, es indudable que los principios fundamentales a ser tomados en cuenta son: la autonomía (respeto por las personas), la beneficencia (hacer el bien) y la no maleficencia (no hacer daño); pero si se tratara de legislaciones, es indudable que los principios de mayor predominio en las consideraciones propuestas debería ser, proceder con justicia y el apoyo total a la beneficencia.

Siempre que estamos frente a estos temas difíciles, debemos aceptar que una persona o individuo puede o debe pensar de acuerdo con sus valores personales, pero eso no significa necesariamente que la ley debería implementar penas para estos casos. Así se podría comprender como al efectuar las leyes, un parlamento podría tener el criterio que el aborto solo podría ser aceptado en determinadas circunstancias muy especiales y/o totalmente restringidas, sin embargo podría votar a favor de su despenalización, si está convencido que esa medida irá en directo beneficio de la población.

La autonomía y el aborto

La autonomía personal es la regulación de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlar y sin limitaciones personales. Se puede citar como ejemplo una comprensión inadecuada que impida hacer una elección o una persona autónoma que actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, de la misma manera que un gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas de acción. Sin embargo, una persona con déficit de autonomía, es controlada por otros al menos en algún aspecto de la vida, o es incapaz de reflexionar y actuar en función de sus propios deseos y planes.

Se puede decir que todas las teorías sobre la autonomía están de acuerdo en que hay dos condiciones esenciales: la libertad – capacidad de actuar independientemente de las influencias que pretenden controlar- y ser agente -tener la capacidad de actuar intencionadamente.

Este principio permite deducir que la persona se encuentra adecuadamente informada y que por lo tanto está en conocimiento de los riesgos que pueden derivarse de los procedimientos médicos involucrados en estos casos. Así, la mujer en teoría podría tomar decisiones responsables y decidir de acuerdo a su conciencia, que este caso sería el seguir o no seguir un embarazo presente en su organismo. Así, queda establecido que existe un rechazo total a las presiones externas que podrían estar presentes y peor aún encontrarse forzada a tomar una decisión en un sentido o en el otro. También en este caso, debería involucrarse la autonomía del profesional que no debe sentirse obligado a realizar un aborto, pues si su conciencia no le permite estos actos, no podemos obligarlos con estos procedimientos.

Sin embargo, aquí surge los valores que significan el respeto por la vida y entonces conlleva obligatoriamente al análisis de cuando

mismo se inicia la vida. Para nuestra formación, la vida inicia desde la concepción, pues el huevo o cigoto tiene la capacidad pluripotencial de ir creciendo a medida que avanza el tiempo y de ir identificando su desarrollo con la organogénesis que se produce. Por lo tanto, la autonomía de la mujer para decidir que es lo que le conviene a ella, seguramente debe estar en contradicción con la autonomía que ya tiene un ser en desarrollo y no se ha consultado, ni se ha respetado sus derechos de ser consultado. Para otros autores, el huevo o cigoto no significa el inicio de la vida y por lo tanto no debe considerarse estos derechos. Así, el dilema bioético es más profundo si tenemos que intentar explicaciones de cuando mismo se inicia la vida de un individuo, pues con ello se involucra la validez o no, de la autodeterminación de la mujer gestante, como si ello fuera la última palabra. La iglesia se ha mantenido del respeto por la vida, desde el momento mismo de la fecundación.¹⁵

Existen al respecto muchas posiciones de grupos poblacionales, especialmente grupos femeninos, que defienden la autonomía sobre su cuerpo. Pero, que distancias existen entre la autonomía sobre el cuerpo y la muerte intencional de un embrión o peor aún de un feto intraútero?. A nuestro entender esta distancia es muy grande y no autoriza la autodeterminación.

El origen del dilema es entonces mucho más complejo, No es suficiente el esfuerzo de la ciencia para reconocer la necesidad de los fenómenos naturales y no es suficiente insistir en argumentos biológicos como el de la identidad genética para pretender fundar la dignidad y respeto del embrión humano.¹⁶

Beneficencia – no maleficencia y aborto

Beneficencia del latín *bonum facere*, literalmente "hacer el bien" y no maleficencia del latín *non malum facere*, literalmente "no hacer daño". Quizá sea más propio hablar en español de principios de beneficio y no maleficio, en cualquier caso, hacer el bien y no hacer el mal constituyen la fórmula originaria de la moralidad individual y social; ambos, no dañar y ayudar al otro, se pueden derivar de la naturaleza humana.

Suele establecerse una gradación de obligaciones no-maleficencia-beneficencia que incluye cuatro elementos en orden jerárquico o preferencial:¹⁷

- Se debe no infligir mal o daño (principio de no-maleficencia).
- Se debe prevenir el mal o daño.
- Se debe remover el mal.
- Se debe hacer o promover el bien.

La palabra autonomía se deriva del griego *autos* que significa "propio" y *nomos* "regla, autoridad o ley", y ha adquirido significados tan diversos como autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual, libre voluntad, elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo.

La plena aplicación de estos principios bioéticos en el caso del aborto podrían tener varias interpretaciones, todas ellas involucradas en un debate que estaría dependiendo de la forma por la cual se analiza cada caso, pues es muy difícil poder establecer conductas comunes o universales, sin tener suficiente evidencia sobre cada caso en particular.

En nuestra interpretación podríamos manifestar que la beneficencia de producir el aborto estaría ligado necesariamente a brindar beneficios para la madre, como sería el caso de un embarazo en condiciones de riesgo, en el cual se dirija el procedimiento a salvar la vida de la madre, pues existen diagnósticos médicos en los cuáles la presencia de un embarazo

podría agravar y tener consecuencias fatales en la vida de la madre y por lo tanto en la vida del feto en crecimiento. Entonces para proceder en beneficencia debemos estar seguros de las posibilidades reales y ciertas de los riesgos de la vida de la madre frente a un embarazo, pues solo así podríamos estar actuando en beneficio de ella. Así se ha colocado en la balanza, el riesgo costo beneficio, porque es indudable que estamos buscando el bien mayor, que sería la vida de la madre, frente a la maleficencia de actuar sobre el embarazo.

Igualmente para ello, deberá ser mandatorio la edad gestacional, pues es evidente que no es lo mismo actuar en un embarazo temprano o en un embarazo tardío, pues existen sentimientos y elementos de juicio importantes relacionados con la presencia de un embarazo de mayor edad gestacional, en donde incluso la madre puede aceptar los riesgos de su vida, en beneficio de su feto con una edad gestacional avanzada, pues se ha demostrado que la madre tiene apego psicológico hacia el feto y ello obliga a respetar aún más sus decisiones.¹⁸ Además, no es lo mismo el término del embarazo cuando ocurren en el primer trimestre, que cuando suceden en edades gestacionales mayores.^{19,20}

En conclusión podemos afirmar que si bien es cierto la beneficencia estaría relacionada netamente con aspectos de recuperación de la salud materna, también está presente la maleficencia en el feto. Por ello, cuando se trate de un caso en el cual la decisión es salvar la vida de la paciente, también debe existir las pruebas contundentes y la aceptación del profesional que realizaría el procedimiento, pues en varias ocasiones podría existir las pruebas del diagnóstico en la paciente, pero no el profesional que pueda realizar este procedimiento y nosotros no podemos obligar a cumplir un procedimiento que en su conciencia no está aprobada.

Justicia y aborto

Los términos equidad, mérito y titularidad han sido usados por varios filósofos en sus intentos de explicar la justicia, donde la interpretan como trato igual, equitativo y apropiado a la luz de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas. Una situación de justicia se presenta siempre que las personas son acreedoras de beneficios o cargas a causa de sus cualidades o circunstancia particulares, tales como causar daño o haber sido dañado por los actos de otra persona. Quien tiene una exigencia válida basada en la justicia tiene un derecho y, por tanto, se le debe algo. Así pues, una injusticia implica un acto erróneo u omisión que niega a las personas beneficios a los que tienen derecho o que falla en la distribución justa de las cargas.

Este principio es indudable que ayuda a enriquecer los principios precedentes. Nos obliga a colocarnos en el plano de la paciente y su petición o negativa de efectuarse el procedimiento. Claro, no debemos olvidar que quienes desean este recurso de terminar el embarazo, por lo general se encuentran frente a la realidad de un embarazo no deseado y por lo tanto buscarán la forma de terminar el mismo, aunque sea por métodos no seguros. En la mayoría de estos casos, incluso la pareja sexual, no asume las responsabilidades necesarias que requiere y termina siendo incluso el promotor de estos actos.²¹

En estos casos, es conveniente un análisis profundo y personal, lleno de convicciones sobre la posibilidad cierta que la terminación del embarazo se llevará a efecto, con o sin ayuda del profesional que le atiende. Porque es casi seguro, que si el profesional que atiende a la paciente no desea realizar el procedimiento, ya sea por convicciones morales y/o principios

religiosos, la paciente buscará otras alternativas, que podrían incluso llevar a arriesgar complicaciones con su vida e incluso la muerte materna. Por ello, se ha demostrado que las legislaciones que despenalizan el aborto, no incrementan el número de abortos, pero si disminuyen las complicaciones del mismo.²² Mi pregunta al respecto sería: ¿se justifica disminuir la mortalidad materna, autorizando la muerte intraútero?. Entonces habría que poner en la balanza del análisis ético y moral, en plena aplicación de todos los principios de la bioética, para decidir una conducta en beneficio de poblaciones, pero que no afectan a nadie particular, peor aún a un embarazo. Entonces resultará que lo mejor sería evitar su embarazo, con procesos de educación sexual y reproductiva a la población en general.

Pero además, cuando se procede en justicia, debemos también involucrar si es necesaria la terminación del embarazo por asuntos médicos y valorar riesgos y beneficios propios de la madre y naturalmente del embrión o del feto. Solo así se podrá tomar una decisión en conjunto que permita el crecimiento de una luz que oriente nuestras decisiones.

CONCLUSIONES

Si en determinados países existe la legislación que aprueba el aborto en condiciones especiales, la presencia de los principios de bioética deben estar como pilares para el proceder del médico, los mismos que tiene como sostén su conciencia y su debida interpretación, la cuál no puede ser alterada y debe ser absolutamente respetada. No está obligado el profesional a cumplir un asunto legal, si su conciencia es contraria a su pensamiento. La paciente puede tener autonomía, pero también debe ser respetada la autonomía del profesional que la atiende.

Para nuestro pensamiento solo existe "justificación" para terminar un embarazo temprano, cuando se cumplen ciertos requisitos que se relacionan con la vida de la madre y/o el feto. Así, si científicamente probamos y la medicina basada en evidencia certifica que el embarazo en una gestante con una patología terminal o muy grave, produce un aceleramiento negativo en estado de la salud materna, es conveniente que el Comité de ética institucional valide las pruebas y se proponga un aborto temprano (menor a 14 semanas), para salvar la vida de la paciente. Este pensamiento lo sustentamos debido a que muchas gestantes con embarazos y patologías graves (malignas especialmente), puede acabar con la vida de la paciente y el resultado casi seguro es el fallecimiento de la madre y el feto.

Por otro lado también pensamos que se podría justificar el aborto, cuando existen pruebas médicas sustentadas en la evidencia científica, que el feto es polimalformado y/o tienen patologías incompatibles con la vida, pues si existen estos diagnósticos en forma temprana, no se requiere que la mujer gestante lleve el embarazo a término para terminar en un niño recién nacido que igualmente fallecerá.

Estoy convencido, que por el avance de la tecnología médica y las pruebas de laboratorio y de imagen que existen en la actualidad, estas probabilidades de diagnósticos, tanto maternas, como embrionarias y/o fetales son posibles y en este caso solo se actuaría en beneficencia, sin maleficencia, previo consentimiento informado y suscrito por los padres y/o al menos la madre, lógicamente teniendo la misma conducta con los casos de igual diagnóstico, para proceder en justicia.

Finalmente, debo reconocer que la mayoría de nuestra población tiene una tendencia y aceptación cristiana y religiosa, por lo que

me permito transcribir a continuación el análisis descrito con dichos objetivos:

Tendencias religiosas plantean acerca del aborto lo siguiente:^{23,24}

“la cuestión del aborto es un problema humano básico, que concierne a la sociedad civilizada en que vivimos. No es un argumento católico, protestante o judaico, sino una cuestión de derechos humanos y civiles, de quién puede vivir o quién debe morir; ya que lo primero que debemos preguntarnos es ¿qué hay dentro del vientre de la mujer embarazada? ¿es una vida humana? La respuesta la encontramos en las ciencias naturales, la medicina y la biología. En la primera etapa celular, después de la fecundación, la criatura está viva, no muerta ¿es humana? Sí, no pertenece a ninguna otra especie. De modo que el aborto es una violación de los derechos humanos y de derechos civiles...”

El Dr. Néstor Barbán en su conferencia titulada “Bioética y sexualidad”, impartida en Montevideo, noviembre de 1996, planteó:

“El debate bioético en torno al tema del aborto ha constituido uno de los problemas más candentes, sabemos por ejemplo, que si bien en muchos casos el aborto repercute desfavorablemente en la salud mental de una mujer, es sabido que también en muchos otros casos el aborto previene serios trastornos mentales y sociales.

Habremos de reconocer siempre el derecho de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo y en ese sentido a luchar por la despenalización o la legalización del aborto. Pero también habremos de reconocer que en todo embarazo están en juego dos: una mujer y el producto de la concepción alojado en su útero. Solo habrá de ser tenido en cuenta uno de esos dos.

Ese otro, el producto de la concepción, es una persona, es un ser vivo, reconocemos en él vida humana. Y entonces ... como nos conducimos con aquel o aquella que no tiene voz para defender por sí mismo su propia vida.

Bueno... en fin... recordemos que en todo momento debemos defender el derecho a la protección de la salud, brindando por ejemplo, la posibilidad de que una intervención quirúrgica cualquiera sea realizada en el medio más apto para ello... pero también el derecho a la vida de todos sin excepción...

Solo así estaremos respetando los principios éticos fundamentales...”

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Himes NE. Medical history of contraception. New York: Schucken; 1970.
2. Senanayake P. Fertility regulation. An NGO perspective en contraceptive. Research and Development; 1994.
3. ENDEMAIN, 2003.
4. Calle A.: Epidemiología de la Mortalidad Materna en el Ecuador. Rev FESGO, 2006, 13(1-2):75-88
5. Abortion: A Tabulation of Available Information, 3era .Edición. OMS, Ginebra, 1997.
6. Report of the International Conference on Population and Development. Naciones Unidas, Nueva York, 1994.
7. Villar,J. La mala salud de la mujer en los países en desarrollo: un círculo vicioso. Bol Of Sanit Panam, 2003, 93(4):327-330.
8. Bressani J. Mujeres y Salud. Mexico, Ponencia presentada al Primer Simposio de Estudios sobre la mujer en Mexico, 1981.
9. INEC. Encuesta Nacional de Fecundidad. Quito, Ediciones del INEC, 1984.
10. Breilh J. Determinantes epidemiológicos del Aborto en el Ecuador. Quito, 1984.
11. American College of Obstetrician and Gynecologists: Early pregnancy loss. Technical Bulletin no 212, September, 1995.
12. Williams Obstetricia: Éxito y fracaso reproductivo. Editorial Panamericana, Madrid., 2003.
13. Tolsty V. La producción espiritual. La Habana: Editorial Ciencias Sociales; 1989.
14. Constitución de la República del Ecuador, 2008.
15. Pérez Aguirre L. Religious aspects of induced abortions. Meeting of Parliamentarians from Latin American and the Caribbean on induced abortion . Universidad Externado de Colombia, 2000. p47
16. Besio Rollero M. El feto como paciente. Artículo enviado para lectura Diplomado en Bioética, 2009.
17. Grupo de Expertos. Cuba: Transición de la Fecundidad. Cambio social y conducta reproductiva. CEDEM, ONE, MINSAP. La Habana, 1995.
18. Brazelton T, Cramer B. The earliest relationship: parents, infants and the drama of early attachment. Reading, M.A. Addison – Wesley Publishing Company Inc, 1990.
19. Lawson H, Frye A, Atrasch H, Smith J, et.al. Abortion Mortality, United States, 1992 through 1987. Am J Obstet Gynecol, 1994; 171:1365-1372
20. Atrasch H, MacKay H, Binkin N, Hogue C. Legal abortion in the United States, 1972 – 1982. Am J Obstet Gynecol, 1987; 156:605-612
21. Casas L. Mujeres procesadas por aborto. Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Santiago – Chile, 1996
22. The Park Ridge Center for the Study of Health, Faith and Ethics. World Religions and the 1994 United Nations Conference on Population and Development: a report on an International and Interfaith Consultation. Genval, Belgium, Chicago, Illinois, 1994.
23. Mackinson G. El valor justicia en la convivencia democrática. Buenos Aires, Editorial Ediar; 2000.
24. Mainetti JA. Bioética sistemática. La Plata, Editorial Quiron, 1991.