



Red de Salud de las
Mujeres Latinoamericanas
y del Caribe, RSMLAC
Latin American and
Caribbean Women's Health
Network, LACWHN

DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN SITUACIONES BIOPSIOSOCIALES CALIFICADAS EN QUE SE VULNERAN GRAVEMENTE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Documento de Consenso

Santiago, primavera 2008.

DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO EN SITUACIONES
BIOPSIOSOCIALES CALIFICADAS EN QUE SE VULNERAN GRAVEMENTE
LOS DERECHOS DE LAS MUJERES

Proyecto

*Generación de una Agenda Pública para la Despenalización del Aborto por
Indicación Médica en Chile: Formación de capacidades para una Acción Sostenible
de Instituciones Privadas de Interés Público en Aborto Terapéutico*

Asociación Chilena para la Protección de la Familia APROFA
Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe, RSMLAC

CONFERENCIA DE CONSENSO

Andrea Aranda

Juan Bastías

Juan Antonio Bocaz

Roberto Bravo

María Eugenia Calvin

Cristian Candía

Sandra Castañeda

Zulema Contreras

Guillermo Galán

Carmen Garcés

Livia Grácola

Nirvana Gonzalez

Andrea Schilling

Carmen Torres

Rodrigo Hess

Josefina Hurtado

Gloria Maira

Camila Maturana

Ernesto Perucca

Consuelo Pelayo

Alvaro Ramis

Paula Santana

Ute Seibert

Juan Sepúlveda

Gloria Salazar

Patricio Silva

Mercedes Taborga

Andrea Vera

Sandra Vera

Edición: Gloria Maira Vargas

“No cabe duda que discutir acerca del aborto recubre una gravedad extrema al tocar éticamente una pregunta por la autonomía de la mujer y las formas de ejercicio de poder y de control sobre su cuerpo”.

Raquel Olea, feminista chilena.

Voces. Defensoría del aborto en Chile, 2004.

“Hoy defender la vida implica despenalizar el aborto, implica sacarlo de la clandestinidad. No hay que confundir la postura a favor de la despenalización del aborto con una postura pro abortiva. La única forma de trabajar el aborto y todas las problemáticas relacionadas con el aborto es justamente sacándolo de la sombra”.

Izani Bruch, pastora de la Iglesia Evangélica Luterana en Chile.

Entrevista Revista Mujer Salud. RSMLAC, 2006.

“El aborto inducido, que en el mundo de hoy tiende a ser despenalizado, debiera ser legal cuando existen enfermedades previas al embarazo o causadas por este, cuando el embarazo sea producto de violación o incesto, cuando se confirme previamente que el producto de la concepción tiene defectos genéticos incompatibles con una vida normal, cuando la situación económica de la mujer o pareja no garantice el debido cuidado del niño”.

Doctor Benjamín Viel.

La Vida en la Tierra y el Ascenso del Hombre, 1996.

“La mayoría de las mujeres tienen embarazos no deseados y abortos inducidos como consecuencia del fracaso de la sociedad en proteger sus derechos. El aborto es una decisión personal tomada habitualmente como último recurso. Además los servicios de salud tienen la obligación ética de atender de la misma forma a todas las personas que solicitan atención médica. Por lo tanto, las sociedades deben garantizar que las mujeres con complicaciones derivadas de abortos legales o ilegales sean tratadas con pleno respeto y reciban una atención médica de la misma calidad que la brindada a cualquier otra persona que busca ayuda médica”.

Doctores Aníbal Faúndes y José Barzelato.

El Drama del Aborto. En Busca de un Consenso, 2005.

Índice

Presentación

Introducción

El impacto en la vida las mujeres

Tratamiento legal del aborto terapéutico en Chile

Consideraciones de Derechos Humanos

Consideraciones bioéticas

La visión médica

Visiones desde la religión

Bibliografía

Presentación

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos forma parte de las potestades ineludibles de la condición ciudadana. Su vigencia y respeto son características de una sociedad democrática donde el Estado, como representante del interés colectivo, genera las condiciones para que las personas tomen las mejores opciones a partir de sus creencias, valores y situaciones de vida.

En Chile, la legislación aún restringe la libertad sexual y reproductiva de las personas, afectando con ello el pleno ejercicio de sus derechos y su capacidad de decidir en ámbitos que pertenecen a su intimidad y desarrollo personal. La penalización del aborto en toda circunstancia pone en riesgo la vida de las mujeres, y tiene un impacto negativo en su salud, sus oportunidades y su libertad.

Para la Asociación Chilena para la Protección de la Familia APROFA y la Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe RSMLAC, el aborto debe ser despenalizado en Chile, particularmente en aquellos casos de riesgo a la salud o vida de la mujer, cuando el feto es inviable o el embarazo es producto de una violación. Ésta es también la opinión de amplios sectores de la ciudadanía que, en consultas hechas por organismos no gubernamentales y entidades académicas de seriedad incuestionable, han manifestado la necesidad que la legislación se modifique.

La posibilidad de generar un debate libre e informado sobre el aborto en Chile, tal como se ha dado en sociedades desarrolladas, se ha topado con al menos dos grandes dificultades. Por un lado, la falta de vocación democrática de sectores conservadores y fundamentalistas que, utilizando su poder económico y político, pretenden imponer a toda la sociedad sus valores y creencias. Por otro, y no menos importante, la ausencia de acción articulada de las organizaciones sociales y de interés público, y de ámbitos académicos y profesionales, que incida en el debate público y haga viable el derecho a decidir a las personas.

Con el propósito de fortalecer la acción articulada a favor de un cambio legislativo y en las políticas públicas frente a la interrupción voluntaria del embarazo, APROFA y RSMLAC comparten voluntades en la implementación del proyecto *Generación de una Agenda Pública para la Despenalización del Aborto por Indicación Médica en Chile: Formación de capacidades para una Acción Sostenible de Instituciones Privadas de Interés Público en Aborto Terapéutico*. Un esfuerzo de esta naturaleza demanda la identificación y profundización de bases argumentales consensuadas, para sustentar un trabajo de planificación y comunicación estratégica a favor de la despenalización del aborto, por causas que afectan gravemente los derechos de las mujeres.

El presente documento fue desarrollado por la Conferencia de Consenso Interdisciplinaria convocada por APROFA, en la que participaron personas de distintas disciplinas, experiencias, y filosofías de vida, religiosas y laicas. Su objetivo es fundamentar liderazgos capaces de participar en una deliberación pública, defendiendo el derecho de las mujeres de interrumpir un embarazo en situaciones específicas.

APROFA Y RSMLAC quieren agradecer a los y las especialistas que participaron en la elaboración de este Documento de Consenso, y a Rodrigo Hess, Alvaro Ramis, Gloria Salazar, Claudia Sarmiento, Juan Sepúlveda, Ute Steibert y Sergio Zorrilla, cuyos artículos y exposiciones permitieron profundizar la reflexión y afinar los argumentos. También reconocer el aporte de la consultora GESTRA en el acompañamiento metodológico del proceso.

Finalmente, agradecer el apoyo de Safe Abortion Action Fund (SAAF) IPPF Londres, sin cuya contribución este proceso no habría sido posible.

Alejandro Guajardo
APROFA

Nirvana Gonzalez
RSMLAC

Introducción

El propósito de una Conferencia de Consenso es evaluar la información disponible sobre un tema específico, y desarrollar un discurso que contribuya a su comprensión en tanto problema público. Se conforma con un grupo de personas, diversas en opciones y visiones, en experiencia de trabajo y formaciones profesionales, que comparten un enfoque respecto de una preocupación común.

A la Conferencia de Consenso propuesta por APROFA fueron convocadas personas del ámbito jurídico, médico, psicosocial, bioético, teológico y feminista. Las argumentaciones que se exponen en este documento, componen el consenso alcanzado durante intensas jornadas de trabajo. Es resultado de un ejercicio activo de reflexión y de debate, donde las interpretaciones individuales y enfoques disciplinarios se nutrieron de otras elucidaciones, y se enriquecieron y ampliaron. De hecho, la perspectiva inicial de aborto terapéutico por razones médicas, con la cual comienza la Conferencia de Consenso, se redefine hacia un planteamiento en sintonía con los derechos de las personas. Las bases argumentales desarrolladas sustentan un trabajo por la despenalización del aborto en causas que afectan gravemente los derechos de las mujeres.

La Conferencia de Consenso estima que la obligación de continuar con el embarazo, en las condiciones específicas analizadas en este documento, puede significar lesiones graves a la salud, la integridad, los derechos y, en algunos casos, la vida misma de las mujeres involucradas.

Las y los participantes de este proceso comparten la convicción de que es necesario legislar reconociendo el derecho de las mujeres a decidir sobre la continuidad de embarazos riesgosos: en situaciones en que peligra su salud y su vida, cuando el embarazo es producto de la violencia sexual, y en casos de malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina. Obligar a las mujeres a continuar con el embarazo en cualquiera de estas condiciones

trasgrede gravemente sus derechos, y crea situaciones inaceptables para la conciencia de la sociedad.

La mujer demanda hoy de la legislación, el derecho a beneficiarse de los avances tecnológicos, sin tener que violar la ley con maniobras clandestinas. En Chile, se estima que el número de abortos que se producen cada año varía entre 122.000 y 160.000, y son la segunda causa de mortalidad materna. La Conferencia de Consenso espera que este documento ayude a orientar las deliberaciones, y permita evitar el padecimiento de las mujeres, en particular de aquellas que no cuentan con oportunidades para efectuar la interrupción de su embarazo en condiciones seguras.

El aborto clandestino es un problema de salud pública, de justicia social y de derechos humanos. El Parlamento chileno debe legislar en función de garantizar el derecho de las personas a tomar decisiones en materia reproductiva, de manera que para hombres y mujeres la reproducción sea una decisión consciente y deseada en lo personal, y acogida en condiciones de solidaridad y justicia social.

EL IMPACTO EN LA VIDA DE LAS MUJERES¹

El aborto es una experiencia sólo vivida en carne propia por las mujeres, que se convierte en posibilidad cierta desde el momento en que alcanzan la menarquia, es decir, desde que existe la posibilidad biológica del embarazo. Esta capacidad de engendrar y también de abortar, convierte a las mujeres en las principales protagonistas de esta situación, y por tanto, sus opiniones, percepciones y experiencias deberían ser consideradas determinantes en la elaboración de las leyes y las políticas públicas relativas a la fecundidad y a la maternidad; especialmente en aquellas orientadas a disminuir la ocurrencia de abortos, regular su realización, y asegurar la vida y la salud de las mujeres. Sin embargo, la voz de las mujeres no suele tomarse en cuenta.

El supuesto deseo “natural” de ser madre ha sido durante siglos uno de los pilares de las culturas patriarcales, donde la maternidad es el único proyecto legítimo de las mujeres, y el aborto es una trasgresión grave de este mandato que debe ser castigada.

Desde sus inicios, los movimientos feministas reivindican la libertad, la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, y denuncian la arbitraria injerencia del Estado y de la sociedad patriarcal sobre sus cuerpos². La penalización del aborto es, en realidad, la punición de la autodeterminación reproductiva de la mujer. Esta normativa es reflejo de un orden social que valida el control y la sumisión de la mujer a la sociedad y sus intereses, negándole el efectivo goce de sus derechos humanos. La sumisión y subordinación de la mujer es el resultado de un proceso histórico³, donde su

¹ Argumentaciones tomadas del artículo de Gloria Salazar, “Una mirada psicosocial sobre la cuestión del aborto en Chile”. APROFA, 2007.

² Sobre este punto, Valladares Tayupanta, Lola Marisol. Derechos Sexuales. Disponible en: <http://www.convencion.org.uy>

³ Pateman, Carol, “El contrato sexual”. En: ANTHROPOS-UAM. México, 1995 (1988). Capítulos 1,2, pp. 9-29, y 31-57.

identidad⁴ ha sido definida, entre otros fenómenos, a partir de la enajenación del control sobre su propio cuerpo⁵. La mujer, constantemente discriminada, es tratada como una ciudadana de segunda categoría.⁶

La maternidad es aún una condición determinante para las mujeres, que suele cambiar y reorganizar sus vidas: *“La maternidad es un suceso trascendental, determinante y complejo, que modifica objetiva y subjetivamente todos los aspectos de la vida de una mujer. De ahí lo importante que resulta que esta sea una experiencia voluntaria y autónoma, que signifique para la mujer un suceso positivo y enriquecedor de su existencia. Impedir que ello ocurra, forzar a una mujer a que culmine un embarazo no deseado y a afrontar sus consecuencias, supone atender contra su libertad, su dignidad y su derecho a decidir, y condenarla a un futuro que ella no ha elegido”* (Rosas, 1997).

Factores psicológicos y psicosociales presentes en la decisión sobre un embarazo

En los estudios de ciencias sociales, los factores psicológicos y psicosociales presentes en el proceso del aborto suelen sistematizarse al menos de dos maneras: como factores subjetivos, aquellos relacionados con la vida afectiva, la personalidad y la historia de la mujer; y, factores del entorno, que refieren el contexto en que se producen los abortos, la legislación vigente, la atención de salud y los riesgos de la intervención clínica, entre otros aspectos.

Un factor estructural que contribuye a contextualizar las decisiones reproductivas de las mujeres se expresa en el reconocimiento del Estado de sus necesidades y derechos en éste y otros ámbitos. Cuando éste reconoce

⁴ Flax, Jane, “Psicoanálisis y feminismo”. Pensamientos Fragmentarios. Valencia, Ediciones Cátedra, Instituto de la Mujer, Universidad de Valencia, 1990. pp. 7-41.

⁵ Rubin, Gayle, “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo”. En: Género. Conceptos básicos. Programa de Estudios de Género. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 1997. pp. 41-61.

⁶ Sarmiento, Claudia, “Evolución histórica del régimen legal del aborto terapéutico en Chile y los derechos humanos de las mujeres”. APROFA, 2007.

estas necesidades y provee de información y educación sobre sexualidad, derechos y salud reproductiva y medios de acción para la regulación de la fecundidad, da una señal a las mujeres de que son legítimamente dueñas de su cuerpo, de sus decisiones y de sus proyectos de vida. La percepción que cada mujer tiene de sí misma determina su autoestima y lo que cree acerca de sus posibilidades de controlar o no determinadas situaciones, así como las atribuciones que hace sobre lo externo y lo subjetivo; todo lo cual se relaciona con lo que la cultura les permite o les niega. Esta percepción de sí misma se expresa en acciones concretas, destinadas a protegerse o a aumentar la exposición a riesgos (Silva y Salazar, 1994).

Deseo de embarazo y deseo de maternidad

Un factor de vital importancia en las decisiones que las mujeres toman sobre su vida reproductiva es la presencia del deseo de maternidad ante cada embarazo. Es necesario distinguir entre *deseo de embarazo* y *deseo de maternidad*: el primero se relaciona con el deseo de gestar, de sentirse cuidada, o de cambiar de estatus debido a esta condición; y no asegura que una gestación culmine en el nacimiento de un bebé. El *deseo de maternidad*, en cambio, se refiere al deseo de cuidar a otro, de proyectarse con él o ella a lo largo de la vida, y no requiere necesariamente de la gestación en el propio cuerpo; por lo tanto, es un factor importante a la hora de predecir la continuidad o no de un embarazo.

En muy diversas situaciones puede existir en la mujer sólo *deseo de embarazo* y no *deseo de maternidad*, como suele suceder entre adolescentes o en mujeres con muchas carencias afectivas. El *deseo de embarazo* puede mantenerse por un tiempo, pero si no está presente el *deseo de maternidad*, el proceso de la gestación puede hacerse difícil, transformándose en un problema. Incluso en las parejas estables pueden surgir dificultades emocionales o producirse cambios externos (muerte de la pareja, abandono, accidentes o enfermedades graves) que podrían cambiar el "*deseo de embarazo*" a "*no deseo*", poniendo así en riesgo la estabilidad del proyecto común que era la gestación (Salazar, Guerrero y Mérida, 1990).

Factores que inciden en la decisión de abortar

En el proceso de decisión sobre el destino del embarazo, las mujeres consideran tanto sus razones íntimas para abortar como sus valores morales o religiosos, y su situación social y familiar. Incidirán, entre otros, los siguientes factores:

(1) Culturales: entre ellos están las creencias que una sociedad o parte de ella tiene acerca del inicio de la vida y del momento en que el producto de la concepción puede ser considerado un ser humano. En Chile tienen gran peso las creencias religiosas por tratarse de un país mayoritariamente católico (70% de la población) y por la injerencia de la Iglesia en el debate público. Sin embargo, varios estudios muestran que las conductas de las personas están determinadas por sus necesidades cotidianas y sus intereses particulares, pudiendo así alejarse de la doctrina religiosa (Silva y Salazar, 1994).

(2) Sociales: algunas mujeres no desean vivir un embarazo y una maternidad en soledad, sintiendo la estigmatización y la reprobación por parte de la sociedad (Weisner, 1982; Leal y Ortega, 1991; Salazar, 1993; Silva y Salazar, 1994). La exaltación social “oficial” de la maternidad no se transmuta en acciones concretas de apoyo psicológico ni económico a las mujeres embarazadas, quienes se sienten presionadas para conservar el embarazo, y al mismo tiempo, saben que serán las únicas responsables por ese/a hijo/a, y que pueden ser estigmatizadas en algunos ámbitos por ser madres solteras.

(3) Psicosociales: La carencia de apoyo y afecto familiar en que viven su embarazo jóvenes solteras -que se puede traducir en sanción social, expulsión del hogar y pérdida de recursos materiales, trabajo o estudios- son factores que inciden en la decisión de abortar, especialmente en sectores socioeconómicos desfavorecidos. Asimismo, se ha establecido que la ausencia de un modelo de prevención del embarazo en la mujer contribuye también a dificultar la prevención en las jóvenes, con la consecuencia de un eventual aumento de embarazos no planificados y abortos (Silva y Salazar, 1994).

Tanto la ausencia de una pareja estable que apoye el período de embarazo y crianza, como las dificultades emocionales que pueden presentarse en las parejas estables, son factores que inciden en la decisión de abortar.

(4) Económicos: Este es un factor de gran peso entre las mujeres más desfavorecidas económicamente. Entre las de sectores medios, el embarazo no deseado aleja los proyectos de mejorar la calidad de vida familiar, así como los proyectos de carácter personal, entre ellos, dar continuidad a estudios técnicos o superiores (Salazar, 1993; Silva y Salazar, 1994).

Es necesario mencionar que el contexto laboral también es un factor de presión para las mujeres, ya que en algunas empresas el embarazo es motivo de despido; en algunos casos, aún el riesgo de embarazo es tomado en cuenta al otorgar un puesto de trabajo a una mujer; y el sistema privado de salud persiste en su discriminación negativa.

(5) Salud: La presencia de enfermedades crónicas (Silva y Salazar, 1993), el temor a malformaciones fetales y el alcoholismo de la pareja (Weisner, 1982) son factores que inciden en la decisión de abortar. También las fallas de los anticonceptivos, ya que las mujeres o las parejas que los usaban habían estado evitando conscientemente un embarazo, por lo que éste es vivido como la frustración de un proyecto que hay que recuperar.

En casos de inviabilidad fetal, la decisión de un aborto puede ser tomada rápidamente, si sólo la mujer y su pareja saben de su embarazo; o puede ser pospuesta si la mujer o la pareja reciben presiones de parte de personas afectivamente significativas. Cuanto más personas se ven involucradas en el proceso de decisión, se trate o no de un aborto por razones terapéuticas, la demora en decidir parece ser mayor, ya que entran en juego diversas presiones afectivas, variadas dudas sobre el diagnóstico de salud y salidas alternativas. En todos los casos, la mujer requiere contención emocional, y no sugerencias o presiones.

(6) Violación: Cuando la mujer ha quedado embarazada a consecuencia de una violación, vive un proceso psicológico muy complejo, pues ha sido víctima de un acto de violencia de género, que la ha afectado en su integridad física y psicológica, alterando su salud. El embarazo suele vivirse como un castigo, con rechazo, lo que a menudo se expresa en la decisión de abortar. Muchas mujeres violadas se culpan por no haber tomado algún tipo de precauciones que les hubiera podido evitar -teóricamente, y a veces fantasiosamente- la experiencia de la violación y/o del embarazo. Estos sentimientos de culpa son consecuencia de la introyección de las responsabilidades y culpabilizaciones históricas que la cultura occidental ha puesto sobre las mujeres, especialmente en relación a la sexualidad. Si se las culpabiliza por decidir un aborto en estas circunstancias, la sociedad da una muestra a todas las mujeres, no sólo a la afectada, de que sus vidas no tienen importancia social ni cultural, y que deben someterse a las decisiones y conductas masculinas, aún si estas son violentas y desquiciadas.

Consecuencias psicológicas y psicosociales del aborto

En 1955 se publicó un estudio que indicaba -por primera vez en la literatura sobre el tema- que las mujeres no sólo sentían depresión, ansiedad y culpa después de un aborto, sino también alivio (Ekblad, 1955). Desde entonces, es frecuente encontrar en los reportes científicos que las vivencias psicológicas, en el período posterior al aborto inducido, tienen relación con características de personalidad de la mujer y con las circunstancias en que este evento se produce, reconociéndose la presencia de diferentes reacciones emocionales ante este evento.

En Chile se han efectuado varios estudios indagando en las subjetividades de las mujeres que han abortado⁷, relacionando las eventuales consecuencias psicológicas de esta experiencia con el contexto psicosocial y cultural en que sucedieron. En uno de estos estudios se indica que emociones como la tristeza, la rabia, la culpa y la ansiedad eran más frecuentes en quienes

⁷ Las ya mencionadas investigaciones de Leal y Ortega, Salazar, y Silva y Salazar.

sintieron que su decisión había sido tomada bajo la influencia de otras personas o a raíz de ciertas circunstancias externas, como falta de solvencia económica o temor a perder el trabajo, decepcionar a los padres, recibir un fuerte castigo familiar y social, o presión de la pareja (Salazar, 1993).

Por otro lado, las mujeres que decidieron abortar y que reconocieron como suya esta decisión, expresaban haber sentido alivio luego del aborto (junto con pena por lo sucedido y a menudo con rabia contra sí mismas por haberse puesto en esa situación) al mismo tiempo que vivían un período más corto de duelo. Las mujeres que pudieron reflexionar y elaborar psicológicamente la experiencia del aborto, fueron aquellas que habían decidido el aborto por sí mismas, apoyadas por su pareja o por una persona muy cercana con quien compartieron dudas, emociones y temores; y quienes, además, fueron bien atendidas en cuanto a procedimientos clínicos, seguridad, calidad de atención e información (Salazar, 1993).

Estudios realizados en Chile y en países de América Latina señalan que algunos de los factores más importantes en este proceso son: la autonomía que tiene la mujer en la decisión de abortar; las contradicciones de la decisión sobre el aborto con los valores morales o religiosos de la mujer (Jiménez, 1981); el tiempo de gestación, la información y seguridad clínica del procedimiento⁸, el apoyo emocional que la mujer recibe durante el proceso; y características de personalidad de quien vive la experiencia⁹.

⁸ Calandra, D. et al., "Aborto, estudio clínico, psicológico, social y jurídico". Ed. Médica Panamericana, B. Aires, 1973; Schmidt R. & Priest, R., "The effects of termination of pregnancy: a follow up study of psychiatrics referrals". The Bristish Journal of Medical Psychology, Sept.1981, Vol.54(3), p.267; mencionadas en Salazar, Guerrero y Mérida 1990, y Salazar 1993

⁹ Londoño, M.L., "Para redimensionar el aborto". Presentación en The Cristopher Tietze International Symposium, Rio de Janeiro, 1988; Escobar, M. y Wilches, I., "Riesgo psicológico en el aborto". Presentación a la II Reunión Interinstitucional en Salud Reproductiva, Cali, 1987; Schmidt y Priest, *Op. Cit.*; Aray, J.M., "Tristes", cap. IV. Monte Avila Editores, Caracas, 1977; Cabrera V. M., "Relaciones del equipo humano institucional con pacientes y acompañantes". Presentación a la II Reunión Interinstitucional en Salud Reproductiva, Cali, 1987. Todos los autores se encuentran mencionados en Salazar, G., Guerrero, T. y Mérida, ME, 1990.

Atención a mujeres que han vivido la experiencia del aborto

Naturalmente que la situación ideal de atención en salud psicológica consiste en ofrecer asesoría a las mujeres -y sus parejas, si ellas lo desean-, entregando contención emocional en un espacio seguro, para que tomen la decisión sobre el embarazo de la mejor manera posible. Si eso no es posible, como sucede en Chile debido a la legislación sancionadora de todo aborto, sería posible trabajar en el período post aborto.

La atención a las mujeres que han vivido un aborto es una oportunidad de elaboración y resignificación de la experiencia, que puede contribuir a ubicarla en el contexto histórico personal y familiar en que ocurrió. Asimismo, puede facilitar la prevención de nuevos embarazos no planificados, y de nuevos abortos, incluso en los casos de abortos por razones de salud. Para favorecer la prevención de una nueva experiencia de ese tipo, es necesario contar con un clima de respeto por la historia y las vivencias de la persona afectada, ofreciendo aceptación y contención emocional, así como una derivación personalizada hacia un centro de salud adecuado.

TRATAMIENTO LEGAL DEL ABORTO TERAPÉUTICO EN CHILE¹⁰

1931- 1989: la licitud del aborto terapéutico

Desde 1931 hasta 1989 - aún bajo la Constitución de 1980 - el ordenamiento jurídico chileno contemplaba la posibilidad de practicar lícitamente un aborto por motivos terapéuticos. Las condiciones eran: la autorización de médicos cirujanos y tener por objeto fines terapéuticos.

El Código Penal sancionaba la comisión del aborto de la siguiente manera:

Artículo 342: El que maliciosamente causare aborto será castigado:

- 1. Con la pena de presidio mayor en su grado mínimo, si ejerciere violencia contra la mujer embarazada;*
- 2. Con la de presidio menor en su grado máximo, si, aunque no la ejerza, obrare sin consentimiento de la mujer;*
- 3. Con el de presidio menor en su grado medio, si la mujer consintiere.*

La doctrina penal interpretaba que la expresión “maliciosamente” usada en el artículo del Código no impedía la realización de abortos bajo circunstancias como el peligro de vida o la salud de la mujer gestante, hipótesis propia del aborto terapéutico.¹¹

Por su parte, el artículo 119 del Código Sanitario regulada el aborto terapéutico en los siguientes términos: *“Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a estas intervenciones se requiere la opinión documentada de dos médicos-cirujanos”*.¹²

La normativa penal y la sanitaria resultaban complementarias en estas consideraciones. El aborto terapéutico era considerado lícito, pues estaba

¹⁰ Argumentaciones tomadas del artículo de Claudia Sarmiento, “Evolución histórica del régimen legal del aborto terapéutico en Chile y los derechos humanos de las mujeres”. APROFA, 2007.

¹¹ Polittoff, Sergio; Grisolia, Francisco y Bustos, Juan, “Derecho Penal Chileno. Parte especial, delitos contra el individuo y sus condiciones físicas”. Santiago de Chile, Ediciones Encina, 1971. p. 201.

¹² Decreto con Fuerza de Ley 725 Diario Oficial de la Republica de Chile. 31 de enero de 1968.

plenamente justificado en aras a evitar un *mal* actual o inminente.¹³ En los ámbitos jurídico y médico resultaba lógico y correcto proteger la vida y la salud de la mujer. Sin perjuicio de la existencia de este consenso, se discutía qué situaciones estaban comprendidas bajo la indicación terapéutica, puesto que ni el aborto sancionado en el Código Penal, ni el aborto terapéutico permitido en la legislación sanitaria se encontraban definidos.

El aborto tipificado en el Código Penal ha sido conceptualizado de diversas formas en la doctrina. Para algunos es “dar muerte al feto”¹⁴; para otros, es “la muerte inferida al producto del embarazo que aún no es persona”¹⁵; o, “la interrupción del proceso de gestación mediante la destrucción o muerte del producto de la concepción”¹⁶.

El elemento central en estas definiciones es el atentado contra la vida en desarrollo del *naciturus*. La existencia del sujeto no nacido se valora como una *especie* de vida y el aborto es una forma de destrucción o muerte. Los elementos que el derecho penal requiere para estar ante un aborto son:

¹³ “El aborto lícito puede ser terapéutico o social. Es terapéutico el provocado con el fin de proteger la salud de la madre, si es que ella peligró en el proceso del parto, el cual se trata, entonces, de evitar mediante el aborto, que constituye en tal caso un acto lícito”. Gajardo, Samuel. *Medicina Legal*. Editorial Nacimiento. Santiago, Chile, 1939, pp. 103 y 104. El mismo autor considera que el aborto social lícito contempla (a) abortos en casos que la “criatura nazca con taras hereditarias”, (b) en caso que el embarazo sea el resultado de una violación, y (c) “[s]e considera también lícito el aborto cuando lo provoca una madre de numerosa familia, cuyos medios económicos son insuficientes para alimentar nuevos hijos”, p. 104. Igualmente se ha señalado que “[l]a doctrina comprende, entre los abortos lícitos, tres categorías distintas: a) los *médicos* o *terapéuticos*; b) los *eugenésicos*; y c) los *sentimentales*[...] a) El aborto *médico* o *terapéutico* es aquel que provoca el facultativo con el objeto de salvar la vida de la madre que peligró por el embarazo debido a causas patológicas (embarazo extrauterino; fijación anormal de la placenta; estrechez congénita de la pelvis, etc.). La mayor parte de las legislaciones reconoce en estos abortos un verdadero *estado de necesidad* que autoriza la comisión del acto, no obstante su licitud objetiva”. Mac Iver Cousiño, Luis, “Manual de Medicina Legal”. Editorial Jurídica de Chile. Santiago, Chile, 1974, p. 98. Estas consideraciones realizaban una ponderación de intereses a favor de la vida y la salud de la mujer por sobre el interés social en preservar o conservar indemne al feto.

¹⁴ Polittoff, Sergio; Grisolia, Francisco y Bustos, Juan. *Op. Cit.* nota 11 p. 192.

¹⁵ Etcheverry, Alfredo, “Derecho Penal Parte Especial”. T III. 3º edición. Santiago de Chile. Editorial Jurídica, 1998, p. 88.

¹⁶ Garrido Montt, Mario, “Derecho Penal Parte Especial”. T III. Santiago de Chile. Editorial Jurídica, 1998, p. 103.

- (1) la existencia de un embarazo, el cual se computaría desde el momento de la anidación del óvulo en el útero de la mujer;
- (2) la destrucción de un feto¹⁷ vivo con viabilidad intrauterina¹⁸;
- (3) que la destrucción se produzca dentro del seno materno. No sería punible la expulsión de un feto vivo¹⁹, ni la destrucción de los fetos inviables o molares²⁰.

Los tribunales han hecho eco de estas definiciones, entendiendo el delito de aborto como “el hecho de la interrupción del proceso natural del embarazo que produce la muerte del feto o producto de la concepción”²¹. Igualmente han señalado “que el delito de aborto consiste en la interrupción del embarazo, hecho maliciosamente con el propósito de evitar el nacimiento de la criatura o interrumpir el curso progresivo del estado de gravidez”²². Lo esencial es la muerte del feto dentro del seno materno²³.

En relación al aborto terapéutico permitido por la legislación sanitaria, existía disenso sobre la extensión del término “terapéutico”. Las definiciones

¹⁷ No constituirá aborto, por lo tanto, la extracción de un feto muerto o un embarazo molar, ni los embarazos extrauterinos. Etcheberry, Alfredo. *Op. Cit.*, nota 15, p. 96; Garrido Montt, Mario. *Op. Cit.*, nota 16, p. 106.

¹⁸ Garrido Montt, Mario. *Op. Cit.*, nota 16, p. 106.

¹⁹ Etcheberry, Alfredo. *Op. Cit.*, nota 15, p. 96.

²⁰ Garrido Montt, Mario. *Op. Cit.*, nota 16, pp. 103 y 106.

²¹ Corte Suprema de Justicia en Revista de Derecho y Jurisprudencia. T. LII-198.

²² En esta sentencia, la Corte Suprema señala que: “[e]n el silencio del legislador acerca de lo que debe entenderse por aborto y de acuerdo con lo prescrito por el artículo 21 CC ha sido acertada la sentencia recurrida al estimar que el delito de aborto consiste en la interrupción del embarazo, hecho maliciosamente con el propósito de evitar el nacimiento de la criatura o interrumpir el curso progresivo del estado de gravidez. En consecuencia, establecido que la procesada hizo a la embarazada maniobras mecánicas, colocándole una sonda de goma para producirle dilatación del útero colocándole además un pedazo de algodón a la entrada del cuello del útero e introduciéndole la mano constatando la existencia del feto y le recetó quinina con salicilato, la sentencia ha aplicado correctamente el artículo 342 No. 3 CP al estimar tales maniobras como constitutivas del delito de aborto”. Revista de Derecho y Jurisprudencia, Tomo LX 1963, No. 3 y 4, Sec. IV, p. 247.

²³ Según la Corte Suprema “[c]onstituye aborto toda maniobra destinada a interrumpir el embarazo, impidiendo que llegue a su término natural, independientemente de si el feto se haya desprendido o no del cuerpo de la madre; lo esencial es que se le haya privado de la vida, aunque sea dentro del seno materno, caso en el que debe entenderse consumado el aborto, tanto más, si como resultado de las maniobras, se ha seguido el fallecimiento de la madre, aunque no hayan sido la causa precisa y necesaria de ese fallecimiento”. Revista de Derecho y Jurisprudencia, TOMO LII, Nos. 3 y 4, 1955, Sec. Cuarta, p. 74.

doctrinarias definían el aborto terapéutico como “la terminación del embarazo antes de que el feto sea viable con el propósito de salvar la vida de la madre o salvaguardar su salud”²⁴. La expresión terapéutica, buscaba resguardar la vida de la mujer gestante, y/o su salud.

Es probablemente este último término el que más problemas generaba, puesto que la *salud* puede comprender no sólo aspectos fisiológicos, sino también estados mentales y emocionales. En este sentido, para algunos ‘la indicación terapéutica’ debía interpretarse en términos estrictos: “[n]o nos parece, sin embargo que el alcance de los fines terapéuticos en el sentido del Art. 119 del C. Sanitario se extienda a la prevención de cualquier merma en la salud de la mujer embarazada. [...] De acuerdo con ello, ya la simple confrontación del régimen de penalidad dejaría comprendido en los fines terapéuticos que justifican el aborto las [...] mutilaciones y lesiones gravísimas, además de la vida de la mujer”²⁵.

Al mismo tiempo, para otros facultativos el aborto terapéutico debía resguardar la integridad física y psíquica de la mujer, cuestión que ampliaba el margen de apreciación. Ejemplo de ello es la experiencia del Hospital Barros Luco, donde un grupo de profesionales y funcionarios de la maternidad decidieron dar una nueva interpretación a la ley: “El aborto ilegal pone en peligro la salud y la vida de la mujer en el grupo económico más modesto, por lo tanto el aborto terapéutico al impedir estos riesgos, es legal”.²⁶

²⁴ Hellman y Pritchard, “Williams Obsetricia”. México 1975, p. 939. Citado en: Urria Hering, Pablo Andrés, Fundamentación médico legal del aborto terapéutico. Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales, Universidad Católica de Valparaíso, 1993.

²⁵ Polittoff, Sergio; Grisolia, Francisco y Bustos, Juan. *Op. Cit.*, nota 11. p 234.

²⁶ Los requisitos para la aceptación de una solicitud de aborto en ese centro hospitalario fueron establecidos con la participación y consenso unánime del grupo, que propuso lo siguiente: 1. La decisión de denegar o aprobar una solicitud estaría centralizada en la sección de abortos de la maternidad. 2. Todas aquellas solicitudes en las cuales todos los esfuerzos por disuadir a la mujer hubieran fracasado, serían aceptadas. 3. El aborto sería inducido en abortos de 12 semanas o menos. 4. Los servicios serían gratuitos y restringidos exclusivamente a los residentes del área servida por el Hospital. 5. Toda mujer a la que se le indujera un aborto debería aceptar un método anticonceptivo post aborto, incluyendo la esterilización si fuera el procedimiento adecuado. La interpretación liberalizante de la ley terminó el 11 de septiembre de 1973. Monreal, Tegualda, “Evolución Histórica del Aborto Provocado en Chile y la influencia de la Anticoncepción”, en: Memoria Simposio Nacional

La Organización Mundial de la Salud señala que: “salud es la condición de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”²⁷. Ciertamente esta definición podría ser la base para una concepción amplia de las causales que bajo la noción de salud justifican la procedencia de un aborto terapéutico.

El debate antes transcrito refleja la existencia de una discusión en el gremio de la salud y el derecho sobre los alcances de esta normativa, y son ilustrativas de la aceptación de una práctica habitual y lícita.

1989 - 2007: modificación de la tradición médico - jurídica

Actualmente la legislación sanitaria, en lo referido al aborto, difiere completamente de la que rigió en Chile durante gran parte del siglo XX. El Código Sanitario regula el aborto en los siguientes términos: *“No podrá ejecutarse ninguna acción destinada a provocar el aborto”* (Artículo 119). Esta nueva redacción data de 1989, momento en el cual la dictadura militar eliminó por medio de la Ley 18.826 la institución del aborto terapéutico. Con esta modificación el aborto quedó absolutamente prohibido, tanto en la legislación sanitaria como en la penal.

Antonio Bascuñan Rodríguez señala que la modificación del Código Sanitario obedeció a la directa intervención del magisterio de la Iglesia Católica, que persuadió al Gobierno de la época para que penalizara absolutamente el aborto en Chile. La Iglesia habría señalado al régimen que tenía el deber de resguardar los valores nacionales ante futuros ataques. “La auténtica razón para insistir en su derogación [el artículo 119 original] era que no distinguía

Leyes para la Salud y Vida de las Mujeres. Hablemos del Aborto Terapéutico, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos, pp. 19.

²⁷ Viel, Benjamín, “La regulación de la fecundidad en América Latina”. En: Requena, Mario (ed) Aborto Inducido en Chile, Sociedad Chilena de Salud Pública. Santiago, Chile, 1990, p. 15.

entre la provocación directa y la provocación indirecta de la muerte del feto, autorizando ambas”.²⁸

La penalización absoluta del aborto es ajena a la tradición jurídica chilena. Antes de la promulgación del primer Código Sanitario en 1931, la práctica del aborto para resguardar la salud y la vida de mujer era considerada lícita. La normativa sanitaria sólo cumplió la función de positivar una práctica jurídicamente aceptable y regular su realización. La modificación del artículo 119 del Código Sanitario es criticada principalmente por dos motivos:

(1) Las deficiencias democráticas del proceso de reforma de la norma y de su contenido final. En otras palabras, la derogación del aborto terapéutico se produjo en forma arbitraria.²⁹

(2) Los razones que se invocaron para justificar la derogación del aborto terapéutico. Se argumentó que los avances de la medicina hacían innecesaria la realización de este tipo de intervenciones, lo cual, años después de esta modificación legal, continúa siendo una falacia³⁰.

La eliminación del aborto terapéutico de la legislación sanitaria tuvo por objeto y resultado consagrar dentro del orden temporal el reconocimiento de la filosofía y la moral católica.

²⁸ Bascuñán Rodríguez, Antonio, “La licitud del aborto consentido en el derecho chileno”. En: Revista Derecho y Humanidades No. 10. Santiago, Chile, Facultad de Derecho Universidad de Chile, 2004.

²⁹ Gomez de la Torre, Maricruz, “El aborto terapéutico: ¿cambio de valores?”. Simposio Nacional, Leyes para la Salud y la Vida de las Mujeres, Hablemos del Aborto Terapéutico. Santiago de Chile, Foro de Salud y Derechos Reproductivos, 1993. p. 109.

³⁰ “[P]ese a todos los avances médicos en el control y tratamiento de enfermedades, aún no se pueden controlar los factores imprevisibles. La aparición de un cáncer, la embolia de líquido, etc., son factores imprevisibles aun en los países de medicina más avanzada. Creemos, por tanto, que la razón que se invoca para modificar el artículo 119 del Código Sanitario -que el avance de la medicina ha demostrado que el aborto terapéutico no se justifica en ningún caso- no se ajusta a la realidad”. *Ibid.*, p. 110.

Penalización sin excepciones del aborto: derechos humanos de las mujeres y obligaciones internacionales del Estado de Chile

Desde la perspectiva de la efectividad de la política criminal, las altas cifras abortos³¹ reflejan que la legislación penal no ha desempeñado un rol efectivo en su prevención. El número de personas detenidas y condenadas por este delito no guarda proporción con el total de abortos realizados.³² Sin embargo, demuestran que la norma que penaliza el aborto tiene vigencia real y es aplicada en perjuicio de la mujer, mediando además un alto componente discriminatorio pues las personas condenadas por este delito pertenecen a los sectores empobrecidos de la sociedad³³.

Las cifras sobre muertes de mujeres a causa de abortos inseguros, y las graves secuelas que éstos producen en aquellas que no fallecen, están documentadas tanto por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)³⁴, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de

³¹ El Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, sitúa el número de abortos en Chile en una cifra de alrededor de 150.000 abortos al año. Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Disponible en <http://www.forosalud.cl> [consultada 5 de junio de 2007]. Otros autores estiman que la cifra es superior a 250.000 abortos al año, incluyendo las llamadas cifras negras. Garrido Montt, Mario. *Op. Cit.*, nota 16, p. 96.

³² Según el Anuario Estadístico de Carabineros de Chile el año 2004 se registraron 11 detenciones por delitos de aborto a nivel nacional, 8 por aborto consentido por la mujer y 3 por aborto no consentido. Según el Anuario Estadístico del Poder Judicial durante el año 2004 hubo 7 condenados por delito de aborto consentido (1 hombre y 6 mujeres). Disponible en <http://www.ine.cl>

³³ “[E]l análisis sobre las mujeres que recurren al aborto en todas las ciudades, sin distinción de años, arroja dos altas frecuencias (ambas con un 21% del total) que corresponden a las mujeres con estudios básicos incompletos y las que “leen y escriben”. El segundo lugar de importancia (con el 19% del total) lo ocupó la categoría de mujeres que cursaron algunos años de enseñanza secundaria, sin llegar a completarla. Sólo se pudo establecer que un 9% de las mujeres había completado 12 años de ciclo educacional, existiendo un 7% de analfabetismo. [...] Se puede concluir que las mujeres procesadas por aborto conforman una población con baja escolaridad, concentrada en las categorías de educación primaria y estudios secundarios incompletos. Esto refleja las características socioeconómicas de una población pobre”. Centro De Derechos Reproductivos y Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Encarceladas. Leyes contra el aborto en Chile. Disponible en <http://www.reproductiverights.org>

³⁴ El Comité CEDAW indicó que “[e]l Comité expresa su preocupación por la insuficiencia del reconocimiento y la protección de los derechos relacionados con la salud reproductiva de la mujer en Chile. Le sigue suscitando preocupación el hecho de que el aborto en cualquier circunstancia constituya un delito enjuiciable con arreglo a la legislación chilena, lo que puede llevar a las mujeres a búsqueda de abortos inseguros o ilegales con los consiguientes riesgos para su vida y su salud, así como por el hecho que los abortos clandestinos sean la

Naciones Unidas³⁵, como el Comité de Derechos Humanos³⁶. Todos estos organismos han informado al Estado de Chile sobre las perniciosas consecuencias de la penalización sin excepciones del aborto, y cómo éstas influyen en la imposibilidad de las mujeres de gozar de sus derechos a la vida, la integridad personal, la salud y la intimidad. Han manifestado su preocupación por esta situación y han formulado recomendaciones en un amplio espectro, desde la revisión de la legislación penal en aras a que esté conforme con la normativa internacional, hasta la formulación de políticas públicas que fomenten el uso de anticonceptivos y la educación sexual.

La penalización sin excepciones del aborto constituye un incumplimiento de las obligaciones que el Estado de Chile ha adquirido en materia de derechos humanos de las mujeres. Las obliga a buscar la realización de este procedimiento en condiciones inseguras o insalubres, o bien, a esperar pasivamente la muerte en el caso de la indicación terapéutica, a padecer en silencio el tormento de un embarazo producto de una violación, o respecto del cual se tiene la certeza que el feto no sobrevivirá. Ciertamente, estas situaciones afectan el pleno goce del derecho a la vida y la integridad de las mujeres, puesto que no existen motivos o requisitos razonables o legales que las justifiquen. En ausencia de esos requisitos, el Estado se comporta en forma arbitraria, en manifiesta contradicción con la Constitución y con los tratados internacionales de derechos humanos vigentes en Chile.

principal causa de mortalidad materna”. Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 36° Periodo de sesiones, 7 a 25 de agosto de 2006, Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile. CEDAW/C/CHI/CO/4. Distr.: General. 25 de Agosto de 2006.

³⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Chile” del 1° de diciembre de 2004, párrafo 25. En: “Documentos de Interés”. Anuario de Derechos Humanos 2005, N° 1. Centro de Derechos Humanos Universidad de Chile, junio de 2005.

³⁶ Comité de Derechos de Naciones Unidas, Observaciones al informe de Chile, CCPR/C/79/Add.104, 30 de marzo de 1999. El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, en su Observación General N° 28, “[...] [t]ambién necesita saber si el Estado Parte da a la mujer que ha quedado embarazada como consecuencia de una violación acceso al aborto en condiciones de seguridad. Los Estados Partes deberán asimismo presentar al Comité información acerca de las medidas para impedir el aborto o la esterilización forzados”. Observación General 28. Artículo 3: la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, del 29 marzo de 2000, en HRI/GEN/1/Rev.7, párr. 11.

Una interpretación razonable del deber de protección implica proteger la vida de la mujer embarazada apoyando su maternidad como parte de su proyecto de vida desde sus inicios. Una interpretación del mandato convencional de protección de la vida del que está por nacer que proponga que, en caso de estar expuesta la vida de la mujer, se resuelva el conflicto desde la pregunta de qué vida o derecho a la vida debe primar, comete un error: el feto no es titular del derecho subjetivo a la vida, ni puede ser considerado un titular independiente del derecho a la vida de la mujer.

El respeto de la dignidad de la mujer debe ponderarse con el deber de protección del Estado, siendo el apoyo y cuidado de la mujer embarazada la vía más eficiente, eficaz y legítima para proteger la vida del que está por nacer. Una solución distinta, implica que la mujer es un objeto destinado a conseguir un fin que no respeta su vida ni su autonomía. En una sociedad democrática este control resulta ilegítimo e ilícito.

CONSIDERACIONES DE DERECHOS HUMANOS³⁷

El Derecho es un mecanismo de resolución de conflictos, pues contiene y representa las valoraciones sociales sobre lo correcto, incorrecto, permisible y no permisible en las sociedades. Particularmente, el Derecho Internacional de los Derechos Humanos establece límites a la acción del Estado cuando ésta supone la afectación de derechos fundamentales de las personas.

La penalización del aborto en Chile no ha sido considerada por el Estado como una grave violación de los derechos humanos de las mujeres. Esta ha sido una demanda y preocupación del movimiento feminista que ha argumentando, ante los mecanismos internacionales de protección de estos derechos, que la penalización o prohibición del aborto, así como otras vejaciones padecidas por las mujeres, tales como la violencia doméstica, la violación dentro del matrimonio o la imposibilidad de administrar libremente su patrimonio, tienen una raigambre común: todas nacen de la discriminación que padecen las mujeres, que les impide gozar plenamente de derechos tan básicos como la vida, la integridad personal, la privacidad, el acceso a la justicia o la propiedad³⁸.

El problema del aborto ha sido enfocado por los grupos que persiguen su castigo y prohibición, como el asesinato del feto o la muerte de un niño no nacido. Esta perspectiva, promovida especialmente desde algunos ámbitos religiosos y políticos, invisibiliza a la mujer y genera un vínculo vicario entre el feto y la sociedad. La mujer no sería más que el medio para canalizar los intereses sociales respecto de la reproducción humana. Se trataría, además,

³⁷ Argumentaciones tomadas del artículo de Claudia Sarmiento, “Una mirada del Derecho Internacional de los Derechos Humanos a la problemática del aborto en Chile”. APROFA, 2007.

³⁸ En los últimos años el Derecho Internacional de los Derechos Humanos ha comprendido que la discriminación que padecen las mujeres impide que éstas gocen plenamente de sus derechos. Vg. CIDH, Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de la Violencia en las Américas. OEA/Ser.L/V/II. Doc 68. 20 de enero 2007.

de un ser desligado de los intereses independientes del feto, ante el cual debe renunciar a todos sus intereses y derechos en forma incuestionable. La mujer no sería titular, al menos pleno, de los mismos derechos y deberes que los hombres y los fetos detentarían.

El Estado de Chile ha hecho suya ésta perspectiva a través de la penalización sin excepciones del aborto, incluso en los casos donde el embarazo exponga la vida de la mujer, es el resultado de una violación, o exista inviabilidad fetal.

Derecho a la vida y la continuación de un embarazo que exponga la vida de la mujer

El artículo 4° de la Convención Americana sobre Derechos Humanos³⁹ consagra el derecho a la vida. En él se establecen la prohibición de ser privada/o arbitrariamente de la vida, el deber de los Estados de proteger este derecho *en general, desde el momento de la concepción*, y normas relativas a la pena de muerte (su procedencia, derogación, situaciones en las que no puede ser procedente y la posibilidad de apelar de ésta). Este derecho, presupuesto necesario para el goce de todos los otros derechos que consagra la Convención, ha tenido un desarrollo progresivo en cuanto a la extensión y contenido que los órganos del sistema le han otorgado.

En este sentido, la jurisprudencia del sistema interamericano de derechos humanos ha establecido que el artículo 4° consagra:

³⁹ Artículo 4. Derecho a la Vida. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente. 2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se la aplique actualmente. 3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido. 4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos. 5. No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieren menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez. 6. Toda persona condenada a muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente.

(1) las obligaciones de los Estados de no privar arbitrariamente de la vida a sus titulares, lo cual incluye prevenir, investigar y sancionar los atentados contra ésta; y,

(2) tomar medidas conducentes a evitar o prevenir la muerte en aquellos casos en los que las autoridades estatales tenían conocimiento del riesgo de muerte.⁴⁰

La interpretación del derecho a la vida que ha realizado la Corte Interamericana supone que el Estado satisface sus obligaciones convencionales, por una parte, absteniéndose de lesionar la vida, y por la otra, realizando todas las acciones necesarias para evitar la muerte previsible.

La penalización sin excepciones del aborto implica la prohibición y sanción del procedimiento médico idóneo para evitar o prevenir la muerte de las mujeres en los casos que el embarazo ponga en riesgo su vida. Ellas se encuentran en un particular estado de vulnerabilidad cuando requieren de un aborto y no pueden acceder a éste en condiciones de seguridad. Esta prohibición, ¿es una privación arbitraria del derecho a la vida de las mujeres?

Según el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas⁴¹, será “arbitraria” cualquier injerencia prevista en la ley que no esté en consonancia con las disposiciones, propósitos y objetivos del Pacto, además de no ser razonable en el caso concreto. El requisito de ser razonable “implica que

⁴⁰ Esta evolución en la interpretación del derecho a la vida también ha sido parte de la jurisprudencia del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas, el cuál “ha interpretado que este derecho requiere que los gobiernos adopten “medidas positivas” destinadas a preservar la vida, así como acciones para “reducir la mortalidad infantil e incrementar la expectativa de vida”. En: *Reproductive Rights 2000. Moving Forward*. New York, The Center for Reproductive Law and Policy, 2000. p.8.

⁴¹ El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas es el organismo encargado de velar por el cumplimiento de Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

cualquier injerencia [...] debe ser proporcional al propósito perseguido y necesaria en las circunstancias particulares del caso”⁴².

La injerencia del Estado en la continuación del embarazo de una mujer a través de la penalización del aborto ¿es una medida autorizada por la Convención Americana sobre Derechos Humanos? ¿Es razonable en el caso que la vida de la mujer esté en peligro?

El artículo 4º establece el deber del Estado de proteger la vida, *en general*, desde el momento de la concepción. Tras esta redacción hay dos posibles objetivos:

(1) el feto tiene un *derecho subjetivo* a la vida, autónomo e independiente del derecho a la vida de la mujer, desde el momento de la concepción. De éste se deriva la necesidad de penalizar absolutamente cualquier intento de privarlo de ésta.

(2) existe un *interés del Estado* en resguardar el valor intrínseco de la vida de la criatura humana desde el momento de la concepción, que justifica la penalización sin excepciones del aborto.

La primera hipótesis - comúnmente citada por los grupos que persiguen la penalización del aborto - no se encuentra contenida en el artículo 4º de la Convención. Éste consagra un deber de protección que establece un margen amplio de acción para los Estados en aras a proteger la vida en gestación. La afirmación se justifica por la propia historia del establecimiento de esta norma en la Convención, reconocida en el informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en el Caso *Baby Boy*⁴³. En éste, los peticionarios solicitaron que la Comisión declarara que las sentencias de la Corte Suprema de los Estados Unidos (particularmente *Roe vs. Wade*) que habían reconocido el derecho constitucional de la mujer al aborto, eran una

⁴² Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas. Caso Toonen Vs. Australia. Comunicación No. 488/1992: Australia. 04/04/94. General. CCPR/C/50/D/488/1992. 4 de abril de 1994.

⁴³ CIDH. *Caso Baby Boy*. Resolución no. 23/81. 6 de marzo de 1981.

violación del derecho a la vida consagrado en la Convención Americana, en perjuicio del feto al que llamaron *baby boy*. La Comisión rechazó la demanda indicando -entre otros argumentos- que en la historia del establecimiento del artículo 4º de la Convención, los Estados partes optaron por no consagrar un derecho subjetivo a la vida del feto, pues en diversos países de la región el aborto era una práctica lícita. Por tanto, éste no sería un motivo válido para privar a las mujeres de su vida.

En relación a la segunda hipótesis, ciertamente, tras el mandato de la Convención a los Estados para que estos protejan la vida en general desde la concepción, existe un interés de la comunidad internacional y de los Estados en resguardar el valor de la vida humana en gestación. Sin perjuicio de lo anterior, este deber de protección, al igual que todos los actos de injerencia del Estado, debe interpretarse de forma armónica y respetuosa de los derechos fundamentales de todas las personas.

El artículo 29 establece que *"[n]inguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: a) permitir a alguno de los Estados partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella"*. En el caso que el Estado desee regular una disposición de la Convención, conforme a las reglas de este mismo texto legal, existe una ponderación de intereses favorable al goce de los derechos de la persona.

El mandato del artículo 4º de proteger la vida, *en general desde el momento de la concepción*, no puede contener una perspectiva que suponga privar del derecho a la vida de la mujer embarazada, o bien, limitar el derecho de forma tal que se inhiba a su titular de poder gozarlo. Una interpretación que contuviera esta perspectiva simplemente sería contraria al objeto y fin de la Convención.

Derecho a la integridad personal⁴⁴: embarazos producto de una violación y la continuación de embarazos con fetos inviables

El artículo 5º de la Convención⁴⁵, en su primer numeral, consagra el derecho al respeto de la integridad física, psíquica y moral. En el segundo, la prohibición de la tortura y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como el deber de otorgar un trato respetuoso, propio de la dignidad humana a todas las personas. El tercer numeral establece la prohibición de la extensión de los efectos de la pena a terceros distintos del sancionado por ésta. En los incisos cuarto y quinto se refiere, *grosso modo*, a las condiciones de detención de los condenados y los supuestos en que existan menores privados de libertad. En el sexto señala la finalidad que deben tener las penas privativas de libertad.

El derecho a la integridad personal establece un ámbito de autodeterminación de cada persona donde los Estados deben abstenerse de interferir. En esta interpretación, la integridad personal sería un derecho de libertad para definir el destino del propio cuerpo y ciertamente guarda una estrecha relación con el derecho a la intimidad y la correlativa prohibición de interferencias arbitrarias sobre ésta.

La posibilidad de decidir soberanamente sobre el propio cuerpo incluye, entre otros aspectos, definir si ejercer o no la sexualidad y con quién, decidir tener o no hijos e hijas, su número e intervalos. El ejercicio de la sexualidad y la

⁴⁴ La integridad personal contiene el derecho a no ser privada/o de aquellas condiciones que hacen posible la vida, es decir, supone que el Estado debe abstenerse de afectar la integridad física y psíquica de la persona. Por tanto, el análisis de la responsabilidad del Estado en éste punto también puede contener afectaciones arbitrarias a la “salud”.

⁴⁵ Artículo 5. Derecho a la Integridad Personal. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. 2. Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Toda persona privada de libertad será tratada con el respeto debido a la dignidad inherente al ser humano. 3. La pena no puede trascender de la persona del delincuente. 4. Los procesados deben estar separados de los condenados, salvo en circunstancias excepcionales, y serán sometidos a un tratamiento adecuado a su condición de personas no condenadas. 5. Cuando los menores puedan ser procesados, deben ser separados de los adultos y llevados ante tribunales especializados, con la mayor celeridad posible, para su tratamiento. 6. Las penas privativas de la libertad tendrán como finalidad esencial la reforma y la readaptación social de los condenados.

reproducción se caracterizan por constituir derechos de libertad, los cuáles, por una parte, demandan un deber de abstención del Estado de lesionar, y por otra, un deber de resguardar su ejercicio pleno e informado. Las mujeres son titulares de estos derechos de libertad, que guardan directa relación con el ejercicio del derecho a la integridad -prohibición de intervenciones arbitrarias en el ejercicio de la autonomía sobre el propio cuerpo- y la intimidad. Los obstáculos o prohibiciones de ejercer esta autodeterminación colocan a las personas en la imposibilidad de desarrollar sus proyectos de vida y las deja al arbitrio de las intervenciones y decisiones que el Estado realice sobre sus destinos. El autogobierno del ser es lo que diferencia a las y los seres humanos libres de los que no lo son, entre ser sujeto u objeto.

En el caso de las mujeres estas consideraciones adquieren un cariz particular si, resultado de una violación o intromisión arbitraria, deviene la imposibilidad de decidir sobre la reproducción y maternidad. El embarazo forzado ignora la voluntad de la mujer y provoca graves sufrimientos, no sólo para ella, sino también para el potencial niño no deseado. Estos devienen no sólo de la obligación de llevar a término el estado de gravidez, con todos los cambios físicos que implica, sino porque les impone la maternidad con las consiguientes responsabilidades y roles de ésta sin considerar sus expectativas y proyectos de vida.

La penalización sin excepciones del aborto, impide a las mujeres decidir si desean o no llevar a término el embarazo causado en una situación en la que carecían de autonomía. Este hecho genera consecuencias perniciosas para ellas, tal como ha sido constatado por diversos órganos internacionales. Estos organismos han manifestado su preocupación por las insuficiencias en el reconocimiento y protección de los derechos relacionados con la salud reproductiva de la mujer en Chile, y por que el aborto constituye un delito enjuiciable bajo cualquier circunstancia con la correlativa necesidad de las mujeres de buscar abortos inseguros, que ponen en riesgo su vida y su salud.⁴⁶

⁴⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, CEDAW, 36° período de sesiones 7 a 25 de agosto de 2006, Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Chile CEDAW/C/CHI/CO/4, párrs. 19 y 20; Comité de

Existen dos situaciones en que la imposibilidad de decidir sobre la propia reproducción -que resulta imputable al Estado- genera graves sufrimientos en las mujeres, constituyendo una forma de violación del derecho a la integridad personal:

- (1) la prohibición del aborto en el caso de un embarazo producto de una violación sexual.
- (2) cuando el feto es inviable.

La violación del derecho a la integridad personal -en las situaciones antes indicadas- se caracterizaría por constituir una privación arbitraria del control sobre el propio cuerpo de la mujer, que le causan severos sufrimientos. Dichos sufrimientos constituyen tratos crueles, inhumanos y degradantes y una infracción de lo dispuesto por el artículo 5º de la Convención.

La prohibición del aborto en el caso de un embarazo resultado de una violación sexual

La violación sexual es un ataque y una privación de los derechos a la integridad personal e intimidad de la víctima, no sólo por las lesiones físicas y psicológicas que provoca, sino porque constituye una negación del control sobre el propio cuerpo y la sexualidad, la voluntad y la dignidad de quien la sufre. Al efecto, la CIDH ha señalado que:

“[...] [E]l abuso sexual, además de constituir una violación a la integridad física y mental de la víctima, implica un ultraje deliberado a su dignidad. En este sentido, se transforma en una cuestión que queda incluida en el concepto de ‘vida privada’. La Corte Europea de Derechos Humanos ha señalado que el concepto de vida privada alcanza a la integridad física y moral de una persona y, en consecuencia, incluye su vida sexual. De este modo, para la Comisión,

Derechos Humanos, 89º período de sesiones 12 a 30 de marzo de 2007, Versión inédita, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Chile. párr. 8.

las violaciones de las que fue objeto Raquel Mejía en tanto afectaron su integridad física y moral, incluida su dignidad personal, configuraron una trasgresión de su derecho a la intimidad cuya responsabilidad resulta atribuible al Estado peruano”⁴⁷.

La violación puede tener como resultado el embarazo de la mujer. En esta hipótesis el embarazo es una consecuencia directa e indeseada del ataque, reflejo y recuerdo de la agresión que vivió la mujer. Obligarla a llevarlo a término y a dar a luz, es la perpetuación del ataque y de su sufrimiento. La mujer que fue violada, no sólo debe superar el dolor y la humillación de la violación; el Estado también le exige que tenga hijos productos de este ataque. En este escenario, la maternidad no es un proyecto de vida donde la mujer persigue formar una familia o criar hijos o hijas, sino un acto violento que se impone sin respetar su voluntad. La enajenación del control sobre el ejercicio de la sexualidad y el propio cuerpo experimentada por la mujer a causa de la violación se extiende a la prohibición de abortar, y causa sufrimientos iguales o superiores a los provocados por el ataque inicial.

De acuerdo con los requisitos que ha establecido la jurisprudencia de los sistemas interamericano y europeo, estos graves padecimientos constituyen tratos crueles, inhumanos y degradantes. La maternidad forzada es una conducta que el Estado no puede ni debe exigir a las mujeres.

La prohibición del aborto en caso de fetos inviables o que no sobrevivirán al parto

Las expectativas que genera la maternidad se frustran absolutamente cuando el feto es inviable o no sobrevivirá al parto. Esta frustración produce un profundo dolor en la mujer, pues el ejercicio de la maternidad descansa en el deseo de conectarse y establecer un vínculo afectivo con la hija o el hijo que

⁴⁷ CIDH. Informe N° 5/96. Caso 10.970. Perú. 1° de Marzo de 1996 (Este caso trata, *inter alia*, sobre la violación de la obligación de respetar y garantizar el derecho a la integridad personal consagrado en el artículo 5 de la CADH de la señora Raquel Mejía, por la violación sexual de la cual fue víctima).

se espera. Obligar a una mujer a soportar todo el embarazo sabiendo que el feto se desarrolla en su interior no alcanzará su desarrollo pleno, o bien no sobrevivirá al parto, ciertamente le provocará angustia, impotencia y dolor.

Para el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas el dolor que provoca el embarazo forzado en el supuesto de un embarazo con un feto anencéfalo -o bien, otra enfermedad mortal o condición de inviabilidad- es absolutamente injustificado, puesto que el ser humano que se forma en su vientre no sobrevivirá al alumbramiento y, por tanto, incluso en la hipótesis que el feto tenga un derecho subjetivo a la vida, ésta no puede ser una causal para la prohibición del aborto. Si no existen justificaciones racionales para considerar que nos encontramos en presencia de un aborto, la imposibilidad de interrumpir el embarazo es, simplemente, irracional.⁴⁸

Es en base a motivaciones, irracionales e injustificadas, que el Estado exige a la mujer soportar el embarazo y los padecimientos asociados. Le exige el sometimiento irreflexivo a un sistema normativo indiferente al dolor que experimenta y en el supuesto que ella decida abortar para evitar estos sufrimientos, la amenaza -o sanciona- con toda la fuerza del derecho penal. La conducta del Estado y el consiguiente sufrimiento que padece la mujer es cruel, inhumano y degradante.

A pesar de la argumentación realizada, podría considerarse que este es un sufrimiento que no puede ser estimado ilegítimo, pues los severos padecimientos de la mujer constituirían una especie de carga social asociada a la ponderación de derechos o intereses que el Estado ha realizado respecto de la existencia y supervivencia del feto.

Esta línea de argumentación debe ser rechazada por múltiples razones. La primera de ellas se relaciona con la posibilidad de privar del goce de derechos en la Convención Americana. El artículo 29 de la Convención establece que

⁴⁸ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, 85º período de sesiones 17 de octubre a 3 de noviembre de 2005. Dictamen, Comunicación No. 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003 17 de noviembre de 2005.

ninguna de sus disposiciones puede ser interpretada en el sentido de permitir a los Estados partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella. El deber de protección del derecho a la vida desde el momento de la concepción, que establece el artículo 4º, no puede ser interpretado por el Estado como un permiso para vulnerar otros derechos del catálogo convencional. La recta interpretación de este mandato debe estar en la consideración armónica del alcance y contenido de los derechos y deberes de protección que consagra la Convención. En este caso, el límite al deber de protección de la vida *en general* desde el momento de la concepción, está en la prohibición de tratos que, dada su severidad, provocan graves sufrimientos, además de humillar y degradar la dignidad humana.

En conclusión, la Convención Americana sobre Derechos Humanos reconoce a todas las personas los derechos a la vida y a la integridad personal. Correlativamente, demanda de los Estados el cumplimiento de las obligaciones de respeto y garantía de estos derechos. El artículo 1º señala que “[l]os Estados partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”. El Estado de Chile es parte de la Convención y, por tanto, tiene la obligación de respetar y garantizar a las mujeres el pleno goce de sus derechos humanos. Las normas penales sobre aborto son un obstáculo y una forma de violación de sus derechos humanos a la vida y la integridad personal.

La legislación penal que regula el acceso al aborto es incompatible con el Derecho Internacional de los Derechos Humanos. La obligación de respetar consagra el deber del Estado de abstenerse de realizar conductas que vulneren los derechos de la Convención. La obligación de garantizar los derechos de la Convención establece el deber del Estado de remover los

obstáculos culturales y legales que impiden el pleno goce de los derechos humanos. El Estado de Chile, por una parte, incumple su obligación de respetar al dictar legislación en abierta contradicción con los derechos fundamentales de las mujeres y, por otra, su obligación de garantizar, al amparar un sistema discriminatorio que promueve la subordinación de la mujer.

El fundamento de la penalización sin excepciones del aborto descansa en la dicotomía derechos del feto versus derechos de la mujer, o bien intereses del Estado versus derechos de la mujer. Esta división presenta problemas de lógica y legitimidad. En términos lógicos, es artera pues mientras el feto no sea viable y dependa biológicamente de la mujer, sin el soporte vital de ésta no es un ser autónomo ni independiente. Por lo tanto, es imposible desligarlos.

Por otra parte, resulta ilegítimo desvincular a la mujer embarazada del feto; hacerlo significa verla como un mero instrumento, un recipiente para la reproducción humana que no tiene derecho a controlar el destino de su propio cuerpo y su maternidad. La mujer embarazada, en esta perspectiva, sería un medio para un fin distinto de las propias motivaciones que su proyecto de vida implique. El riesgo de perder la vida, o los daños a su integridad personal serían sólo una externalidad en la consecución de los fines superiores o derechos de terceros sobre ella. Entre estos terceros, se incluyen los supuestos derechos del feto.

Aún si se concediera que el feto detenta la titularidad del derecho subjetivo a la vida, en el caso que la vida o la integridad personal de la mujer estén en peligro no resulta lícito solicitarle que muera o padezca graves sufrimientos para que el feto sobreviva. Este deber no se exige ni aún a dos personas nacidas y desarrolladas plenamente, pues, por ejemplo, en el caso del estado de necesidad o la legítima defensa, el legislador penal no requiere un sacrificio de los derechos fundamentales o intereses relevantes, particularmente del derecho a la vida y la integridad personal. No resulta

legítimo solicitarle a la mujer que sacrifique su vida o integridad por otro ser, ya que nuestro ordenamiento jurídico no contempla deberes de comportamiento a favor de terceros que impliquen un sacrificio de estos derechos.

En una sociedad democrática que contempla dentro de su ordenamiento la igualdad ante la ley y la prohibición de discriminación, no resulta legítima ni lícita la existencia de normas que desprecien el valor de la vida de la mujer en aras a satisfacer los derechos de otros. La renuncia al derecho a la vida o la integridad personal que demanda el Estado a través de la penalización sin excepciones del aborto, no guarda relación con ninguna de las cargas sociales en el ordenamiento jurídico chileno. El Estado y la sociedad deben respetar la autonomía de cada sujeto para desarrollarse libremente, sin que exista la posibilidad de requerir a sus ciudadanas que se transformen en mártires.

Que el Estado de Chile no perciba la penalización sin excepciones del aborto como una infracción de sus obligaciones convencionales es un componente más del problema. Mientras la sumisión y la violencia contra la mujer constituyan nuestra comprensión de la normalidad, difícilmente se reconocerá que la enajenación del control sobre la reproducción de las mujeres es discriminatoria e ilegal.

El pleno reconocimiento de los derechos humanos de las mujeres implica la superación de esta problemática, al reconocer en ellas a una persona autónoma, capaz de conducir su destino libre de discriminación y violencia.

CONSIDERACIONES BIOÉTICAS⁴⁹

Reposicionar el aporte de la ética

La ética, independientemente de los discursos que se producen y que se han elaborado históricamente, no constituye un dominio del saber, de donde se desprendan verdades que puedan tener el valor de un axioma. Frente a situaciones complejas, las consideraciones éticas deben concentrarse necesariamente en las situaciones reales que las provocan, en lugar de construir argumentaciones que se sostienen única y exclusivamente en los preceptos propuestos en su universo discursivo.

Por ello, el proceder de la ética, se enuncia como un proceso ascendente en lugar de representarse exclusivamente como un proceso descendente.⁵⁰ Esto es equivalente a sostener que es siempre necesario partir de la práctica, desde sus nudos y contradicciones, de la prioridad de la persona sumida en una encrucijada como lo afirma la ética clínica, si lo que se busca es comprender, adherir, legitimar y argumentar a partir de los principios.

La dificultad que provoca conceder a los principios la capacidad de “clausurar” la discusión se constata plenamente en el campo de la bioética. El carácter plural, a veces caótico y fragmentario de este dominio, se constata en los verdaderos “enfrentamientos” respecto de temáticas que abordan el principio y el final de la vida, la actitud crítica hacia la bio-tecno-medicina y otras discusiones. Evidentemente no hay consenso porque no hay principios comunes, o, porque incluso sobre ellos, la interpretación es posible. Lo que no niega el dialogo razonable a través de instituciones específicas, con el animo de encontrar soluciones adecuadas a los problemas.

⁴⁹ Argumentaciones tomadas del artículo “Consideraciones bioéticas: el concurso de las interpretaciones en la búsqueda de argumentaciones” de Sergio Zorrilla F., Doctor en Salud Pública, Profesor de la USACH. APROFA, Santiago, 2008.

⁵⁰ Jean Ladrière, “Del sentido de la bioética”.Acta bioética, Programa de bioética, OPS-OMS, N° 2 - 2000.

Desgraciadamente el “juego” de las interpretaciones y las polémicas que ellas suscitan no se limitan al ámbito académico. La imposición de una determinada interpretación, que no ha sido fruto de una deliberación social e individual libre e informada, tiene consecuencias importantes sobre la vida de las personas. Estas, pese a padecer sus consecuencias, quedan excluidas del derecho a participar en la generación de la norma, restándole legitimidad a su aplicación y al régimen político que la enuncia.

En el contexto de la deformada y peligrosa expresión “discusiones valóricas”⁵¹ es constatable el predominio de la “plaga emocional”, término propuesto por W. Reich⁵². Esta “plaga emocional” acompaña el nacimiento y desarrollo de la nueva derecha en Estados Unidos y en el resto del mundo, a propósito de la temática de los “valores” que instaura una especie de olímpico desprecio de la vida individual y colectiva enfrentada a desafíos y encrucijadas inevitables. La “plaga” imposibilita producir una discusión social, bloqueando incluso el dialogo intersubjetivo en el cual los argumentos “prudenciales”, tal como lo plantea Aristóteles, acompañan constantemente la dialéctica de la interpretación, de la discusión y de la decisión.

⁵¹ “La referencia a los valores revela y enmascara a la vez la crisis de los fundamentos. La revela: como dice Claude Léffort, “(la palabra valor) es el indicio de una imposibilidad a remitirse en adelante a un garante reconocido por todos: la naturaleza, la razón, Dios, la historia. Es el indicio de una situación en la cual se han mezclados todas las figuras de la trascendencia. En adelante estamos abocados a lo que Pierre Legendre llama el “autoservicio normativo”, en el que podemos elegir nuestros valores. Los valores toman la plaza dejada vacante de los fundamentos para proporcionar una referencia trascendente intrínseca que haría que la ética pareciera autosuficiente. Los valores le dan a la ética la fe en la ética sin justificación exterior o superior a sí misma. De hecho, los valores intentan fundar una ética sin fundamento” (Pág. 30). Edgar Morin, “Ética”. Editorial Cátedra, Madrid, 2006.

⁵² W. Reich, “Análisis del Carácter”. Paidós, col. Surcos, Barcelona, B.Aires, México, 2005. En los individuos aquejados de la plaga emocional “la conclusión está siempre hecha antes del proceso pensante; el pensamiento no sirve, como en el dominio racional, para llegar a la conclusión correcta; por el contrario sirve para confirmar una conclusión... preexistente... Esto se denomina por lo general “prejuicio”, se pasa por alto que este prejuicio tiene consecuencias sociales de considerable magnitud, que está ampliamente difundido y es prácticamente sinónimo de lo que llamamos “inercia y tradición”; es intolerante, es decir, no admite al pensamiento racional que podría eliminarlo, por lo tanto, el pensamiento de la plaga emocional es inaccesible a los argumentos; *tiene su propia técnica dentro de su propio dominio*, su propia “lógica”, por así decirlo; por este motivo, da la impresión de racionalidad (274)...Característica esencial de la plaga emocional es que la acción y la razón dada para ella nunca son congruentes...en cuanto tocamos los motivos de la reacción debida a la plaga, aparecen inevitablemente la angustia o la cólera” (269).

En función de lo dicho, le compete a la ética esencialmente un trabajo de elucidación, de interpretación, de comprensión de los contextos, de los discursos, de las actitudes respecto del aborto. Este trabajo puede orientarse en dos direcciones:

(1) Construir un relato o un texto que, interrogando la cosa misma -en este caso particular, el aborto- pueda legitimar realmente la noción de sujetos de derecho o la utilización de principios tales como la igualdad, la justicia y el respeto de la decisión individual. O bien, extender la aplicación de ciertos principios sobre los cuales existe un cierto consenso, por ejemplo, el principio de confidencialidad⁵³ en el caso de un aborto mal hecho, en el contexto de instituciones de salud.

(2) La otra dirección consiste en interrogarse sobre la real capacidad y fuerza que tienen los discursos éticos que buscan una despenalización del aborto. Convendría preguntarse por qué estos discursos no logran transformar la manera como las personas se sitúan frente al problema, a pesar que en sus vidas individuales se vean envueltas en dicha encrucijada. Interrogarse, también, por qué los argumentos “pro-vida” continúan teniendo un peso considerable, por ejemplo, en países como Chile.

Esta segunda dirección busca reabrir la reflexión sobre una temática y sus contextos, que se ha transformado considerablemente con el tiempo; permite re-examinar ciertos discursos e interpretarlos con el fin de identificar nuevas estrategias y cursos de acción, que autorizarían la elaboración de argumentos hoy ausentes o desconectados.

⁵³ S. Zorrilla, “Confidencialidad, autonomía y derechos de las personas”, en Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva, Casas, Dides, Isla, Corsaps, 2002.

Un antes y un después: un relato para identificar nuevas tendencias

Para darle contenido a esta segunda orientación sería necesario establecer un antes y un después respecto de los discursos y las temáticas que giran en torno al aborto. Un antes y un después respecto de la fuerza de los discursos que argumentan la despenalización; un antes y un después respecto del reconocimiento de la decisión y la fragilidad individual; un antes y un después respecto de la pasión generada por la despenalización, traducible en movilizaciones sociales y en un contenido transversal asumido desde ámbitos diferentes; un antes y un después respecto de los temas que monopolizan la discusión.

Siempre es difícil, respecto de los procesos sociales e históricos, establecer cortes y etapas que conciten unanimidad. Sin embargo, en el caso chileno, las cosas han cambiado en el transcurso de dos o tres generaciones. Antes, se abortaba y nadie se hubiera atrevido a calificar de asesinas a las mujeres que recurrían a este procedimiento. En la década de los sesenta, la legitimación en las políticas de salud del aborto terapéutico no fue condenada ni levantó alguna polémica considerable.

El antes de los países desarrollados fue diferente al chileno. La despenalización se aprobó como parte de las reivindicaciones planteadas por los grupos feministas, y por la extensión de la lógica de los derechos humanos. Conviene recordar en particular el ejemplo de Italia que, en 1978, aprueba por plebiscito una ley sobre el derecho al aborto, luego de un debate profundamente democrático, a pesar de la presencia del Papa y del poder del Vaticano. También conviene recordar que en varios países desarrollados, los políticos liberales (ausentes en Chile) fueron impulsores de las leyes que permitieron la despenalización.

Años después, en particular en Chile, después de la dictadura y del término del aborto terapéutico, se asocia aborto con crimen, con asesinato. Esto acontece en América Latina e incluso en países desarrollados, donde se busca

volver atrás sobre leyes y normas ya reconocidas. Todo esto en el contexto de un férreo silencio por parte de las mujeres y de las parejas que optan por el aborto.

Más aún, en las facultades de Ciencias Médicas se constata una real dificultad y una cierta agresividad para abordar el aborto desde la óptica de los derechos, es decir, como un tema político. Como falta moral grave, se asocia rápidamente a una falla en la responsabilidad individual o de la pareja. La agresividad con que esta posición se expresa, desemboca en una frase vengadora: el que la hace la paga.

Hipótesis, variables, determinaciones antropológicas, temáticas hegemónicas sobre el tema del aborto

Este antes y después, para muchos, se relacionaría con el desarrollo y la eficacia de grupos “pro-vida”, el nacimiento de una nueva derecha, en particular en Estados Unidos y la acción política del Vaticano. Sin embargo, la realidad diferente en la cual se encuentra envuelta la temática del aborto se relaciona con otras variables mucho más potentes y trascendentales.

El tema del biopoder

Hanna Arendt se refirió al surgimiento de la bio-política, “umbral de la modernidad biológica”⁵⁴, en sus investigaciones sobre el fenómeno totalitario en los campos de concentración nazis y estalinianos, donde la naturaleza humana era transformada y reducida a un hecho puramente biológico. Si en el totalitarismo el poder artificial de la técnica era utilizado con este fin, en las sociedades liberales modernas se recurre a la misma artificialidad para aumentar el poder del proceso vital natural, convertido en la norma implícita de la vida en común. La vida se ha transformado en una verdad axiomática de validez incontestable, que ocupa el vacío dejado por la descomposición del

⁵⁴ Conceptos compartidos con Michel Foucault.

campo de la acción pública. Este movimiento de politización de la vida es profundamente no político”⁵⁵.

Los grupos biopolíticos representan el empobrecimiento de lo político, dado que criterios de agrupación biológica y corporal reemplazan aquellos de agrupación por clase u orientación política, entre otros (A. Heller). Frente al discurso político asentado en la pluralidad de las opiniones, el discurso biopolítico sustituye la pluralidad por la identidad y, a la opinión, por la verdad y la existencia de una única opinión “políticamente correcta”. La reducción biológica de la pluralidad a la identidad homogeniza las diferencias, buscando la unidad y la cohesión del grupo”⁵⁶.

La biopolítica de la salud es un caso que merece atención especial al interior del espectro biopolítico. La salud perfecta se ha convertido en la nueva utopía apolítica de nuestras sociedades (Sfez, 1995). La re-politización de la salud ha dado la posibilidad de crear una forma de sociabilidad apolítica, la bio-sociabilidad (Rabinow 1996) constituida por grupos de intereses privados que se reúnen según criterios de salud, de enfermedades específicas y de longevidad, entre otros. En esta cultura de bio-sociabilidad se crean nuevos parámetros de mérito y de reconocimiento en modelos ideales de sujetos basados en la performance física, y se establecen nuevos valores en reglas higiénicas y regímenes de ocupación del tiempo. Todas las actividades sociales -lúdicas, deportivas, sexuales- son re-significadas como prácticas de salud. En la actualidad, el discurso del riesgo es el elemento estructurador básico de la bio-sociabilidad. El resultado es la constitución de un individuo responsable que orienta sus comportamientos y sus estilos de vida hacia la búsqueda de la salud y del cuerpo perfecto, alejado de los riesgos. La biopolítica contemporánea es la política del riesgo”⁵⁷.

⁵⁵ Francisco Ortega, “Biopoder, biopolítica”. En : Le dictionnaire du corps. Ediciones del CNRS, Paris, 2006, p. 58.

⁵⁶ Francisco Ortega, “Biopoder, biopolítica”, *Op. Cit.*

⁵⁷ *Ibid*, pp. 58-59.

En la perspectiva de la argumentación de la despenalización del aborto, las reflexiones anteriores permiten, a lo menos, tres observaciones: en primer lugar, la primacía del argumento biológico, o de una cierta perspectiva de la biología, a través de la discusión sobre el estatuto del embrión y del teórico axioma, según el cual, la fecundación es equivalente a la persona. Los grupos “pro-vida” colocan aquí el punto de partida de cualquier discusión, subordinando la ética y la política “al hecho” biológico, y descartan de plano las múltiples observaciones críticas que contradicen su carácter totalizador.

En segundo lugar, toda discusión política y, en particular, la posibilidad de reconocer en una sociedad pluralista un derecho para algunas/os, es rechazada en nombre de un principio trascendental: la protección de la vida. Independientemente del sofisma que busca reducir la protección de la vida solamente a la prohibición del aborto, lo que emerge es una democracia protegida. Esta se encuentra radicalmente limitada, en la propuesta de los grupos “pro-vida” y la nueva derecha norteamericana, por “verdades” trascendentales o principios que se desprenden de una supuesta naturaleza.

En tercer lugar, en la utopía nunca alcanzada individualmente de una salud perfecta, en las dimensiones totalitarias de algunos discursos de la salud pública, se impone la culpabilización de ciertas patologías. Es el caso de las enfermedades denominadas del modo de vida, del VIH/SIDA, y también del aborto. La relación que éste tiene con la vida individual -a pesar de estar presente en todas las argumentaciones- no logra reducir la discriminación, y tampoco altera los discursos individuales que se enuncian públicamente. El aborto aparece como una especie de desviacionismo que no precisa comprensión y que en algunos casos se puede aceptar, aclarando eso sí, que esa decisión está descartada en la vida propia.

La medicalización de la procreación y las consecuencias en el plano de la vida sexual y reproductiva

La medicalización de la procreación, la contracepción y otras técnicas extremadamente poderosas, tiene un lado claro y un lado oscuro. Posee una gran legitimidad porque ha permitido tres sueños de la humanidad⁵⁸: no tener hijos cuando no se quiere (contracepción, esterilizaciones femeninas y masculinas, aborto); tener hijos cuando se quiere (inseminación artificial, fecundación in vitro, clonación); tener los hijos que se quiere (planificación familiar, selección de embriones, clonación, aborto).

Lo más decisivo es que, en términos de lo que algunos denominan el discurso hegemónico al interior de la medicina, predominan las proezas que tienen mayor acogida y legitimidad en la sociedad y los medios de comunicación. Las técnicas de reproducción asistida asumen este carácter y, en su dinámica, el aborto aparece como un despilfarro, una bofetada al esfuerzo emprendido desde hace años.

La idea del sexo seguro y del control de la vida sexual y afectiva

La culpabilización y la conexión del aborto con el asesinato de un ser humano se refuerzan con la idea que existe un sexo seguro, y que es posible un control total de la vida sexual y afectiva. Esta idea demuestra el predominio de una perspectiva veterinaria de la sexualidad, y la exclusión del deseo inconsciente, de la pasión y de los afectos; y, de la ferocidad y la belleza que puede asumir el amor y la pasión, limitando y, en ciertas ocasiones aniquilando la idea de un control total de la vida sexual y afectiva.

El después, mencionado arriba, también se alimenta del aumento de la contracepción y del postulado que el ser humano es capaz en todo momento de conectar adecuadamente los medios y los fines.

⁵⁸ Reflexiones de Jean Francois Malherbe, filósofa belga.

La concentración de la discusión en torno al estatuto del embrión

Una de las consecuencias del biopoder, y su transformación de la temática del aborto, se expresa en la concentración de la discusión en torno al estatuto del embrión. Lo que sorprende en Chile es que sólo se escucha la posición según la cual “el embrión es una persona desde el momento de la fecundación”.

En otras latitudes del mundo, las hipótesis desarrolladas en torno al estatuto del embrión son múltiples. El Comité Consultivo de Bioética de Bélgica distingue al menos cinco posiciones⁵⁹:

(1) De intención o de externalización, según la cual estatuto moral del embrión depende del proyecto de sus padres. El embrión humano solamente puede ser considerado como una persona de derecho, si es reconocido afectivamente como tal por sus padres. Este no sería el caso de los embriones supernumerarios o de los embriones creados con fines experimentales.

(2) Internalista o fijacionista, que considera al embrión como una persona desde la fecundación del óvulo.

(3) Aquella que confiere un estatuto moral al embrión a partir del décimo quinto día de su desarrollo. Es la posición de la mayoría de los investigadores biomédicos.

(4) La de persona potencial, que considera que el embrión no es una persona completa pero tiene el potencial de desarrollarse, y debe ser respetado por esta potencialidad.

(5) Gradualista, según la cual el embrión humano tiene un estatuto moral variable en función de su grado de desarrollo; un feto de 39 semanas deberá ser más respetado y protegido que un embrión de 10 semanas.

La condición humana: una reflexión antigua que se vuelve actual

La idea que el embrión es simplemente una persona humana es un postulado

⁵⁹ Ravez Laurent, “Pour une approche critique plus mesurée des nouvelles technologies procréatives”. En: *Ethica Clinica*, n° 41, 2006, Namur, Bélgica, p. 26.

débil y empobrecedor. Lucien Sève⁶⁰ propone salir de las abstracciones y examinar la expresión “la persona comienza desde la concepción” desde el estatuto del ser carnal, en la perspectiva de la biomedicina. Se abren, desde esta perspectiva, una serie de preguntas tales como: ¿Es posible dudar que un nuevo ser ha comenzado desde el momento mismo de la fecundación?

(1) Cuando se afirma desde la concepción, ¿qué se afirma? “Que esto acontece desde la penetración del espermatozoide en el ovocito y de la unión que resulta entre los cromosomas de estos dos gametos”⁶¹. Pero, ¿esto es claro? Para Sève y muchos otros, no lo es, puesto que “penetración y unión tenidas como casi instantáneas se rebelan contra un proceso complejo que dura toda una jornada y es marcada por fases diferentes”⁶². En la afirmación simplista “la persona comienza desde la concepción” sostenida por los grupos “pro-vida”, el punto decisivo es la idea de lo instantáneo, de un salto ontológico donde de un solo golpe surge la persona. El saber biomédico sostiene que no hay un solo momento; existe un proceso y la génesis se opera de manera gradual.

(2) En el enunciado la persona comienza en la concepción, ¿que es necesario entender por persona? Si desde la fecundación surge un ser humano, sería necesario concederle una serie de prerrogativas y derechos. Para Sève, en esta manera de plantear las cosas se desliza un tremendo equivoco: ¿Podemos negarle el ser al conceptus? No. ¿Podemos negarle el hecho que el ser se relaciona con lo humano? No. Pero otra pregunta fundamental se impone: ¿Es suficiente ser y relacionarse con lo humano para tener derecho a la apelación de ser humano? ¿No podría aplicarse este mismo razonamiento, por ejemplo a los gametos que han participado en la concepción? ¿No podríamos decir que el óvulo humano es también un ser humano antes de la concepción y por lo tanto el comienzo de la persona humana?

⁶⁰ Sève Lucien, “Pour une critique de la raison bioéthique”. Editorial Odile Jacob, París, 1994.

⁶¹ Sève, Lucien, “Pour une critique de la raison bioéthique”, *Op. Cit.* p. 33.

⁶² *Ibid.*

El sofisma de los grupos “pro-vida” consiste en jugar inconscientemente sobre los dos sentidos de la expresión ser humano. En un sentido débil, la expresión verbal ser humano especifica una rubrica, un signo del ser humano en general y esto se puede decir de todo lo constitutivo del homo sapiens. Pero, en un sentido fuerte, ser humano significa incomparablemente otra cosa. Toda la cuestión consiste en saber si el huevo fecundado debe ser tomado en cuenta como algo o como alguien. Tomarlo como alguien es una operación arbitraria, porque del huevo fecundado no es posible concluir una evidencia de ser humano. Le faltan caracteres decisivos del ser humano. En el desarrollo del embrión es necesario esperar hasta el catorceavo día para que aparezca una línea primitiva que es un signo del sistema nervioso central y sólo desde el séptimo mes el cerebro es funcional. ¿Existe un ser humano sin cerebro?

¿Podemos decir que desde la fecundación existe un individuo? Tampoco, puesto que no tiene las propiedades inmunológicas que definen de manera crucial un individuo; si las tuviera, no podría implantarse porque sería rechazado por el útero como un cuerpo extraño. El cigoto de nuestra especie es humano pero eso no basta para hablar de un ser humano.

(3) También es posible rechazar la idea/imagen que la persona comienza desde la concepción, es decir, que la fecundación es el inicio de un proceso ya finalizado. El huevo fecundado puede tener varios destinos. A partir de un huevo fecundado puede resultar una mola, un tumor. La mayoría de las células podría producir una placenta en vez de un embrión. Hasta la tercera semana, el embrión puede dividirse y producir gemelos. El destino único del cigoto es un mito. Sin olvidar que en las condiciones naturales de la reproducción humana, entre 50% y 80% de los embriones abortan espontáneamente. Lo que predomina en los procesos iniciales de la reproducción humana es su carácter aleatorio masivo.

Situarse, en cambio, en el ámbito de la condición humana es ir más allá de la noción de persona y de cualquier ficción donde lo corporal, lo psíquico y lo social se puedan separar. La condición humana se juega en la realidad y en la

constitución de cada uno, así como en las múltiples relaciones y determinaciones que de ellas se desprenden (C. Castoriadis y E. Morin).

LA VISIÓN MÉDICA⁶³

Existen condiciones en las cuales las mujeres se ven expuestas a riesgo vital, sufrimiento psicológico o daño físico ante la prolongación de embarazos no viables, o producto de una violación. La imposibilidad de interrumpirlos tiene consecuencias nefastas para ellas.

Las situaciones en que se requiere el derecho a decidir la interrupción del embarazo son: riesgo vital, inviabilidad fetal y violación.

Riesgo Vital

Casos en que la condición de embarazo o su patología, que no es de origen fetal, amenazan a la mujer

a) Corioamnionitis: Cuadro clínico que constituye una emergencia obstétrica que puede causar un shock séptico y la muerte materna. Al momento de consulta el feto puede estar vivo o muerto, independiente de ello se debe realizar el vaciamiento uterino inmediatamente para remover el foco infeccioso. La legislación chilena obliga a esperar la muerte fetal elevando así el riesgo de muerte de la mujer.

b) Embarazo ectópico (tubario, ovárico, cervical o abdominal): no llega a término, su evolución en el tiempo puede provocar la rotura tubaria, ovárica, cervical o una lesión visceral abdominal que puede poner en riesgo la salud de la mujer por hemorragia, ocasionar secuelas permanentes e incluso ocasionar su muerte. La legislación chilena obliga a constatar ausencia de latidos cardíacos para proceder al tratamiento, aumentando el riesgo de muerte de la mujer o el deterioro de su salud.

c) Antiguamente la descompensación de una patología materna preexistente indicaba la práctica de la interrupción terapéutica del embarazo. Hoy, gracias a los avances médicos existen oportunidades de tratamiento, pero siguen

⁶³ Argumentaciones tomadas del artículo de Rodrigo Hess, “La perspectiva biomédica”. APROFA, 2007.

constituyendo una eventual indicación de interrupción de embarazo. Entre estas enfermedades se consideran, entre otras: la insuficiencia cardiaca, renal, hepática, respiratoria, endocrina, o diabetes, hipertensión arterial, enfermedades autoinmunes, mujeres sometidas a trasplante de órganos y la necesidad de quimioterapia o radioterapia.

d) La patología del embarazo mismo: la pre-eclampsia y eclampsia que, cuando se presentan en forma severa muy precozmente en la gestación, llevan a plantear el aborto terapéutico. Los potentes hipotensores y otras medidas terapéuticas actuales han permitido manejar este cuadro y frecuentemente esperar el parto⁶⁴.

El síndrome HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets*)¹ que puede coexistir con la eclampsia, presenta dificultades serias en su manejo y, a veces, la única solución es la interrupción del embarazo. Si bien estas enfermedades ocurren al final del embarazo (último trimestre de gestación), ocasionalmente pueden presentarse en una gestación más temprano. En cualquier caso el tratamiento de esta enfermedad requiere la interrupción el embarazo. En caso que el feto no sobreviva, de acuerdo con la legislación chilena actual se corre el riesgo que este acto sea considerado un delito.

En los países donde el aborto es legal, los protocolos médicos autorizan interrumpir el embarazo en casos de hipertensión arterial severa, antecedentes de pre-eclampsia y/o eclampsia en embarazos anteriores, enfermedad tromboembólica con uso prolongado de anticoagulantes, riñones poliquísticos con infecciones de las vías urinarias a repetición, cicatriz de rotura uterina en embarazos previos, depresión severa que requiera el uso de drogas antidepresivas, cirugía mayor reciente sobre la mama o el piso pélvico, e historia de fetos con malformaciones severas en embarazos previos.

⁶⁴ Caroline M de Costa, Darren B Russell, Naomi R de Costa, Michael Carrette y Heather M McNamee, "Early medical abortion in Cairns". Queensland, July 2006 - April 2007. MJA 2007, pp. 171-173.

Casos en que es el embrión o cigoto el causante directo o indirecto del compromiso vital de la mujer

La patología de la concepción misma comprende las alteraciones genómicas del cigoto que llevan a procesos de desarrollo no humano (por ejemplo en polisomías, triploidías)⁶⁵. Aunque una proporción importante de triploides pueden parecer embriones normales, casi todos ellos tienen malformaciones sistémicas, alteraciones histológicas y citológicas o retardo severo del crecimiento y, excepcionalmente, sobrepasan el primer trimestre.

Otra situación corresponde a procesos incontrolados que desestabilizan o invaden el organismo materno en forma grave, como la mola hidatidiforme⁶⁶ y el coriocarcinoma. Es interesante señalar que si bien la mola es un tumor, tiene dotación cromosómica idéntica al ser humano. Si bien el tratamiento de esta patología consiste en la interrupción del embarazo molar, la actual legislación no lo permite.

Malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina⁶⁷

Se ha avanzado significativamente en los últimos años en el diagnóstico precoz y seguro de alteraciones fetales⁶⁸. La información que las técnicas de reproducción asistida han entregado a la medicina reproductiva ha sido múltiple.

Hasta el 70% de los embriones humanos, interrumpen espontáneamente su evolución en el período pre implantacional (período de 7 días comprendido entre la fecundación y la implantación, en que la existencia del embrión no es reconocible), debido a anomalías cromosómicas (aun no se diagnostican

⁶⁵ Szulman AE, Philippe E, Boue JG, Boue A., "Human triploidy: association with partial hydatidiform moles and nonmolar conceptuses". Hum Pathol 1981, pp. 1016-21.

⁶⁶ Sebire NJ, Fisher RA, Foscett M, Rees H, Seckl MJ, Newlands ES., "Risk Of Recurrent Hydatidiform Mole And Subsequent Pregnancy Outcome Following Complete Or Partial Hydatidiform Molar Pregnancy". BJOG 2003.

⁶⁷ Ha surgido un nuevo escenario en la necesidad del aborto terapéutico, desconocido en 1931, y que corresponde a los diagnósticos pre-natales de malformaciones.

⁶⁸ Kagan KO, Avgidou K, Molina FS, Gajewska K, Nicolaidis KH., "Obstet Gynecol". 2006.

defectos genéticos propiamente tales). La mayoría de estos defectos cromosómicos que se observan en embriones humanos son letales y pueden determinar la imposibilidad de implantación (interrupción pre-implantacional) o, más tardíamente, abortos espontáneos. Sólo defectos cromosómicos como la trisomía 21 o el Síndrome de Down, pueden terminar en un parto de un recién nacido enfermo. Ello sucede sólo en el 20% de los casos⁶⁹. Existe un 15% de abortos espontáneos en la población humana. Estos obedecen a diferentes causas, pero la principal corresponde a las anomalías intrínsecas del embrión o del feto.

Un estudio hecho en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, mostró una tasa global para las cuatro variedades de aneuploidías mencionadas de un 29 por 10,000 nacimientos⁷⁰.

**Tabla 2. Anomalías cromosómicas diagnosticadas, distribuidas por diagnóstico.
Tasa global por 10.000 nacimientos, de NV por 10.000 NV. Tasa NM por 100 NM**

Diagnóstico	Nº	NV	NM	Tasa global	Tasa NV	Tasa NM
S de Down	74	72	2	22,87	22,49	0,99
Trisomía 18	13	10	3	4,03	3,12	1,49
Trisomía 13	4	4	0	1,24	1,25	0,00
S de Turner	3	2	1	0,93	0,62	0,49

NV= Nacidos vivos.

NM= Mortinatos.

Se han desarrollado metodologías para establecer la salud fetal en el primer trimestre de la gestación. Algunas de estas tecnologías suponen maniobras invasivas para el saco gestacional o la placenta. Aunque establecen un diagnóstico de certeza, conllevan un riesgo de aborto a veces superior al que posee el feto de presentar la patología que se pesquisa.

⁶⁹ Sherman Silber. The Infertility Center of Missouri. www.infertile.com

⁷⁰ Julio Nazer, Mónica Antolini, María Eugenia Juárez, Lucía Cifuentes, María Eugenia Hubner, Andrea Pardo, Silvia Castillo, "Prevalencia al nacimiento de aberraciones cromosómicas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile". Rev. Med. Chile v.131, Jun 2003.

Lo anterior ha impulsado el desarrollo de tecnologías no invasivas que permitan descubrir la posibilidad de aparición de anomalías cromosómicas fetales, básicamente por medio de evaluaciones ecográficas y bioquímicas. La combinación de la evaluación del riesgo basal (*a priori risk*)⁷¹ con parámetros ecográficos⁷² y bioquímicos⁷³, puede informar que entre un 1% y un 5% de los fetos tendrá un riesgo alto de presentar una alteración derivada del número de cromosomas, situación conocida como aneuploidías (trisomías 21, 18 o 13, Síndrome de Turner) o malformaciones cardíacas.

En Chile se utilizan estas técnicas. De hecho, en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y una clínica privada entre otros, han liderado exitosamente la introducción de estos procedimientos en las prácticas obstétricas rutinarias en nuestro país. Hoy es una práctica habitual -en hospitales públicos y privados- utilizar estos recursos diagnósticos para identificar fetos eventualmente portadores de Síndrome de Down o de problemas más graves. Esos últimos, indefectiblemente, morirán durante el embarazo o al nacer.

Un 5% del total de embarazos va a culminar con un feto portador de algún defecto congénito. Sin embargo, éstos son los causantes del 25% de las muertes perinatales, 50% de la mortalidad infantil y 50% de la discapacidad grave, tanto física como mental.

El diagnóstico prenatal es un apoyo para que la mujer y/o la pareja tomen la mejor decisión respecto a la continuidad del embarazo.

El examen ultrasonográfico precoz permite el diagnóstico de otras malformaciones fetales incompatibles con la vida como: alteraciones del polo cefálico (acráneos o anencéfalos), agenesia renal, hipoplasia pulmonar severa y cardiopatías severas, entre otras.

⁷¹ Es el riesgo asociado a su edad y edad gestacional, combinado con parámetros ecográficos.

⁷² Parámetros ecográficos: Translucencia retronucal o NT + desarrollo del hueso nasal

⁷³ Parámetros bioquímicos: B HCG y PAPP-A

Quienes promueven el uso de estas técnicas, basan su práctica en la ayuda que ofrecen para aconsejar a las mujeres que llevan en su útero fetos con defectos. De esta forma, buscan ayudarles en la gestación y la experiencia del duelo asociado al diagnóstico.

Pero no hay que engañarse, un número importante de esas mujeres no seguirían adelante con sus embarazos, si pudieran. Esto plantea una paradoja, pues por un lado se cuenta con los recursos para tomar una decisión informada y en conciencia, y por el otro, la legislación actual niega la posibilidad de decidir.

Las consideraciones aquí referidas cubren las condiciones biológicas en las que las malformaciones indicadas resultan incompatibles con la vida extrauterina. Se deja, para otras deliberaciones, un pronunciamiento respecto de situaciones complejas que no son incompatibles con ésta.

Violación

Frente a aquellos embarazos que responden a una situación fundada en la desigualdad de poder y la violencia -como los resultan de una violación-, dada la condición aberrante en tales se producen, la sociedad no debería obligar a las mujeres a asumir sus consecuencias, sino respetar su propia decisión.

Es por ello que se considera que, constatado el hecho, debiera a la brevedad apoyarse la interrupción del embarazo cuando así lo requieran las víctimas, incluyendo los casos en que la ley no les confiera decisión autónoma, ya sea por edad o discapacidad. La voluntad de las víctimas o sus representantes no pueden ser transgredidas, so riesgo de incurrir en una victimización secundaria, atentatoria contra todo derecho a la salud e integridad psicológica de la persona.

VISIONES DESDE LA RELIGIÓN⁷⁴

La consideración de una perspectiva teológica es relevante, tanto porque la mayor parte de la población reconoce su adhesión a alguna iglesia, como por la fuerte incidencia que la Iglesia Católica mantiene en la deliberación pública. Sin embargo, las aproximaciones teológicas a este tema no son homogéneas. De allí, que se distingan dos enfoques al menos en la manera de abordar los dilemas éticos que plantea la interrupción voluntaria del embarazo:

(1) Posiciones deontológicas: parten desde una noción del deber (el principio, la norma) universal que establece la ley natural (y por lo tanto, divina) para luego aplicarlo a la situación concreta. Estos enfoques son dominantes en los pronunciamientos oficiales de la Iglesia Católica, y en sectores del mundo evangélico que se autodenominan fundamentalistas.

(2) Posiciones contextualistas: parten de la situación concreta para discernir desde allí, a la luz del Evangelio, cuál es el bien mayor (o el mal menor) al que se puede aspirar. Estos enfoques son dominantes en el mundo evangélico-protestante, y en sectores de la Iglesia Católica que adhieren a corrientes teológicas inspiradas en el Concilio Vaticano II.

En el marco de las posiciones deontológicas, la discusión sobre el aborto ha estado históricamente marcada por la pregunta acerca del momento de desarrollo del feto desde el cual debe ser considerado un ser humano (hominización o animación).

⁷⁴ Argumentaciones tomadas de los artículos de Alvaro Ramos, “Aproximaciones críticas al debate teológico sobre el aborto terapéutico”; Juan Sepúlveda, “Razones teológicas y pastorales para reponer el aborto terapéutico en Chile: una perspectiva evangélica”; y, Ute Seibert, “Consideraciones teológicas sobre aborto para la conferencia de consenso, versión preliminar”. APROFA, 2007.

Entre el siglo IV y los inicios de la época moderna, predominó la doctrina de la animación tardía, esto es, la idea que el feto podía alojar un alma humana desde el momento en que adquiría la forma de un cuerpo humano, lo que se estimaba ocurría a partir de los cuarenta días después de la fecundación. Por lo tanto, desde este punto de vista, la interrupción voluntaria del embarazo previa a los cuarenta días (y en el caso del embrión femenino, a los 80 días, según algunos autores), no era considerada un homicidio.

A partir del siglo XVI, pero con mucha mayor fuerza desde el siglo XIX, se impuso en la Iglesia Católica el predominio de la doctrina de la animación temprana. Ésta señala que el nuevo ser recibe un alma humana desde el momento mismo de la fecundación. Con la generalización de esta doctrina, se impuso también la noción de que la interrupción voluntaria del embarazo, en cualquier momento de su desarrollo, es un homicidio, independientemente de las circunstancias que la motiven.

Para esta doctrina, el derecho a la vida del embrión es completamente equivalente al derecho a la vida de la mujer. Por lo tanto, ningún ser humano puede, bajo ninguna circunstancia, priorizar el derecho de una parte en desmedro del derecho de la otra.

Las aproximaciones teológicas contextuales comparten con las deontológicas los mismos principios y normas universales, pero su punto de partida es la constatación de que todo dilema ético surge de complejas situaciones concretas, en las que diversos principios universales entran en colisión. Por lo tanto, la decisión no puede derivarse mecánicamente de las normas, sino de un proceso de discernimiento ético en el que la consideración de la situación concreta, y de sus eventuales consecuencias, son de máxima importancia.

Para este enfoque, la reflexión contextual es aplicable no solamente a una decisión ética presente, sino también al desarrollo de la interpretación de los propios principios y normas. En otras palabras, reconoce que los principios y

normas tienen su propia historia, y que éstos se han desarrollado también en respuesta a situaciones concretas.

Esta aproximación permite comprender por qué la Biblia -fuente común para la enseñanza cristiana católica y evangélica- no aborda explícitamente el tema de la interrupción voluntaria del embarazo. En la sociedad que origina las narraciones bíblicas -una sociedad netamente agraria y con una expectativa de vida dramáticamente menor a la que conocemos en el presente- la seguridad de la familia, y particularmente de la mujer, dependía del número de hijos e hijas. La Biblia simplemente no registra, o parece no conocer, la situación del aborto inducido por decisión voluntaria de la propia madre. El único texto que aborda explícitamente el tema, Éxodo 21,22-25, se refiere al aborto accidental como resultado de golpes a la mujer en una riña. Mientras, según la ley del talión, la muerte de la madre se castiga con la vida del culpable, la muerte del feto se sanciona con una indemnización al padre. Es claro que para este texto, es más grave la muerte de la madre que la muerte del feto.

Ante la ausencia de referencias bíblicas que condenen explícitamente el aborto intencional, la tradición cristiana, en su defensa de la dignidad humana del no nacido, se ha inspirado principalmente en textos en los que el hablante hace referencia a la continuidad entre su identidad actual y su vida pre-natal. Por ejemplo, “desde el vientre de mi madre eres tú mi Dios”, Salmo 22,11. Esta interpretación es coherente con la antropología monista de los antiguos hebreos, que no concebían un alma sin un cuerpo.

Para la Iglesia Católica, la tradición -es decir, los pronunciamientos del magisterio eclesial- es otra fuente de enseñanza cristiana, cuyo desarrollo también puede examinarse de manera contextual. Así, por ejemplo, se constata que el primer registro de una condena explícita del aborto intencional, tuvo como contexto el esfuerzo cristiano por diferenciarse de la cultura grecorromana que no reconocía la dignidad humana de la infancia, y que toleraba el abuso (prostitución, infanticidio) de los niños, especialmente

de aquellos nacidos fuera del matrimonio. A comienzos del siglo II, la *Didajé* afirmó la validez del mandamiento “no matarás” para la infancia, incorporando a los no nacidos, aún cuando concebidos en orgías.

El análisis contextual permite también reconocer que la discusión en torno al momento de la animación, no surge en respuesta a la problemática del aborto, sino a intereses estrictamente teológicos. Los teólogos que postularon la animación tardía (como San Jerónimo, San Agustín y Santo Tomás), separaron la animación de la fecundación como una manera de demostrar que es Dios mismo, y no los progenitores humanos, la causa de la persona. Es evidente que en este planteamiento recibieron la influencia del dualismo antropológico helenista, dualismo que adicionalmente tendía a subvalorar las funciones biológicas, entre ellas, la sexualidad.

Posteriormente, cuando el magisterio eclesiástico se vio en la necesidad de enfrentar el aborto practicado para ocultar los pecados de fornicación y adulterio, la doctrina de la animación tardía se aplicó para establecer la gravedad de la falta y la severidad de los castigos. La motivación de éste debate ético-teológico tuvo más vinculación con la preocupación por la moral sexual, que por la dignidad humana del feto o de la mujer.

Hasta la época inmediatamente anterior a los tiempos llamados modernos, la humanidad vivió mayoritariamente en condiciones relativamente comparables a las del antiguo Israel: sociedades básicamente agrarias, donde las familias de mayor tamaño tenía mejores posibilidades de sobrevivencia, y donde las expectativas de vida eran significativamente menores a las actuales.

Con los fenómenos característicos de la modernidad -industrialización, urbanización, desarrollo científico y tecnológico- las condiciones de vida cambiaron radicalmente. Entre otros aspectos, se pueden destacar la disminución de la mortalidad infantil, el aumento de la expectativa de vida y la aparición de la adolescencia (etapa biográfica previamente desconocida). Si antes una familia de gran tamaño era fuente de seguridad social y

alimentaria, hoy puede ser causa de pobreza e incertidumbre. Si antes una mujer se convertía en esposa y madre apenas su cuerpo se hacía fértil, ahora es fértil muchos años antes de definir su proyecto vital, en el cual estos roles son opciones y no deberes. Si antes una mujer con un embarazo complicado no tenía más alternativa que enfrentar el riesgo de muerte, ahora la medicina moderna le abre la posibilidad de salvar su vida.

Las orientaciones del magisterio de la Iglesia Católica en torno a la sexualidad humana durante las últimas décadas, han privilegiado la perspectiva deontológica en detrimento de posiciones teleológicas y contextualistas. Uno de los efectos políticos de estos planteamientos es el fortalecimiento de posiciones fundamentalistas al interior de la comunidad eclesial, y la incidencia que buscan en los debates públicos a nivel nacional e internacional. Sin embargo la discusión teológica continúa abierta. De hecho, con posterioridad al Concilio Vaticano II muchos moralistas e incluso obispos católicos han considerado en forma profunda algunos factores que pueden legitimar el aborto terapéutico.

En el mundo evangélico-protestante, la Biblia constituye el marco de referencia fundamental para el debate ético. Ante la ausencia de referencias explícitas sobre el aborto, la legitimidad o ilegitimidad de la interrupción del embarazo no puede ser abordada en forma abstracta. Las reflexiones se centran en la vida humana como don o regalo de Dios. La acción creadora de Dios, en la que participan el hombre y la mujer, es activa tanto en la concepción como en el nacimiento de un ser humano, y el cuidado y la protección de Dios están presentes antes y después del nacimiento. El ser humano se constituye en relación con sus semejantes y, por lo mismo, su existencia se desarrolla en una dimensión de gratuidad (libertad, alegría de vivir y derecho a ser amado) y en una dimensión de responsabilidad (compromiso, entrega y disponibilidad frente al otro).

La responsabilidad frente a la vida propia y la de otra persona descarta la posibilidad de considerar el aborto como un método de planificación familiar

o de control de la natalidad. Sin embargo, el aborto puede aceptarse como legítimo cuando responde a fines terapéuticos, particularmente cuando está en riesgo la vida de la mujer. Se enfatiza la función pastoral de acompañar el difícil proceso de discernimiento del conflicto ético que viven las personas frente a embarazos no deseados o evidentemente peligrosos para la madre.

Tanto en la Iglesia católica como en la protestante, se han levantado las voces de teólogas que reflexionan sobre el contexto marcadamente patriarcal de la tradición cristiana occidental en que se han dado los pronunciamientos sobre la sexualidad humana. Señalan que las características que las iglesias han colocado en el ser humano coinciden exactamente con aquello que dicen del varón, pero contradicen las afirmaciones sobre la “esencia” de la mujer que, de manera natural, tiende hacia el amor y la subordinación.

Hoy se hace necesario escuchar la voz de las mujeres, abordar el problema del aborto a partir de sus experiencias, y deconstruir las tradiciones teológicas patriarcales. Esta mirada incorpora las múltiples relaciones entre la corporalidad, la sexualidad, la afectividad y la espiritualidad. Los conflictos éticos tienen que ser revisados considerando los diversos contextos, muchas veces marcados por múltiples manifestaciones de discriminación y de violencia contra las mujeres, y desde reconocer y fortalecer la agencia moral que ellas tienen.

Lo dicho hasta aquí es suficiente para dejar en claro que la problemática contemporánea del aborto responde a desafíos y motivaciones completamente distintas a las del pasado. Por lo tanto, parece legítimo preguntarse acaso las respuestas que la tradición cristiana dio a preguntas del pasado, siguen vigentes para las nuevas interrogantes del presente. Ciertamente hay consenso en que las fuentes y los principios que han de iluminar la respuesta cristiana son los mismos de ayer, y que tales principios pueden resumirse en la afirmación inequívoca de la dignidad absoluta de toda vida humana.

Pero no hay consenso en el mundo cristiano acerca de la forma más eficaz de respetar esa dignidad, en sociedades marcadas por muchas desigualdades e injusticias, en las que el aborto se practica con frecuencia, a pesar de su penalización absoluta y de que sigue siendo una causa estadísticamente significativa de muerte en las mujeres.

Hay cristianos y cristianas que creen que la práctica del aborto aumentará si se despenaliza, aun cuando sea sólo por razones terapéuticas. También están aquellos y aquellas que creen que la reposición del aborto terapéutico permitirá el desarrollo de instrumentos y políticas más efectivas para promover la dignidad humana, en especial de las mujeres y de la infancia.

Una sociedad democrática y pluralista es un contexto adecuado para que estas diferencias se expresen con toda libertad. Las iglesias tienen derecho a hacer públicas sus enseñanzas sobre todos los aspectos de la vida, y a procurar persuadir al conjunto de la sociedad acerca de la bondad de tales enseñanzas. Al mismo tiempo, tienen la obligación de respetar la libertad y el derecho de la ciudadanía de decidir democráticamente, mediante leyes y políticas públicas, cómo abordar los problemas que le afectan. Tal es el caso del aborto.

BIBLIOGRAFIA REFERIDA

- Bascuñan Rodríguez, Antonio (2004) *La licitud del aborto consentido en el Derecho Chileno*. Revista Derecho y Humanidades N° 10. Facultad de Derecho Universidad de Chile. Santiago de Chile.
- Etcheberry, Alfredo (1998) *Derecho Penal Parte Especial*. T III. Editorial Jurídica 3° edición. Santiago de Chile.
- Ekblad, M. (1995) *Induced abortion on psychiatric grounds: a follow up study of 479 women*. Acta Psychiatric and Neurol. Skandinaviska Vol. 99 (3).
- Faúndez, A., y Barzelatto, J. (2005) *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Tercer Mundo Editores, Bogotá.
- Flax, Jane (1990) *Psicoanálisis y Feminismo*. Pensamientos Fragmentarios. Valencia, Ediciones Cátedra, Instituto de la Mujer, Universidad de Valencia.
- Foro Abierto de Salud y DDRR (1993) *Memoria Simposio Nacional Leyes para la Salud y la Vida de las Mujeres / Hablemos de aborto terapéutico*. Santiago.
- Gajardo, Samuel (1948) *Medicina Legal*. Editorial Nacimiento. Santiago, Chile.
- Garrido Montt, Mario (1998) *Derecho Penal Parte Especial*. T III. Editorial Jurídica. Santiago de Chile.
- Gomez de la Torre, Maricruz (1993) *El aborto terapéutico: ¿cambio de valores?* Simposio Nacional, Leyes para la Salud y la Vida de las Mujeres, Hablemos del Aborto Terapéutico. Santiago de Chile, Foro de Salud y Derechos Reproductivos.
- Jiménez, E. (1981) *A propósito del aborto voluntario y sus pretendidas consecuencias psicológicas*. Revista de Psicología de la Universidad Central de Venezuela, Vol. VIII, 4.
- Jean Ladrière (2000) *Del sentido de la bioética*. Acta bioética. Programa de bioética, OPS-OMS, N° 2.
- Kagan KO, Avgidou K, Molina FS, Gajewska K, Nicolaidis KH. (2006) *Obstet Gynecol*.
- Mac Iver Cousiño, Luis (1974) *Manual de Medicina Legal*. Editorial Jurídica de Chile. Santiago, Chile.
- M. de Costa Caroline, Darren B Russell, Naomi R de Costa, Michael Carrette y Heather M McNamee (2007) *Early medical abortion in Cairn*. Queensland.

- Monreal T. (1993) *Evolución histórica del aborto provocado en Chile y la influencia en la anticoncepción*. Memoria del Simposio Nacional Leyes para la salud y la vida de las mujeres. Hablemos de aborto terapéutico, Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos. Santiago.
- Morin, Edgar (2006) *Ética*. Editorial Cátedra, Madrid.
- Nazer Julio, Mónica Antolini, María Eugenia Juárez, Lucía Cifuentes, María Eugenia Hubner, Andrea Pardo, Silvia Castillo (2003) *Prevalencia al nacimiento de aberraciones cromosómicas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile*. Revista Médica de la Universidad de Chile v.131.
- Ortega, Francisco (2006) *Biopoder, biopolítica*. Le dictionnaire du corp. Ediciones del CNRS, Paris.
- Pateman, Carol (1988) *El contrato sexual*. ANTHROPOS-UAM. México, 1995.
- Politoff, Sergio; Grisolia, Francisco y Bustos, Juan (1993) *Derecho Penal Chileno. Parte Especial. Delitos contra el Individuo en sus condiciones físicas*. Editorial Jurídica. Santiago.
- Ravez Laurent (2006) *Pour une approche critique plus mesurée des nouvelles technologies procréatives*. Ethica Clinica, nº 41. Namur, Bélgica.
- Reich, W. (2005) *Análisis del Carácter*. Paidós, col. Surcos, Barcelona, B.Aires, México.
- Requena, M. (1990) *Aborto inducido en Chile*, Ediciones de la Sociedad Chilena de Salud Pública. Santiago.
- Rosas, M. (1997) *Aborto por violación*. The Population Council/DEMUS, Lima.
- Rubin, Gayle (1997) *El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo*. Género. Conceptos básicos. Programa de Estudios de Género. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Salazar, G. (1993) *Investigación-acción sobre el aborto inducido a través de la atención integral a la mujer postabortante*. Instituto de la Mujer, Santiago.
- Salazar, G. (2004) *Aspectos psicosociales del aborto*. Cuadernos Mujer Salud No. 9, RSMLAC.
- Salazar, G., Guerrero, T. y M.E. Mérida (1990) *Algunos factores psicosociales asociados a la experiencia del aborto voluntario*. Tesis de grado, Universidad Central de Venezuela.
- Sebire NJ, Fisher RA, Foskett M, Rees H, Seckl MJ, Newlands ES. (2003) *Risk Of Recurrent Hydatidiform Mole And Subsequent Pregnancy*

Outcome Following Complete Or Partial Hydatidiform Molar Pregnancy. BJOG.

Sève Lucien (1994) *Pour une critique de la raison bioéthique.* Editorial Odile Jacob, París.

Silva, A.M. y Salazar, G. (1994) *Estudio de la opinión pública sobre el aborto inducido y sus matices.* Instituto de la Mujer. Santiago.

Szulman AE, Philippe E, Boue JG, Boue A (1981) *Human triploidy: association with partial hydatidiform moles and nonmolar conceptuses.* Hum Pathol.

Urria Hering, Pablo Andrés (1993) *Fundamentación médico legal del aborto terapéutico.* Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas y sociales, Universidad Católica de Valparaíso.

Viel, Benjamín (1990) *La regulación de la fecundidad en América Latina.* En Requena Mario (ed) *Aborto Inducido en Chile.* Sociedad Chilena de Salud Pública. Santiago, Chile.

Zorrilla, Sergio (2002) *Confidencialidad, autonomía y derechos de las personas.* En *Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva,* Corsaps.

Weisner M. (1982) *Aborto inducido. Estudio antropológico en mujeres urbanas de bajo nivel socioeconómico,* Tesis para optar al grado de Licenciado en Antropología, Facultad de Filosofía, Humanidades y Educación, Departamento de Ciencias Sociológicas y Antropológicas, Universidad de Chile. Santiago.