



BOLETIN

DE LA FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)

ÍNDICE

Nota editorial 1

Editorial 6

Algunas Reflexiones sobre la Objeción de conciencia
Pío Iván Gómez Sánchez

Artículo Central 9

Aborto:
Mitos y Realidades en Chile
Ramiro Molina Cartes MD

“El futuro es algo que cada cual alcanza a un ritmo de sesenta minutos por hora, haga lo que haga y sea quien sea”

CLIVE STAPLES LEWIS (1898-1963)
ESCRITOR BRITÁNICO

ADVERTENCIA

Todas las precauciones razonables han sido tomadas por la FLASOG para verificar la información contenida en este boletín. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía explícita o implícita de ningún tipo.

Las ideas expuestas por los(as) autores(as) no reflejan necesariamente la opinión oficial de la FLASOG.

La responsabilidad de la interpretación y uso de este material es de los(as) lectores(as) y en ningún caso la FLASOG será responsable por daños y/o perjuicios derivados de su uso.

NOTA EDITORIAL



Este es el cuarto boletín de este año que ha servido como medio de contacto con los(as) profesionales de la región que nos comprometemos con la Salud Sexual y Reproductiva de la población. Agradecemos a las personas que vienen apoyando esta iniciativa de gran acogida y difusión, esperamos poder tener fondos para continuar en el 2013.

Les deseamos felices fiestas decembrinas y auguramos un nuevo año pleno de satisfacciones personales, familiares y laborales. Seguiremos comprometidos para que los Derechos Sexuales y Reproductivos sean cada vez más reales en nuestra región.

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX

Avenida José Pardo 601, Oficina 604,
Miraflores, Lima 18, Perú.
Telefono: [511] 447-8668
Fax: [511] 243-0460
www.promsex.org



EDITORIAL

Algunas Reflexiones sobre la Objeción de conciencia

DIRECTOR DEL BOLETIN:
Pío Iván Gómez

EDICION:
Luis Távara, Jorge Apolaya

CORRECCIÓN DE ESTILO:
Soledad Arriagada

DISEÑO y DIAGRAMACION:
Julissa Soriano

PROGRAMACION:
Miguel Céspedes

Pío Iván Gómez Sánchez.

MD, MsC

Ginecólogo, Epidemiólogo

Asesor Médico Senior IPPF/RHO

Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia

Coordinador Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la FLASOG

“Yo soy católico –le dije a Juan Pablo II- pero también soy Presidente de una República cuyo estado es laico [...] no tengo por qué imponer mis convicciones personales a mis conciudadanos [...]” “Comprendo perfectamente el punto de vista de la Iglesia Católica y como cristiano, lo comparto. Juzgo legítimo que la Iglesia pida a los que practican su fe que respeten ciertas prohibiciones, pero no le corresponde a la ley civil imponerlas con sanciones penales al conjunto del cuerpo social”.

Valery Giscard.
Ex-presidente de Francia

La palabra objeción deriva del Latín ob-iactare y la usan escritores cristianos del siglo IV para referirse al rechazo de los creyentes a venerar el Emperador Romano como Divinidad.

En 1935, Billy y Lilian Gobitas, fueron expulsados de su escuela en Minersville (Pennsylvania) por negarse a saludar a la bandera de su país, ya que de acuerdo a sus creencias aquello constituía un acto de idolatría (Éxodo 20:3-5).

Después de varios juicios, finalmente la Suprema Corte de los Estados Unidos dictaminó: estaban en su derecho de ejercer su libre expresión y libertad de culto amparados por la Primera Enmienda de la Constitución de su país al expresar sus convicciones religiosas, las cuales incluirían el negarse a cualquier forma de veneración a algún símbolo de unidad nacional.

Desde hace siglos la filosofía, ha precisado que la objeción de conciencia es el señalamiento que la razón hace para indicar el desacuerdo de un acto humano con el conjunto de los juicios deónticos por los cuales se regula el comportamiento del ser humano. Así, la conciencia no sería algo distinto que una especie de voz interna que juzga cuál es la regla de actuar frente a situaciones concretas. Esta voz interior obedece a consideraciones, valores o principios intrínsecos de cada persona; los cuáles pueden oponerse a lo que manda la Ley que deba hacerse o no realizarse. Ello no es otra cosa distinta que el reconocimiento expreso del Derecho Fundamental que las personas tienen en todo momento y circunstancia, de atender las voces de su conciencia sobre el juicio que haga acerca de lo correcto o incorrecto de una acción concreta.

Se asume que quien objeta no pretende cambiar la norma sino sólo que se le exima de su cumplimiento por razones de conciencia. Ahora bien, en la esencia de la objeción está, que quien objeta acepta realizar otras prestaciones, como consecuencia de la exención que solicita.

Se han descrito múltiples formas de objeción de conciencia, a manera de ejemplo algunas:

1. La objeción a donar sangre: Es la de quien rehúsa donar sangre cuando se ha decretado en una ley que debe ser obligatoria. No debe confundirse esta objeción con quienes rechazan para sí la transfusión de sangre, pues con tal conducta no se incumple un deber impuesto por el ordenamiento jurídico.
2. La objeción profesional: Es la de quien rehúsa tomar parte en la fabricación y el comercio de armas de guerra, o en cualquier investigación científica sobre instrumentos, máquinas o sustancias a los cuales pueda llegar a dársele un uso bélico.
3. La objeción médica o sanitaria: Es la de quien, por ejemplo, rehúsa intervenir en la interrupción voluntaria del embarazo o en actos de eutanasia.
4. La objeción fiscal: Es la de quien rehúsa el pago total o parcial de un impuesto, por considerar moralmente inaceptable su destinación.
5. La objeción al juramento: Es la de quien rehúsa poner a Dios por testigo o por garante en el marco de actuaciones administrativas.
6. La objeción al culto cívico: Es la de quien rehúsa participar en ceremonias públicas cuya finalidad sea honrar el Estado y rendir homenaje a sus emblemas.
7. La objeción al sufragio: Es la de quien rehúsa emitir su voto en elecciones y en cualquier forma de consulta popular en países donde las leyes imponen a la ciudadanía el sufragio obligatorio.

COMITÉ EJECUTIVO DE FLASOG



→ Dr. José De Gracia,
Presidente (Panamá)
presidente@flasog.org

→ Dra. Sara Edith Campana,
Vice-Presidente (Panamá)
vicepresidencia@flasog.org

→ Dra. Flor María Marín,
Secretaria (Nicaragua)
secretario@flasog.org

→ Dra. Carmen Solórzano,
Tesorera (Nicaragua)
tesoreria@flasog.org

→ Dr. Edgar Iván Ortiz,
Presidente Electo (Colombia)
ivort55@yahoo.com

→ Dr. Nilson Roberto de Melo,
Ex-Presidente (Brasil)
melonr@terra.com.br
nilsonrobertomelo@gmail.com



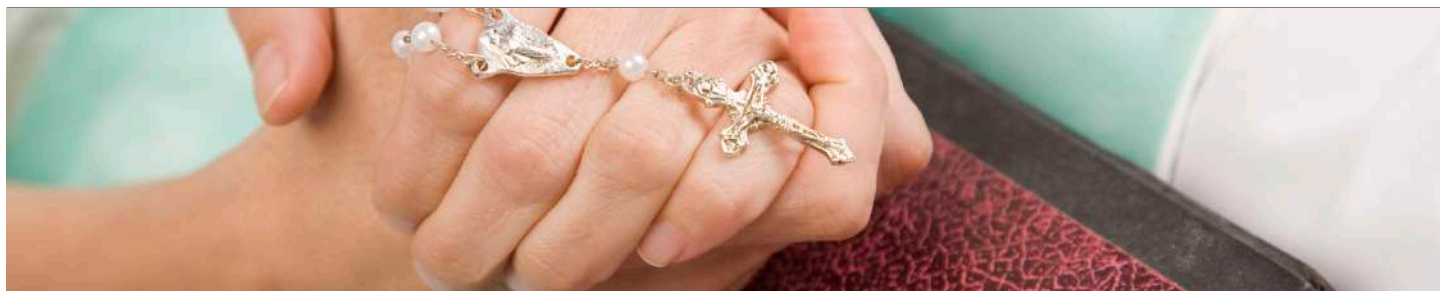
→ Director Ejecutivo
Dr. Luis Távara Orozco (Perú)
luis.tavara@gmail.com

→ Director Administrativo Sede
Permanente de FLASOG
(Fundación FLASOG)
Dr. Rubén Darío Mora Reyes
(Panamá) Presidente del periodo
anterior

→ Dr. Nilson Roberto de Melo (Brasil)

→ Secretario del periodo anterior
Dr. Francisco Eduardo Prota (Brasil)

→ Tesorero del periodo anterior
Dr. Luciano de Melo Pompei (Brasil)



8. La objeción al mandato superior: Es la de quien rehúsa cumplir una orden impartida por la persona a la cual está jerárquicamente subordinado(a).
9. La objeción al servicio militar.

La reflexión que debemos hacer es ¿cómo funcionaría esto en casos de atención en salud? ¿Deberíamos los(as) profesionales de la salud poder objetar conciencia? No hay consenso al respecto, pero algunas sociedades han manejado este dilema colocando algunas reglas y limitaciones a la objeción de conciencia médica.

Algunas personas definen la objeción de conciencia médica como la negativa del(a) profesional a realizar por motivaciones éticas y/o religiosas, determinados actos ordenados por la Ley y/o tolerados por la autoridad competente en un momento determinado y la consideran “una acción de dignidad moral y ética, siempre que las razones sean serias, sinceras, razonadas, reiteradas y se refieren a situaciones fundamentales y profundas”.

El(la) objetor(a) debe tener una actitud respetuosa y de profesionalismo con respecto a quien solicita su intervención asistencial, a pesar de su rechazo a esta última. Se debe respetar al mismo tiempo los derechos, en el sentido ético y jurídico de las personas solicitantes del servicio.

Dice el Código de Deontología de la OMC de España: Capítulo VI. De la Reproducción Humana

Artículo 26.

- 1.- El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención ...
- 2.- El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

Dice el Código de Deontología de Cataluña, Capítulo I. Principios Generales

Artículo 6.

Ningún médico podrá ser ni discriminado ni rechazado cuando, por fidelidad a su conciencia, se niegue a utilizar o utilice una determinada terapéutica o medio de diagnóstico. Sin embargo, será necesario que el médico, en todos los casos, lo haya advertido antes personalmente al paciente o, cuando se trate de

un incapacitado o un menor, a la persona directamente responsable de éste.

Conceptos clave

La falta de claridad en la objeción de conciencia y de reglas claras ha permitido por ejemplo¹:

- En Eslovaquia, la firma de un tratado con el Vaticano mediante el cual se garantiza el ejercicio absoluto e ilimitado de la objeción de conciencia de funcionarios públicos, pero sólo de acuerdo con la moral católica.
- En Mississippi, un(a) portero(a) puede impedir la entrada de una mujer a una clínica, cuando ella expresa que viene a practicarse un aborto.
- En Wisconsin, un farmaceuta puede negarse a vender anticonceptivos a una mujer aunque tenga la receta médica, no está obligado a referirla a otra farmacia y además le puede retener la receta.

Aspectos básicos sobre la objeción de conciencia:

- Hay que tener claridad de que la objeción de conciencia como derivada de una libertad ideológica, es un derecho individual que **no** puede ser ejercida por una institución (Hospital, centro de salud, etc.), sobre todo si es pública o con financiación pública. Las Instituciones no pueden invocar un ideario propio como un derecho a ponderar los derechos constitucionalmente tutelados y están obligadas a proporcionar los servicios y las prestaciones reconocidas por el sistema de salud. La objeción es en todo caso una decisión individual y no institucional, que aplica exclusivamente a prestadores directos y no a personal administrativo.
- No se puede negar u ocultar información sobre los derechos de la gestante en materia de ILE, ni coartar la voluntad de la gestante para persuadirla de su decisión.
- Se debe brindar la orientación necesaria y referirla inmediatamente a un prestador no objetor entrenado y dispuesto dentro de la misma institución o a otra de fácil acceso que garantice la atención
- Cuando el (la) objetor(a) es el(la) único(a) profesional con capacidad de brindar el servicio y/o no sea posible la referencia oportuna a un(a) prestador(a) no objetor(a), o cuando la mujer requiera atención de urgencia, debe realizarlo en cumplimiento de la obligación última del prestador de proteger la vida o la salud de la mujer.
- La objeción de conciencia, la no objeción de conciencia o el antecedente de haber practicado o realizado una ILE, no podrá constituir una circunstancia de discriminación para la gestante, profesionales de la salud ni prestadores(as) de servicios de salud. ←

MIEMBROS DEL COMITÉ DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PERIODO 2011-2014

- Dr. Pió Iván Gómez (Coordinador General) pigomez@unal.edu.co
- Dr. José Figueroa (México y Caribe) jfigueroa@codetel.net.do
- Dra. Ruth Graciela De León (Centroamérica) ruthgdeleon@hotmail.com
- Dr. Rogelio Pérez De Gregorio (Países Andinos) rperezdgregorio@gmail.com
- Dr. Cristiao Rosas (Cono Sur) cristiao@terra.com.br crossas@prefeitura.sp.gov.br
- Licda. Susana Chávez (Sociedad Civil – Perú) susana@promdsr.org

MIEMBROS DEL COMITÉ DE MORTALIDAD MATERNA PERINATAL PERIODO 2011-2014

- Dr. José Douglas Jarquín (Coordinador General) jarquin@telesal.net
- Dr. Antonio Peralta Sánchez (México y Caribe) peraltapuebla@hotmail.com
- Dr. Jesús Octavio Vallecillo (Centroamérica) jvallecillo@hotmail.com
- Dr. Pedro Faneite (Bolivariana) faneitep@hotmail.com
- Dr. Carlos Ortega Soler (Cono Sur) cortega@intramed.net.ar

MIEMBROS DEL COMITÉ DE CÁNCER GINECOLÓGICO PERIODO 2011-2014

- Dr. Eugenio Suárez (Coordinador General – Cono Sur) eugenio.suarez@gmail.com
- Dr. Evelio Cabezas (México y Caribe) ecabezas@infomed.sld.cu
- Dr. César Reyes (Centroamérica) dricareyes@gmail.com
- Dr. Gustavo Ferreira Delgado (Cono Sur) drgustavoferreira@gmail.com

¹ Roa, Mónica: La objeción de conciencia en el aborto, escudo, no espada. <http://razonpublica.com/index.php/econom-y-sociedad-temas-29/1451-la-objecion-de-conciencia-en-el-aborto-escudo-no-espada.html>

Aborto: Mitos y Realidades en Chile

Ramiro Molina Cartes MD

Profesor Titular Universidad de Chile

¿Cuál es el impacto del aborto? Esta simple pregunta genera una serie de posiciones encontradas en las cuales se mezclan los mitos, las falsas creencias y las expresiones de ideologías y morales de las más variadas posiciones religiosas. Esto último ocurre especialmente en países donde el tema se ha negado para su discusión y donde la tradición de los derechos humanos tiene antecedentes de haber sido conculcados.

Basta que esta pregunta sea por razones directas como ocurre con la discusión de la interrupción de los embarazos por causas de Salud de la Mujer o por Inviabilidad Fetal por malformaciones embriológicas o genéticas severas o que condicionan una viabilidad muy limitada después del nacimiento. Puede ser por razones indirectas como ocurre la discusión de la licitud de fármacos anticonceptivos que previenen el embarazo, pero que para muchos son abortivos como ocurre con la anticoncepción hormonal de emergencia o Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE), a pesar de todas las evidencias científicas existentes de su acción farmacológica es previa a la fecundación. Esta última experiencia ha ocurrido en Chile en los últimos 12 años, (2000 a 2012).(1,2,3,4,5,6)

Por otra parte se argumenta que el efecto sobre la mortalidad materna por aborto se controla con buenos sistemas de atención, como ocurre en Chile y que por lo tanto ya deja de ser un problema importante o bien que los egresos hospitalarios por complicaciones del aborto se mantienen en una proporción estable sin aumentar notoriamente y por lo tanto es posible de absorber por el sistema de Salud sin grandes conflictos y deja de ser un problema de Salud Pública.

Dado que el tema es muy desconocido y se mezclan conceptos, es indispensable que toda la población sea informada adecuadamente con objetividad y con respeto a sus creencias o prácticas religiosas y ampliar la respuesta respecto al impacto del aborto y ampliar la visión del problema.

Características del aborto y perfil en Chile

Según la Organización Mundial de la Salud, aborto es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados. Esta definición no hace mención si el feto está vivo o muerto. En tanto que desde un punto de vista legal se considera aborto a la muerte del feto. (7)

1.-ANÁLISIS DE LA DEFINICIÓN

El comienzo del embarazo, la OMS lo ubica en el momento de la implantación del blastocisto en el endometrio, lo cual no es lo mismo que el concepto biológico de célula viva e individual. Es más, con la aparición de la Fertilización asistida se han producido fenómenos muy curiosos.

En un reciente intercambio de cartas al Editor de una prestigiosa Revista científica como es el *Annals of Internal Medicine*, un investigador dice que el embarazo se inicia desde el momento de la concepción, pues el embrión humano es genéticamente un individuo distinto desde ese momento. La implantación para él simplemente es un cambio de su hogar y su forma de nutrición. Otro investigador le contesta que el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos define el comienzo del embarazo desde la implantación y pone un ejemplo para aclarar el punto. Una mujer tiene sus óvulos congelados en un Centro de Fertilización asistida y uno de ellos es fecundado por los espermatozoides de su esposo, también congelados. Esto ocurre en una placa de Petri y a la mujer, a 64 millas de distancia, se le comunica del éxito y se la cita para la transferencia a su útero. Se pregunta al investigador si la mujer ¿podría anunciar a sus amigos que está embarazada?. ¿Podría su obstetra de la ciudad donde vive, iniciar el control prenatal? De hecho hay una fertilización exitosa de un individuo genéticamente diferente a sus padres pero que no será un embarazo hasta que se implante.

El punto de viabilidad de la definición, también es variable de tal modo que se debe registrar sea vivo o muerto todo recién nacido con más de 500 g. Y la mortalidad ya no se refiere sólo a los de 1000 g y más. Se expresa la mortalidad por pesos del R.N. En 30 años los límites de la viabilidad aumentó para los fetos chilenos y lo que antes podría ser calificado de aborto

para la medicina de 1980, hoy al 2012 no lo es. Hoy todo feto menor de 22 semanas si es expulsado del útero o extraído del mismo, es clasificado como aborto.

Desde un punto de vista legal, la Corte Suprema de Chile ha definido aborto como: La interrupción del proceso natural del embarazo que produce la muerte del feto o producto de la concepción. Hay otras definiciones legales que en diferente forma expresan la muerte fetal sea intrauterina o extrauterina o por el efecto de la extracción en el momento en que el feto es aun inviable por su edad gestacional.

En ambas definiciones los conceptos y características de la viabilidad fetal y viabilidad neonatal son fundamentales. Ambas definiciones de viabilidad coincidirán para su aplicación médica como médico-legal.

2.- CLASIFICACIÓN DEL ABORTO

El aborto puede ser clasificado desde diferentes puntos de vista o desde la disciplina de análisis o aplicación:

Como **proceso** puede ser Síntoma o Amenaza de aborto, Aborto en evolución y Aborto inevitable.

Como resultado de la **expulsión del embrión o feto** puede ser: Aborto completo o Aborto incompleto.

Según la presencia de **Infeción** es: Séptico o Aséptico
Según el **origen** del aborto puede ser: Espontáneo o Inducido y Provocado o Voluntario.

Según la **Ley** el aborto puede ser: Penalizado o Despenalizado, el cual a su vez puede ser: Limitado a causas Específicas como es el aborto de Causa Médica, por razones de salud o Amplias.

3.- ABORTO DE CAUSA MÉDICA O POR RAZONES DE SALUD.-

3.1.- Concepto.-

Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad fetal con medios adecuados con el objeto de prevenir la muerte de la mujer o de tratar una enfermedad que afecta tanto al feto como a la madre y que hace inviable la vida embrionaria o fetal. En general esta

CUANDO SE PLANTEA LA ALTERNATIVA DE INTERRUPCIÓN DE UN FETO NO VIABLE ES POR EL RIESGO DE PERDER A AMBOS: LA MADRE Y EL FETO.

herramienta se aplica en todos los países, pues es una indicación Gineco-Obstétrica que se describe en todos los textos de medicina de la especialidad. A estas causas de Salud de la interrupción del embarazo, también se denomina como abortos de Causa Médica o de Salud y en su controvertida acepción: Aborto Terapéutico. Hay situaciones en las cuales si no se interrumpe el embarazo, se pierde la vida del embrión y además la vida de la madre. Esto ocurre por ejemplo con los embarazo ectópicos, donde el embarazo se implanta en un sitio fuera del útero, como en una trompa de Falopio, que es lo más frecuente u en otro lugar como ocurre con el embarazo ovárico. El crecimiento del embrión o feto y la implantación de la placenta, provoca la ruptura del órgano, con complicaciones de hemorragias muy severas que comprometen rápidamente la vida de la mujer, si no se interviene quirúrgicamente. Hay otros casos en que los fetos son más desarrollados pero aun insuficientes para ser viables y que por condiciones muy graves, la continuidad de su desarrollo afecta la vida de la mujer y del feto como consecuencia. Esto ocurre en casos hipertensión severa incontrolable con riesgo de ruptura hepática. En general, ya quedan pocas causas médicas en que la medicina tiene que hacer la elección entre la vida del feto o de la madre.

Cuando se plantea la alternativa de interrupción de un feto no viable es por el riesgo de perder a ambos: la madre y el feto. Con la aparición de las Unidades de Atención Neonatal, se puede interrumpir embarazos con fetos muy inmaduros y con un mejor pronóstico, aunque muy difícil. Es decir no son interrupciones con muerte fetal o sin posibilidades para el Recién Nacido. Son intervenciones programadas para dar las mejores posibilidades a dos vidas. Este es un tema en el cual Chile está enfrentado a discutir, pues tiene una legislación en la cual no está permitido el aborto en

ninguna circunstancia, lo cual no es real y ni está de acuerdo con lo que sucede todos los días en nuestros hospitales públicos y privados.

3.2.- Situación legal del Aborto de causa médica.-

Existen cinco países en el mundo en los cuales el aborto es ilegal por cualquier causa y circunstancia: Chile, El Salvador, Guatemala, Malta y Nicaragua. En Chile hasta 1989, el artículo 119 del Código de Derecho Sanitario decía: **“Solo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo, para lo cual basta la firma de dos médicos cirujanos”**. No se conoce reglamento de esta ley. Desde Septiembre de 1989 la junta militar elimina este artículo por el que dice: **“Artículo 119. No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto.”**. No se conoce reglamento de esta ley.

Esta determinación tan amplia y drástica no consideró la interrupción del embarazo por causas médicas y dejó en una situación de incompatibilidad el sentido común de la medicina con la legislación. Más bien fue pensada en el sentido de no permitir el aborto terapéutico por amplias causas.

Curiosamente las dos palabras **“cuyo fin”** ha sido interpretada por muchos profesionales como la permisividad para el aborto de Causa Médica. Sin embargo, ha dado origen a interpretaciones muy particulares y de notoriedad pública en casos de Mola Hidatiforme que es un genoma humano, pero de mucho riesgo para la mujer por lo cual en todos los libros de la especialidad se indica la interrupción del embarazo molar. Algunos connotados teólogos usaron el término de Interrupción del Embarazo y no de Aborto, pues no había mala intención o maleficio desde la perspectiva Ética. Esto reveló que la legislación era muy confusa e interpretativa.

3.3.- Situaciones Médicas que recomiendan la Interrupción del embarazo.-

3.3.1.- Situaciones en los límites de la Viabilidad Fetal.-

Desde un punto de vista legal la extracción de un feto vivo inmaduro no es un aborto si el feto, puede ser cuidado en una Unidad de Tratamiento Intensivo que le ofrecerá mejores condiciones que al interior del útero, (22 semanas o más de gestación). Estos casos son muy específicos y se manejan en cualquier servicio de Obstetricia y Ginecología del país y lo que entra en discusión es el momento de la interrupción y la disponibilidad de plaza en una UTI para la atención del o la R.N.

Casos como estos se pueden presentar en:

- Enfermedad Metabólica Materna gravemente descompensada y sin respuesta al tratamiento, con retardo severo del Crecimiento Fetal.
- Síndrome Hipertensivo del Embarazo, severo sin respuesta al tratamiento
- Insuficiencia Renal Grave con descompensación materna y fetal
- Trombocitopenia Trombótica materna. (90% de letalidad materna).
- Monorena trasplantada con rechazo autoinmune del riñón único.
- Trasplantada de hígado con rechazo agudo del implante.
- Herpes gestacional agudo y grave.
- Cáncer Cervico Uterino en estadio II o más, para acelerar el tratamiento oncológico específico. El embarazo empeora el pronóstico del Cáncer de cuello en la experiencia del Instituto Nacional del Cáncer de Chile (Rev. Obst y Gin., 2004; 4:274-278)
- Otras patologías de muy baja frecuencia.

3.3.2.- En la No Viabilidad Fetal ni Materna.

Hay situaciones en las cuales el embrión es francamente patológico y no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir. En algunos casos, además está en riesgo la vida de la madre y la no intervención significa la pérdida tanto de la madre como del embrión o feto. En general estas situaciones se dan en embarazos menos de 22 semanas y la mayoría de las patologías se inician antes de la 10^o semana de embarazo, lo cual no da alternativas de tiempo para el crecimiento del embrión o del feto y potencial viabilidad extrauterina en una UTI Perinatal.

Casos como estos son:

- Embarazo ectópico tubario complicado con rotura de la trompa y hemorragia aguda.
- Embarazo ectópico cornual con riesgo de rotura uterina.
- Embarazo ectópico ovárico con inminente riesgo de rotura o ya roto.
- Mola Hidatiforme.
- Sepsis materna por rotura del huevo (corioamnionitis) y shock materno.
- Monorena Transplantada con rechazo de riñón único.
- Insuficiencia hepática severa y progresiva con ictericia en ascenso.
- Cáncer de ovario avanzado con indicación de tratamiento radiante.
- Insuficiencia Renal Crónica en descompensación por el embarazo.
- Otras patologías crónicas de muy baja prevalencia.

Hoy no se discute si se debe optar por la vida de la madre o la del feto. Cuando el caso es de discusión netamente médica y el feto tiene 22 semanas o más, se tiene la alternativa de interrumpir un embarazo con el apoyo y los cuidados de una UTI Perinatal y no constituye un aborto.

Cuando el embrión o feto no es viable por su edad gestacional y el caso clínico indica que la No interrupción significa una muerte de ambos, pues el embrión o feto no tiene alternativas de esperar viabilidad para ser tratado en una UTI neonatal, la decisión es la interrupción y la ley resulta inoperante para proteger la vida.

Pero esto debe quedar explícito en la ley y no sujeto a interpretación, pues la inoperancia por causas de una judicialización de la medicina es muy grave y atenta contra la vida de las personas.

Es por ello que la ley actualmente vigente no se aplica, pues muchas de las indicaciones de interrupción del embarazo de causa médica, se practican en forma rutinaria, tanto en el sector Público como Privado, más aun en situaciones de emergencia donde se pone en riesgo la vida de la madre y donde el embrión o feto no tiene ninguna posibilidad de sobrevivencia. Según información de 2008 del Departamento de Información y Estadísticas (DEIS), del Ministerio de

Salud de Chile, según la Clasificación CIE de la OMS, el 52% de los egresos hospitalarios correspondieron a Embarazo Ectópicos (O00), Mola hidatiforme (O01) y sus respectivas complicaciones (O08) y Otros Productos anormales de la concepción (O02). El Aborto Espontáneo (O03), (14%), se encuentra sobredimensionado, pues se acepta que no más de un 10% de las pérdidas fetales son espontáneas (8); seguramente es un sesgo por lo drástico de la ley que afecta la información y por el uso del Misotrol o Misoprostol en toda la región de Latinoamérica de la cual Chile no hace una excepción, donde se accede en forma clandestina. Esto explica la

disminución de los abortos practicados por terceros con maniobras sépticas y de alto riesgo y explica además, la desaparición de las camas destinadas a la atención de abortos sépticos en todos los hospitales chilenos.

Se ha hecho una proyección teórica de las causas médicas más importantes que indicarían la interrupción del embarazo de causas Médica en Chile. Desde la clínica la discusión es caso a caso. Esto se muestra en la tabla N° 1 con las referencias al pie de la tabla. El promedio anual es de 12 a 13 interrupciones por año.

Tabla 1
Abortos de Causa Médica más frecuentes estimados sobre el promedio de Nacidos Vivos en Chile entre 2000 y 2009.

Diagnostico	Prevalencia Estimada referencia consultada	Nº abortos esperados	% y N° estimado que se presenta en menor de 22 semanas		% aceptación de la familia	Número estimado final por año
			%	n		
Insuficiencia Renal Grave	1 x 10 ⁵ (a)	2,5	5	0,13	90	0,1(*)
Púrpura Trombocitopénico Trombótico	1,1 x 10 ⁶ (b,c)	0,2	50	0,1	100	0,1(*)
Falla Renal en Monorena Transplantada	Ver (d)	1,1	10	0,1	90	0,09(**)
Herpes Gestatione Grave	0,6 x 10 ⁵ (e)	0,6	2	0,01	40	0,004(***)
Cancer de cuello Uterino → de grado II	0,1 x 10 ³ (g)	25	3	0,75	40	0,30(****)
Sepsis Materna	0,5 x 100	1.246	5	62	20	12 por año
Total						12,59

(*) 1 caso cada 10 años. (**) 9 casos cada 100 años (***) 4 casos cada 1000 años (****) 3 casos cada 10 años

(a) http://med.unne.edu.ar/revista/revista96/insuf_renal_aguda.htm

(b) 6,5 por millón de habitantes y 10% a 25% en embarazadas = 1,6 por 1.000.000

(c) Epidemiology 2004 Mar; 15(2): 208-15. Incidence of thrombotic thrombocytopenic purpura/hemolytic uremic syndrome. Miller DP, Kaye JA, Shea K, Zivadeh N, Cali C, Black C, Walker AM.

(d) 3852 trasplantes de riñón en Chile.(2011) 19% son embarazadas (732) 6,4% fracasan en el embarazo (47) Promedio por año del 93 al 2010 = 2,76 por año. Luego en 249.247 NV se esperan 1,10 casos

Transplantation 2008 May 27; 85(10):1412-9. The experience of pregnancy after renal transplantation: pregnancies even within postoperative 1 year may be tolerable. Kim HW, Seok HJ, Kim TH, Han DJ, Yang WS, Park SK. Nephrol Dial Transplant. 1999 Jun; 14(6):1511-6. Pregnancy in women receiving renal diálisis or transplantation in Japan: a nationwide survey. Toma H, Tanabe K, Tokumoto T, Kobayashi C, Yagisawa T <http://www.transplante.cl/>

(e) Indian J Dermatol Venereol Leprol 2011 Jul-aug; 77(4):534. Pemphigus and pregnancy: a 23-year experience. Daneshpazhooch M, Chams-Davatchi C, Valikhani M, Aghabagheri A, Mortazavizadeh SM, Barzegari M, Akhyani M, Hallaji Z, Esmaili N, Ghodsi SZ. Revista chilena de obstetricia y ginecología versión On-line ISSN 0717-7526 Rev. chil. obstet. ginecol. v. 68 n. 4 Santiago 2003

(f) <http://alicia-guntinas.espacioblog.com/post/2008/06/20/corioamnionitis>

(g) <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/gulasges/CancerCervicouterino.pdf>

Este artículo resumido no comenta lo que ocurre con la información de los rubros Aborto No Especificado (O06) y Otros productos anormales de la Concepción (O02.0 al O02.9) que corresponden al 73,1 % en los egresos de 2008. De tal modo que la drástica legislación chilena afecta la calidad de la información, que depende principalmente de los boletines de alta hospitalaria.

3.3.3.- En la No Viabilidad Fetal por causas Genéticas y Fallas en el desarrollo embriológico.-

Son situaciones extremas en las cuales el diagnóstico se hace después de las 14 y antes de las 22 semanas y el feto aunque continúe su desarrollo no tiene ninguna alternativa de sobrevivencia antes de nacer o muere al poco tiempo de nacer. La mujer debe ser informada de la situación tanto por razones legales, éticas y de Derechos Humanos.

Estos casos no pueden ser interrumpidos en Chile, y si ocurre, el profesional y la madre son autores y su familia cómplices, de un delito criminal. En las legislaciones donde se permite la interrupción del embarazo voluntario por un médico especialista, es voluntad de la mujer de acceder a esta interrupción, después de recibir la más amplia información. Muchas patologías son de muy alta complejidad y deben ser estudiadas en profundidad e informadas a los padres por especialistas. Casos como estos y sus frecuencias conocidas son:

- Anencefalia (*Ausencia de encéfalo total o parcial*) (Chile:4,5x10⁴)(a)
- Acrania (*Ausencia de cráneo, cubierta ósea*) (g)
- Encefalocele (Total/parcial del encéfalo por un orificio del cráneo) (Chile 2x10⁴) (a)
- Holoprosencefalia Malformación de la cara y cerebro. Se asocia con cromosopatías 13 y 18 (Chile: 0,25x10⁴) (i)

- Agenesia del cuerpo calloso (ausencia del Cuerpo Calloso) (3%)(h)
- Agenesia del cerebelo aislada_(Ausencia del Cerebelo) Frecuencia desconocida CIE: Q04.3
- Gemelos acárdicos (*ausencia de corazón*) (TRAP) (1x35.000 embarazos) (f)
- Displasia Tanatofórica (*condrodisplasias incompatibles con la vida en fetos y neonatos. Producida por una mutación a nivel del receptor 3 del factor regulador de crecimiento de fibroblastos; se localiza en el cromosoma 4p16.3., produciendo una incompleta calcificación de los osteocitos. La mayoría de los casos con muerte en las primeras horas por insuficiencia respiratoria.*) (0,16x10⁴) (e)
- Riñón Poliquistico Bilateral y Agenesia Renal bilateral o Síndrome de Potter.(Chile:4,4x10⁴) (a)
- Trisomía 13: (*Síndrome de Patau, trisomía D o síndrome de Bartholin-Patau, es una enfermedad genética que resulta de la presencia de un cromosoma 13 suplementario .Mueren poco tiempo después de nacer, la mayoría a los 3 meses, y excepcionalmente llegan al año. 80-90% de los fetos no llegan a término. Los fetos afectados de trisomía 13 presentan anomalías múltiples que pueden ser detectadas antenatalmente por medio de la ecografía, el diagnóstico se confirma a través de amniocentesis*) (Chile: 0,5x10⁴) (d)
- Trisomía 18: (Malformaciones múltiples y variadas)(2x10⁴) (c)
- Pentalogía de Cantrell (*defectos de: pared abdominal,esternal inferior,diafragma anterior, pericárdico diafragmático y del corazón*) (Chile:0,15x10⁴) (b)
- Etc.... *pues hay muchos más casos de malformaciones complejas que son de muy baja frecuencia.*

(a) Rev. Med. Chile 2011; 139: 72-78

(b) Rev Chil. Obstet. Ginecol. 2010; 75(1): 47 – 49

(c)http://www.rightdiagnosis.com/e/edwards_syndrome/prevalence.htm

(d) Rev. méd. Chile v.131 n.6 Santiago jun. 2003

(e) www.search-document.com/pdf/4/acondroplasia.html

(f) <http://www.ultrasonografia.cl/us84/sepulveda.html>

(g) Liu IF, Chang CH, Yu CH, Cheng YC, Chang FM (2005). "Prenatal diagnosis of fetal acrania using three-dimensional ultrasound". *Ultrasound in medicine & biology* 31 (2): 175–178.

(h)<http://www.elsevier.es/es/revistas/rehabilitacion-120/agenesia-cuerpo-caloso-discordancia-clinico-radiologica-analisis-15-90025011-originales-2011>

(i)Pagina 446 del libro:

<http://books.google.cl/books?id=XPzgMautNZMC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Julio+Nazer+Herrera%22&source=bl&cots=G9NPQg08ET&sig=BIynfN1Tfx1AT6oboIDU2ueUke4&hl=en&sa=X&ei=SJ71T7r1NI-u8ASbrvD2Bg&ved=0CDEQ6wEwAA#v=onepage&q=inauthor%3A%22Julio%20Nazer%20Herrera%22&f=false>

En la Tabla N° 2 se hace un ejercicio de estimación de los casos que ocurren en Chile y una proyección estimativa del diagnóstico antes de las 22 semanas y de la frecuencia esperada de aceptación de la interrupción del embarazo. Los únicos datos que se obtienen del DEIS son los RNV corregidos del 2000 al 2009. El resto de la información se obtiene de revistas científicas chilenas e internacionales especificadas más arriba.

Se observa que el 97,2% de las potenciales interrupciones ocurrirían en malformaciones Neuroencefálicas y Renales por incompatibilidad de la vida fetal en el curso del embarazo sobre las 22 semanas o en períodos inmediatos o mediatos del o la Recién Nacido o primer período del o la Lactante.

SE OBSERVA QUE EL 97,2% DE LAS POTENCIALES INTERRUPTIONES OCURRIRÍAN EN MALFORMACIONES NEUROENCEFÁLICAS Y RENALES POR INCOMPATIBILIDAD DE LA VIDA FETAL EN EL CURSO DEL EMBARAZO SOBRE LAS 22 SEMANAS O EN PERÍODOS INMEDIATOS O MEDIATOS DEL O LA RECIÉN NACIDO O PRIMER PERÍODO DEL O LA LACTANTE.

Tabla 2

Estimaciones de Casos esperados en Chile basados en la prevalencia conocida en Chile y en otros países. Se ha calculado sobre un promedio de 2.492.469 Nacidos Vivos en Chile entre 2000 y 2009, según información del MINSAL. Da un promedio de 249.247 NV por año.

Malformación	Frecuencia Por 10.000NV	N° casos esperados por año	Diagnósticos ← 22 semanas		Estimación aceptación. por la madre	N° Ab. Méd. esperados	
			%	N°			
Anencefalia	4,5	112	80	90	90%	81	254 88,5% del total
Acrania	3,5(estimado)	87	80	70	90%	63	
Encefalocele	2	50	80	40	90%	36	
Holoprosencefalia	0,25	7	80	6	90%	5	
Agenesia cuerpo calloso	30	748	40	299	30%	69	
Agenesia del cerebelo aislada	Desconocida		40		30%		
Gemelos acárdicos	1x 35.000 embar.	7	40	3	90%	2	
Displasia Tanatofórica	0,16	4	80	3	90%	3	
Riñón Poliquístico Bilat y Agenesia Renal bilateral o Sínd de Potter	4,4	110	40	44	30%	13	25, 8,7% del total
Trisomía 18:	2	50	80	40	30%	12	
Trisomía 13	0,5	13	80	10	30%	3	
Pentalogía de Cantrell	0,15	4	80	3	90%	3	
Total		1.192		608		287 (24%)	

LA PROPORCIÓN DE LAS MUERTES POR ABORTO EN RELACIÓN AL TOTAL DE LAS MUERTES MATERNAS, TAMBIÉN DISMINUYE Y DE SER MÁS DE UN TERCIO, DISMINUYE A UN CUARTO Y POR PRIMERA VEZ EN 2001 ES MENOR DEL 10 %.

En estas frecuencias juegan los diagnósticos antes de las 22 semanas y la estimación acerca de la decisión de la madre frente a la interrupción del embarazo. Por otra parte hay malformaciones muy complejas y de pronóstico difícil respecto al tiempo de la sobrevivencia del feto o recién nacido que hacen de esta materia un tema complejo. Pero que debe estar comandado por la adecuada información a los padres y tener las alternativas de ayuda al recién nacido y /o lactante que implica intervenciones de alta complejidad, ayudas tecnológicas y apoyo de enfermería con gran inversión de costos.

Sin embargo es un tema de derechos tanto del feto como de su madre y padres en conjunto, cuando existe la pareja de progenitores.

4.- COMPLICACIONES DEL ABORTO CLANDESTINO EN CHILE

En la Tabla N° 3 se aprecia que el total de abortos entre 1960 y 2000 ha disminuido si se mide por egresos y como proporción de los Nacidos Vivos. En 1960 por cada 100 Nacidos Vivos ocurrían 18 abortos y en 2000, 12 abortos por 100 N.V. Esto es un indicador de que el total de la fecundidad ha disminuido en Chile. Sin embargo lo más importante es el impacto del aborto en la mortalidad materna. En la década de los 1960 morían más de 300 mujeres a consecuencias del aborto y en el último quinquenio de los 90 mueren menos de 20

mujeres, bajando a un dígito en el 2001. Esto se refleja en la disminución progresiva por 10.000 N.V. (9,10,11 y 12). La proporción de las muertes por aborto en relación al total de las muertes maternas, también disminuye y de ser más de un tercio, disminuye a un cuarto y por primera vez en 2001 es menor del 10 %. En 2007, 2008 y 2009 la relación de Muertes maternas/muertes por aborto fue de 44/4, 41/5 y 50/3 lo que fue 9%, 12% y 6% en 2009. Sin embargo es preocupante que se hayan producido aumentos en el quinquenio del 99 al 2004 y un pequeño descenso entre el 2004 y el 2008.

5.- PREVENCIÓN DEL ABORTO. EL CASO CHILENO

5.1.- La Planificación Familiar y la Salud Materna en Chile. Estudio de Asociación, descripción de lo ocurrido.-

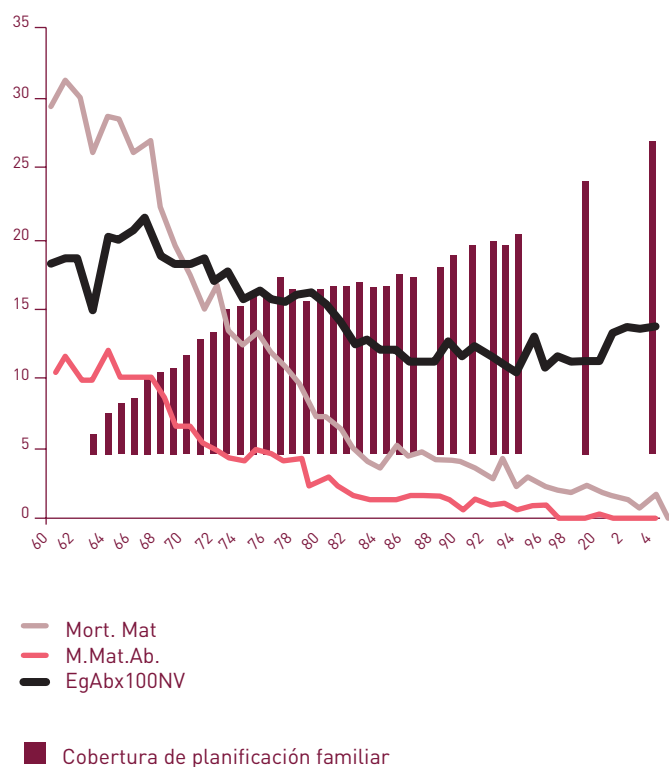
El aumento de los egresos por aborto se registra a partir de la década de los 40 con promedios de 25.000 hospitalizaciones anuales que alcanza su máximo en el primer quinquenio de los 60. La mortalidad materna también en aumento. Las proyecciones futuras eran todas al aumento. En ese momento, una Comisión del Servicio Nacional de Salud planteó al Gobierno la necesidad de introducir la planificación familiar en el programa de Salud Materno Infantil. Esto se aprobó y se inició en 1964. El impacto sobre la mortalidad por aborto fue notorio.

TABLA 3.

Mortalidad Infantil , Neonatal , Materna , Egresos por Aborto y por 100 Nacidos Vivos. Chile. Datos disponibles 1960 a 2009

Año	Mor Inf	% D	Mort Neon	% D	Mort. Mat	% D	Mort Aborto	% Cambio	Egresos Aborto	% Cambio	% de NV	% Cambio
1960	118,5		34,7		29,4		10,5		47.096		18,3	
1961	106,8		35		31,2		11,5		49.195		18,6	
1962	108,6		34,1		30,1		10,1		51.246		18,6	
1963	101,3		36,1		26,2		10,2		49.772		14,9	
1964	103,9	12,3	34,3	1,1	28,6	2,7	11,9	10,2 A	56.391	19,7 A	20,3	10,9
1965	97,2		34,1		28,4		10,1		56.130		20,0	
1966	98,2		35,0		26,2		10,1		54.127		20,7	
1967	95,6		34,8		26,8		10,1		54.213		21,5	
1968	87,0		33,0		22,1		8,8		47.430		18,9	
1969	83,9	13,7	33,1	2,9	19,4	31,7	6,8	35,4 D	44.895	20 D	18,3	8,5
1970	82,6		32,6		17,5		6,8		44.771		18,3	
1971	73,8		29,7		14,9		5,5		44.163		17,7	
1972	73,3		29,9		16,8		5,1		44.329		17,1	
1973	67,2		27,8		13,6		4,4		44.771		17,7	
1974	64,3	22,2	26,2	19,6	12,4	29,1	4,3	34,8 D	42.160	5,8 D	15,7	14,2
1975	56,8		25,4		13,4		4,9		42.155		16,4	
1976	55,4		24,2		11,8		4,6		39.941		16,1	
1977	54,4		22,1		10,8		4,1		37.791		15,7	
1978	39,9		19,1		9,5		4,3		38.282		16,1	
1979	37,6	33,8	18,7	26,3	7,5	44,0	2,5	50,0 D	38.178	9,4 D	16,3	0,6 D
1980	32,7		16,8		7,5		2,9		38.199		15,5	
1981	26,9		13,1		6,5		2,5		37.790		14,3	
1982	23,6		12,3		5,2		1,7		34.340		12,5	
1983	21,9		10,7		4,1		1,5		33.418		12,8	
1984	19,6	40,0	9,2	45,2	3,5	53,3	1,4	50,0 D	32.647	14,5 D	12,3	20,6 D
1985	20,0		10,6		5,0		1,3		32.086		12,2	
1986	19,1		9,7		4,7		1,7		31.148		11,4	
1987	18,5		9,6		4,8		1,7		31.986		11,4	
1988	18,9		9,5		4,1		1,7		32.481		11,6	
1989	17,1	14,5	9,1	14,2	4,1	18,0	1,4	7,7 D	38.498	20 A	12,7	6,1 A
1990	16,0		8,5		4,0		0,9		36.528		11,9	
1991	14,6		7,9		3,5		1,3		36.821		12,3	
1992	14,3		7,7		3,1		1,0		34.934		11,9	
1993	13,1		6,9		4,4		1,1		32.621		11,2	
1994	12,0	25,0	6,8	20,0	2,5	37,5	0,7	22,2 D	30.701	15,9 D	10,7	10,0 D
1995	11,1		6,1		3,1		1,0		28.981		13,3	
1996	11,1		6,3		2,3		1,1		30.528		11,0	
1997	10,0		5,7		2,2		0,4		31.682		11,6	
1998	10,3		6,0		2,0		0,3		30.801		11,3	
1999	10,1	9,9	5,9	3,3	2,3	25,8 D	0,3	70,0 D	30.200	6,3 A	11,4	14,3 D
2000	8,9		5,6		1,9		0,52		30.146		11,4	
2001	8,3		5,0		1,7		0,16		34.479		11,5	
2002	7,8		5,0		1,3		0,16		34.968		13,9	
2003	7,8		4,9		0,85		0,08		33.490		13,6	
2004	8,4	5,6 D	5,4	3,6 D	1,69	11,0 D	0,16	76,9 D	33.835	12,2 A	13,9	21,9 A
2005	7,8		4,9		1,34		0,29					
2006					1,93		0,29					
2007					1,82		0,17					
2008					1,65		0,20		33.428	1,17 D	13,4	26,2 D
2009	7,9	4,2 D	5,4	0%	1,97	16,5 A	0,12	25,0 D				

**Mortalidad materna Total y por aborto.
Egresos por aborto relacionados con la
cobertura de planificación familiar- Chile 1964- 2004**



Se observa un ascenso inusitado de las usuarias de anticoncepción y un descenso dramático de las tasas de mortalidad por aborto, lo que incide en los descensos de la mortalidad Materna. Es notorio que el cambio de la legislación sobre el aborto en 1989 no tiene un impacto en la evolución de los indicadores. Esto revela que la legislación sobre el aborto de Causa Médica del Artículo 119 del CDS, no se relaciona con las conductas de la población sobre el Embarazo No Deseado y más bien se relaciona con las posibilidades de prevenirlo. Esta información es una asociación de hechos o fenómenos, aunque son francamente significativos. Se concluye que hay una fuerte asociación entre aumento de uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo no deseado y la disminución del impacto del aborto. Más en la mortalidad que en las hospitalizaciones por complicaciones del aborto. En 2007 la II Encuesta de Calidad de Vida del Ministerio de Salud incluye varias preguntas sobre el uso de un método anticonceptivo. Esta pregunta se hizo a hombres y mujeres de 15 años a 44 años. Con la proyección de población para 2007 estimó que el 60,2 % de la población en edad fértil de 15 a 49 años, estaría usando un medio anticonceptivo.

**5.2.- Estrategias para Prevenir el aborto.
Estudio Chileno.-**

Estudio controlado, de cohorte e intervención en comunidad de bajo nivel socioeconómico, para determinar el efecto preventivo de la planificación familiar en el aborto provocado.

Se compararon tres comunidades muy similares. Una de ellas fue intervenida con alta calidad de servicios clínicos y seguimiento de las mujeres de alto riesgo de aborto. Otra comunidad tuvo sólo servicios de alta calidad sin seguimiento de las potenciales usuarias y la tercera comunidad fue de control, con los servicios habituales de atención. Las mujeres de las tres comunidades fueron entrevistadas antes de la intervención y las mismas mujeres 2 años después de iniciada la intervención. Se compararon ambas encuestas hechas a las mismas mujeres, en las tasas de aborto y fecundidad, de acuerdo al uso y no uso de anticonceptivos y el nivel de riesgo de provocarse aborto.

Se obtuvo como resultado que la prevalencia de aborto descende en forma significativa en la comunidad con alto riesgo de aborto y con intervención directa y total. Las tasas de fecundidad descenden en las tres comunidades, pero más en la comunidad no intervenida. Se concluye que los servicios de alta calidad en planificación familiar, en mujeres con riesgo de aborto y en un medio donde el aborto es totalmente penalizado, tienen un impacto significativo en su prevención, sin afectar la natalidad. Se recomienda aplicar esta metodología en programas de atención primaria para prevenir el aborto provocado clandestino. En conclusión se demuestra que aplicando los factores de Riesgo Predictivo de practicarse un aborto para determinar el Riesgo y aplicando la planificación familiar se logra disminuir el aborto clandestino en forma significativa (13). Esta investigación con alto nivel de evidencia complementa la información de los datos de asociación descritos en la información chilena desde 1964 a 2004. Todos estos factores de Riesgo Predictivo han sido dados a conocer al Ministerio de Salud de Chile desde la publicación de los resultados por OMS en 1999 y han sido parte del proyecto FIGO/SOCHOG/MINSAL/APROFA.

6.- ANÁLISIS DEL ABORTO EN LA LEGISLACIÓN CHILENA

6.1.- El Código de Derecho Sanitario en su artículo 119 dice: “**No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto**”. La interrupción del embarazo para salvar la vida una mujer, no se encuentra explicitado en ninguna parte.

6.2.- El Código de Derecho Penal es claro en sus artículos 342 al 345 en penalizar el aborto, siendo las penas más drásticas para el facultativo que lo practica. No hay ninguna mención respecto a condiciones de excepción al respecto, solo disminuye la pena en caso de la mujer que lo practica para ocultar su deshonra. De hecho hay un estudio chileno que revela lo siguiente:

En 152 procesos por aborto a mujeres que interrumpieron su embarazo. La distribución por edad fue la siguiente:

Edad	%	14-20	14-23
14 y menos	2	23 %	43%
15-17	6		
18-20	15		
21-23	18		
24-26	14		
27 y más	45		
Total	100		

Esta información revela que la eximición en las menores de 16 años no ha funcionado a pesar que ha habido un proceso.

6.3.- El artículo 10 del Código Penal que describe las circunstancias que eximen de responsabilidad Penal, en su numeral 10 dice: *El que obra en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, autoridad, oficio o cargo.* Para aplicar este artículo debe existir un proceso en el cual se aplica esta condición. Falta coherencia en esta legislación y para que funcione debe haber demandas y demostraciones de causales de eximición.

En resumen, es la explicación por la cuales no hay DEMANDAS en contra de pacientes, ni profesionales por las interrupciones de embarazos en Chile a pesar del registro hospitalario, es por la inaplicabilidad del artículo 119, pues carece de todo sentido común.

6.4.- Los artículos 83 al 87 del Código de Procedimiento Penal dicen:

*Art. 83. (104) Todo el que tenga conocimiento de un hecho punible puede denunciarlo. Son obligados a recibir la denuncia no solamente el tribunal a quien corresponda el conocimiento de la causa, sino también cualquier tribunal que ejerza jurisdicción en materia criminal y los funcionarios de Carabineros de Chile y de la Policía de Investigaciones. Todos ellos deben transmitir inmediatamente la denuncia al tribunal que juzguen competente. No será necesario citar a declarar a dichos funcionarios policiales acerca del hecho de haber recibido la denuncia y del contenido expresado en ella por el denunciante. El funcionario de Carabineros de Chile, de la Policía de Investigaciones o el tribunal que reciba una denuncia por hurto o robo deberá, en el acto de hacerlo, requerir del denunciante una declaración jurada, ante él sobre la preexistencia de las cosas sustraídas y una apreciación de su valor. **Tratándose de delitos contra las personas, aborto, robo, hurto y de los contemplados en la ley N° 19.366, que sanciona el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, Carabineros de Chile o la Policía de Investigaciones, en su caso, deberán practicar de inmediato y sin previa orden judicial, las diligencias que se establecen en el artículo 120 bis, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 260. Las diligencias que debieren practicarse en recinto cerrado, sólo se podrán realizar con autorización previa y expresa del propietario, arrendatario o persona a cuyo cargo esté el local en que deban efectuarse. El parte al tribunal en que se consigne la denuncia, deberá detallar las diligencias efectuadas y, en caso contrario, las razones por las cuales no se hicieron.***

Art. 84. (105) Están obligados a denunciar: 1° El Ministerio Público, los hechos criminales que se pongan en su conocimiento; 2° Los miembros de Carabineros de Chile, de la Policía de Investigaciones de Chile y de Gendarmería, todos los delitos que presencien o lleguen a su noticia. Las Fuerzas Armadas están también obligadas a formular denuncia respecto de todos los delitos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones, ante los tribunales de justicia;

3° Los empleados públicos, los crímenes o simples delitos de que tomen conocimiento en el ejercicio de sus funciones, y especialmente los que noten en la conducta ministerial de sus subalternos;

4° Los jefes de puertos, aeropuertos, estaciones de trenes o buses o de otros medios de locomoción o de carga, los capitanes de naves mercantes o aeronaves comerciales que naveguen en el mar o en el espacio territorial, y los conductores de los trenes, buses u otros medios de transporte o carga, los delitos que se cometan durante el viaje, en el recinto de una estación, puerto o aeropuerto o a bordo de un buque o aeronave, y

5° Los jefes de establecimientos hospitalarios o de clínicas particulares y, en general, los profesionales en medicina, odontología, química, farmacia y otras ramas relacionadas con la conservación o restablecimiento de la salud, y los que ejerzan profesiones auxiliares de ellas, que noten en una persona o en un cadáver señales de un crimen o simple delito. La denuncia hecha por uno de los obligados en este número exime al resto.

Artículo 85.- Las personas indicadas en el artículo anterior deberán hacer la denuncia dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que tengan conocimiento del hecho criminal. Respecto de los capitanes de naves o aeronaves, se contará este plazo desde que arriben a cualquier puerto o aeropuerto de la República.

Art. 86. (107) *Las personas indicadas en el artículo 84 que omitan hacer la denuncia que en él se prescribe, incurrirán en la pena señalada en el artículo 494 del Código Penal, que impondrá el juez que*

Art. 87. (108) *El denunciante no contrae otra responsabilidad que la correspondiente a los delitos que hubiere cometido por medio de la denuncia o con ocasión de ella.*

6.5.- El artículo 10 del Código de derecho Penal ha sido refrendado por el criterio dado por el Ministro de Salud el 15 de marzo de 2012 que expresó frente al Senado de la República lo siguiente: *“Quienes dicen que Chile necesita una legislación de aborto terapéutico lo hacen desde la perspectiva de la ignorancia porque en Chile existe aborto terapéutico y nunca ha habido ninguna duda respecto a la legitimidad de aplicarlo incluso con el sostén de documentos formales de la Iglesia Católica”, dijo. Aseguró, como ministro de esa cartera, que en Chile no existen casos “en los que se haga correr un riesgo imprudente para la salud de la madre o que la madre se ponga en riesgo vital con el afán de continuar con el embarazo. Eso no es cierto, no ocurre, no hay denuncias y cada vez que los equipos médicos se enfrentan a esta disyuntiva tratan a la madre aún si eso tiene como consecuencia indeseable el término del embarazo”. Mañalich detalló que en casos como un síndrome hipertensivo del embarazo, una infección ovular y un embarazo que se aloja en las trompas de falopio ocurre que el médico “no tiene ninguna duda de que para salvar la vida de esa madre tiene que reseca esa trompa y como consecuencia por supuesto la pérdida del embarazo o del aborto”. <http://www.emol.com/noticias/nacional/2012/03/15/531070/ministro-de-salud-quienes-piden-aborto-terapeutico-lo-hacen-desde-la-ignorancia.html> accesado 23 junio 2012 (14)*

Estos comentarios sólo han refrendado que la ley es absurda, sin fundamentos ni sentido común y que es inaplicable en la práctica, pues no existen demandas a profesionales por interrupción del embarazo en los casos de patologías obstétricas ginecológicas que podrían causar la muerte de una mujer. En otras palabras una cosa es lo que dice la ley y otra es la que se aplica para salvar la vida de la mujer por profesionales conscientes de la realidad que no considera la ley. Lo único que no coincide es el criterio médico y el criterio de la ley explicitada por el código de derecho sanitario en su artículo 119. Por cierto que es necesario revisar su texto que la hace inaplicable en la especialidad.

6.6.- Discusiones en medios de comunicación y presentaciones al poder legislativo y aun en los medios científicos

En estos últimos años se ha introducido el concepto de Aborto Directo y Aborto Indirecto, dándoles a este último una consonancia de **indispensabilidad terapéutica** o bien **“cuyo fin no sea provocar un aborto”**. Este concepto se explica en un texto resumido que se adjunta extraído de wikipedia:

El **aborto indirecto** es el nombre dado a un procedimiento de aborto que tiene un efecto médico terapéutico, presumiblemente para salvar la vida de una madre. Esto está contextualizado en las Bioéticas católicas. Los eruditos de la Revista Católica Nacional y AmericanCatholic.org hacen una distinción entre los “abortos directos”, es decir, el aborto que es un fin o un medio, y el “aborto indirecto”, cuando la pérdida del feto se considera un “efecto secundario”. Por ejemplo, si una mujer sufre un embarazo ectópico un médico puede remover la trompa de Falopio como un tratamiento terapéutico para salvar la vida de la mujer. El infante no sobrevivirá después, pero la intención del procedimiento y su acción es preservar la vida de la mujer: no es un aborto directo.²

Esto se sostiene también en la Encíclica *Humanae Vitae* de 1968, que expone que “la Iglesia no considera ilícito el uso de aquellas medidas terapéuticas necesarias para curar enfermedades fisiológicas, aunque sean un impedimento previsible a la procreación - siempre que no se desee tal impedimento por cualquier motivo.” Pablo VI citó a Pío XII en una oración a la Asociación Italiana de la Urología en 1953.

Benedicto XVI dijo una oración controversial en Angola, donde pareció que mezclara la distinción entre el aborto indirecto y el aborto directo. Condenó todas las formas del aborto, incluso aquellas que fueron consideradas terapéuticas. Esto levantó las cejas del departamento de comunicaciones del Vaticano, que reiteró la distinción entre el aborto directo e indirecto, y comentó que la alocución sólo reafirmó la oposición de la Iglesia a algunas secciones del Protocolo de Maputo, que fue orientado al género.³

² <http://www.americancatholic.org/Newsletters/CU/ac0898.as>

³ http://storico.radiovaticana.org/fr1/storico/2009-03/274622_avortement_therapeutique_une_mise_au_point_du_directeur_du_bureau_de_presse_du_saint_siege.htm

De tal modo que esta clasificación más bien pertenece a la visión ética de una religión que a un contexto científico o de análisis médico propiamente tal y crea confusión por su doble interpretación. ←

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bruce M. Carlson Human Embriology & Developmental Biology. Part I chapter 3. Elsevier. España 1999
2. Aplin JD The Cell biology of Human Implantation. Placenta 17:269-275, 1996
3. Proyecto Genoma Humano www.ornl.gov/hgmis/home.html
4. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and sex of the baby. New Engl J Med 333:1517-21, 1995.
5. Wilcox AJ, Weinberg, CR, Baird DD. Post-ovulatory ageing of the human oocyte and embryo failure. Human Reproduction 1998; 13: 394-397.
6. Croxatto H. Nociones Básicas sobre la Generación de un Nuevo Ser Humano y sobre la Píldora Anticonceptiva de Emergencia. Folleto. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva Marzo, 2001. Acceso por www.pildorademergencia.cl
7. OMS. Aborto Provocado. Informe de un grupo científico. Serie de Informes Técnicos N°623, Ginebra, 1978
8. Molina R. Aborto Espontáneo. Cap 16 (222-229) En: Ginecología A. Perez. 2º edición, Ed Mediterraneo .1995
9. R. Molina Aborto Inducido. Cap 47 (599-613) En: Ginecología A. Perez. 2º edición, Ed Mediterraneo .1995
10. El drama del aborto. En busca de un consenso. Aníbal Faúndes, y José Barzelatto. Editorial LOM, Santiago de Chile , 2007
11. C. Valenzuela. Etica Científica del Aborto Terapéutico. Rev. Med. de Chile 2003: 131(562-568)
12. Requena M. Aborto Inducido en Chile. Ed. Sociedad Chilena de Salud Pública. 1990
13. Molina R. Prevention of Pregnancy in High Risk Women: Community Intervention in Chile. Chapter 2 (57-77) En: Editors Mundigo A, Indriso C. Abortion in the Developing World. WHO. Vistaar Publication London 1999
14. Discurso Ministro de Salud ante el Senado 15 de marzo de 2012 a las 18.39.- <http://www.emol.com/noticias/nacional/2012/03/15/531070/ministro-de-salud-quienes-piden-aborto-terapeutico-lo-hacen-desde-la-ignorancia.html> accesado el 08 octubre 2012.



ASOCIADOS FLASOG

ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE
COLOMBIA

COSTA RICA
CUBA
ECUADOR
SALVADOR
GUATEMALA

HONDURAS
HAÍTÍ
MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ

PARAGUAY
PERÚ
REP. DOMINICANA
URUGUAY
VENEZUELA

**FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES
DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG)**

www.flasog.org