

ABORTO Y DESPENALIZACIÓN

6 CLAVES PARA EL DEBATE



instituto
de estudios
de la sociedad

ideapaís.



INSTITUTO
RESPUBLICA

6 claves para el debate

1 En Chile cualquier mujer puede recibir el tratamiento necesario para curarse de una enfermedad mortal. La ley no impide que una mujer embarazada reciba dicho tratamiento o terapia, incluso si con ellos se pone en riesgo la vida del niño que está por nacer. Los médicos realizan estos tratamientos a diario y nunca han sido perseguidos por ello: nuestro derecho sanciona el aborto solo cuando el acto cometido apunta *directamente* a matar al niño que está en el vientre materno. La diferencia es muy importante, porque no existen casos médicos en que el tratamiento o terapia consista en matar directamente al niño que está por nacer.

2 El llamado aborto eugenésico (o de niños “inviabiles”) es particularmente inhumano. Un proyecto o un negocio pueden ser inviables, pero no un individuo de nuestra misma especie. La pregunta de fondo es por qué un niño enfermo tendría menos derechos que uno sano. ¿Podríamos disponer de él como una mera cosa por el solo hecho de estar en el cuerpo de otro o padecer una grave enfermedad? Algunos dicen que se trataría de niños ya muertos, pero si fuera así no se necesitaría ninguna modificación legal. Por lo demás, la evidencia pone en serio entredicho la certeza de los diagnósticos de “inviabilidad fetal” (los “niños inviables” muchas veces nacen luego de embarazos que se desarrollan con relativa normalidad desde la perspectiva médica). Los casos difíciles exigen considerar la dignidad de *todos* los pacientes involucrados y, en ese sentido, la experiencia en cuidados paliativos perinatales ante malformaciones congénitas letales aparece como una alternativa auténticamente humana, de la que tenemos mucho que aprender.

3 Los embarazos producto de una violación generan una discusión distinta. Aquí lo característico no es el peligro de vida de la madre (si ese fuera el caso nos ubicaríamos en el supuesto anterior). Lo característico de esta hipótesis es que el embarazo es fruto de un crimen brutal. ¿Resulta justo terminar con la vida del niño no nacido que ha sido concebido en ese contexto? ¿Modifican las circunstancias que rodean la concepción del niño su condición humana? Si siempre es injusto matar a un ser humano inocente, el crimen que ha sufrido la madre no justifica en modo alguno el aborto. Además, la evidencia disponible muestra que éste no solo no soluciona el abuso sufrido por la mujer. El aborto, de hecho, suele ser un daño adicional a su salud física y mental.

- 4** Hay quienes, rechazando el aborto libre, cuestionan que se condene penalmente a una mujer que enfrentada a situaciones límite decide abortar. Pero un aborto no *necesariamente* conducirá a pena de cárcel para la mujer. Ante un hecho constitutivo de delito se requiere acreditar culpabilidad, y el aborto no es la excepción. Así, esa mujer podría, dependiendo de las *circunstancias*, ser exculpada en virtud de alguna causal eximente de responsabilidad penal, como fuerza irresistible o miedo insuperable (artículo 10 N°9 Código Penal). El punto es que esto no puede ser juzgado en abstracto, sino que debe ser analizado caso a caso. Lo contrario pondría en grave riesgo la protección de la vida del niño que está por nacer. Por lo demás, hoy en Chile no hay mujeres cumpliendo condena por delito de aborto, lo que confirma que no se requieren modificaciones legales a este respecto.
- 5** Cuando se produce un aborto normalmente subyace una situación muy compleja, y la mujer suele ser una víctima más. Por eso no debemos perder de vista las condiciones que viven las madres expuestas a circunstancias en extremo difíciles, las que muchas veces hacen probable un aborto. La evidencia indica que la cifra real de abortos clandestinos es hasta diez veces menor que la señalada por ciertos activistas; pero, cualquiera sea ese número, urge generar mayores redes de apoyo desde el Estado y fortalecer las iniciativas generadas en la sociedad civil. Es el único modo de masificar las experiencias de ayuda hoy existentes y así posibilitar un apoyo integral a las mujeres embarazadas, en especial a aquellas que enfrentan su embarazo en contextos de alta vulnerabilidad.
- 6** Las propuestas en discusión, en suma, incluyen hipótesis más cuestionables que aquellas generalmente defendidas por sus promotores. Actualmente se puede realizar el tratamiento necesario para la mujer, aún cuando peligre la vida del niño que está en su vientre. Tampoco presenta dificultades interrumpir un embarazo si el feto efectivamente ya está muerto (porque, en rigor, ese embarazo ya terminó). No es cierto que la legislación vigente persiga a las mujeres enfrentadas a situaciones límite. Nuestra ley y nuestra práctica médica protegen al no nacido y, al mismo tiempo, permiten atender a los casos excepcionales. Por lo anterior, todo indica que hoy se busca avanzar hacia un derecho de aborto legalmente exigible, al menos en ciertas circunstancias. Y eso nos acerca al aborto libre, el mismo que en Chile ningún actor público relevante reconoce defender.

"No es necesario reformar la ley para lograr que la mujer que padece una enfermedad grave pueda obtener un tratamiento necesario para sanarse. La legislación vigente lo permite, incluso en aquellos casos en que puede verse afectada la vida del niño que está por nacer".

Este informe busca aportar al debate sobre “despenalización” del aborto que se está desarrollando en nuestro país. Su objetivo es profundizar algunas ideas y argumentos que muchas veces no se pueden abordar de manera acabada en los medios de comunicación u otros espacios de opinión pública. La discusión sobre aborto es compleja. Por esa razón, en este documento se distingue entre los diversos supuestos de aborto, con el propósito de ilustrar desde una perspectiva racional cuáles son los bienes que están en juego en este debate.

1. Clasificación preliminar

Antes de analizar cualquier proyecto de ley sobre aborto, se debe aclarar qué acciones constituyen aborto, y qué acciones no lo son¹. Tradicionalmente, ha existido mucha confusión en relación a este punto.

Hay que distinguir, entonces, entre dos tipos de acción:

a) Aborto: Aquellas en que la acción se dirige a causar la muerte del niño que está por nacer. Dependiendo de la motivación del que lo hace, se puede distinguir entre:

a.1) “puro y simple”: se busca la muerte del feto.

a.2) “terapéutico”: se busca la muerte del *nasciturus*, porque se estima que matarlo es la manera de curar una enfermedad de la madre.

b) Tratamiento realizado a la madre que eventualmente puede causar daño o muerte del niño que está por nacer: la acción no se dirige a matarlo, sino que se orienta a sanar a la mujer. Una consecuencia posible del acto es que el feto muera.

¹ Asimismo, es importante señalar que en este documento utilizaremos el término “aborto” como sinónimo de “aborto provocado”, ya que existen otros usos de la palabra que se refieren a situaciones no intencionales ni voluntarias como el “aborto espontáneo”, referido a la muerte del niño en gestación ocurrido por causas naturales, en cuyo caso no existen dilemas morales involucrados.

Ambos tipos de hechos son muy distintos para la moral y el derecho. En particular, el propósito de la acción es muy relevante para definir el tipo de acto de que se trata. Al derecho penal no solo le interesan las consecuencias del suceso, sino qué tipo de acto es, y cuál es la intención del sujeto que realiza la acción.

En particular, existe una diferencia central entre el “aborto terapéutico” (a.2.) y realizar un tratamiento peligroso para el *nasciturus* (b). La diferencia es que en el primero lo que se busca directamente es matar al niño que está por nacer, es decir, su muerte sería la terapia. En el segundo tipo de casos, no se busca matar al feto, sino que la muerte de éste es una consecuencia indeseada (a veces solo posible) de un tratamiento que apunta directamente a curar una enfermedad (por ejemplo, aplicar quimioterapia). Como propone el profesor de Oxford, John Finnis, lo mejor es no llamar “aborto” a casos como estos, sino más bien utilizar el propio nombre del tratamiento (Ej: salpingectomía, quimioterapia, etc.). Es necesario destacar que, más allá de los nombres, debemos distinguir estos dos tipos de casos porque ellos reflejan tipos de acciones distintos, que merecen una evaluación moral y legal distinta².

En el caso del aborto puro y simple (a.1), y también del llamado terapéutico (a.2), la intención de causar la muerte del niño que está en el vientre materno es clara. Se nota en lo siguiente: si al realizar las acciones abortivas el feto no muriera (por ejemplo, no se lograra romper el cráneo con las tenazas), las partes involucradas lo verían como un fracaso.

En cambio, en el caso del tratamiento (b) no existe intención alguna de causar la muerte, ni acción directa encaminada a ello. Eso se nota en que si el feto no muriera, pero la madre sí se curara de la enfermedad, las personas involucradas no verían eso como un fracaso. Más bien, probablemente se alegrarían de que el médico haya tenido éxito en preservar la vida de sus

² Finnis, J. (2011). “Justice for Mother and Child” en *The Collected Papers of John Finnis*. Oxford: Oxford University Press, 2011, Vol III, p. 307 y siguientes.

dos pacientes: la madre y su hijo. Los ejemplos típicos en este debate son enfermedades obstétricas de alto riesgo, como el Síndrome Hipertensivo del Embarazo o las Infecciones Ovulares, donde la madre puede morir por la enfermedad. En estos casos, suele adelantarse el parto para contribuir al tratamiento médico de la madre. El momento adecuado para aquello será el que reporte el mayor beneficio para la salud de ambos pacientes. Mientras más tiempo esté el niño en el útero, tendrá mejor pronóstico. Sin embargo, si la hipertensión o la infección se descompensan, el riesgo para la salud aumenta tanto para la madre como para su hijo, lo que obliga a los médicos a intervenir. Luego del parto, en el caso del tratamiento (b) se siguen haciendo todos los esfuerzos para sacar adelante a los dos pacientes: la madre podría ser derivada a la UCI si es necesario, y el hijo a cuidados intensivos neonatales. No obstante, en caso de aborto (a), solo la mujer recibirá la atención médica referida.

Para la ley chilena el aborto (a) es siempre ilícito. Mientras que la aplicación de un tratamiento necesario para salvar la vida de la madre (b) es lícito y no es delito para la ley chilena.

2. La actual discusión legislativa en 3 casos

Los proyectos de ley presentados en el Congreso durante los últimos años, incluyendo la última iniciativa del gobierno de Michelle Bachelet ingresada recientemente a tramitación, proponen hacer lícito el aborto en supuestos muy distintos, que deben ser analizados por separado.

2.1. Aborto cuando fuere indispensable para salvar la vida de la madre (aborto “terapéutico”)

2.1.1. En este caso se debe discutir si es necesario cambiar la ley para preservar la salud de la madre en aquellos casos en que su resguardo conlleva riesgo para el niño que está por nacer

La discusión NO es sobre, por ejemplo, el derecho a la autonomía de la madre, o respecto de si ella tiene

derecho a elegir dar a luz o no. Debatir eso es debatir el aborto puro y simple. Si se cree que la madre tiene derecho a abortar esté sana o enferma, entonces es trivial discutir si tiene ese derecho cuando está enferma. Precisamente los que arguyen en favor del aborto terapéutico lo hacen porque se trata de una situación más dramática, que pone en juego la vida de la madre y del niño, por lo que una potencial mala regulación podría tener las peores consecuencias. Con esto apuntan a ganar el apoyo de personas que, en general, se oponen al aborto, pero que entienden que este caso es distinto. Si lo que se quiere discutir es la autonomía reproductiva de la madre, entonces lo mejor es transparentar la discusión, y no hablar de aborto terapéutico, sino de aborto puro y simple.

Por ende, lo primero que se debe poner en debate para justificar una eventual despenalización de aborto, es la supuesta necesidad de cambiar la ley *para que la madre pueda recibir el tratamiento adecuado*.

2.1.2. Si el problema es la salud de la madre, entonces no es necesario cambiar la ley, pues ésta permite realizar cualquier tratamiento necesario para salvarla

Nuestra legislación establece claramente que “No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto” (Art. 119 Código Sanitario). Es decir, para ser sancionado, el acto debe estar orientado directamente a matar al feto³. En la práctica clínica, el acto del médico está orientado a salvar a la madre. Como efecto secundario, no deseado, puede morir el feto (aunque muchas veces fallece de todas formas antes, precisamente producto de la enfermedad que causó la intervención). Así ocurre, por ejemplo, en el caso de la madre que padece un cáncer y necesita radio o quimioterapia, tratamientos que pueden llegar a afectar al feto. También sucede así en los embarazos ectópicos, que tienen lugar cuando el embrión anómalamente se implanta en un lugar distinto al habitual (el endometrio), usualmente en la trompa uterina (de allí que se conozca también como embarazo tubario). En esta situación, el crecimiento del embrión puede

³ En el mismo sentido lo dispuesto en el Código Penal (Arts. 342 y 345), que castiga las conductas cuya finalidad directa sea provocar un aborto.

ocasionar la rotura de la trompa y con ello una hemorragia eventualmente mortal para la mujer. En este supuesto se estima lícito amputar la trompa, cuando ésta se encuentra gravemente comprometida, incluso si el embrión se ubica dentro de la parte que será amputada. Esto porque la acción no busca atacar al embrión, sino cortar el sangrado de un tejido enfermo de la madre (la trompa) que pone en riesgo su vida.

Nuestra ley no sanciona ninguna de estas conductas⁴. Por lo mismo, no son perseguidas por fiscales ni jueces⁵. Así lo confirman, por lo demás, las estadísticas de gendarmería: actualmente solo 6 personas —todos varones— se encuentran cumpliendo condenas por delito de aborto, y 5 de ellos tienen otros ilícitos asociados (abuso sexual, violación y otros)⁶.

2.1.3. La práctica médica entiende esto y realiza a diario los tratamientos necesarios para salvar a la madre, por lo que no existen casos reales en que se necesite atentar DIRECTAMENTE contra el feto

No hay incertidumbre jurídica, y los médicos no se inhiben de realizar los tratamientos necesarios. Todos los casos mencionados arriba son frecuentes en la práctica médica. Ocurren todos los días y no son perseguidos legalmente⁷. Se trata, por lo demás, de

4 No existe acuerdo entre los penalistas sobre cuál es la razón por la que la ley no castiga esta conducta. Para algunos, ello se debe a que la conducta no coincide con el tipo objetivo (la conducta externa no es un aborto); para otros, al hecho de que la conducta no sería antijurídica (es decir, se realizaría en ejercicio de un deber legítimo, cual es el deber del médico de salvar vidas). Como sea, existe un amplio acuerdo en la doctrina penal chilena en que nuestra ley no sanciona el aplicar un tratamiento necesario para salvar a la madre, aún cuando la consecuencia pueda ser la muerte del niño que está por nacer.

5 Por lo mismo, el senador Rossi incurrió en un error cuando sostuvo, al defender un proyecto de ley anterior —con algunas características similares al discutido actualmente— que la ley prohíbe estas conductas y que, por lo tanto, su proyecto sería necesario para “sincerar la situación”. El senador sugería que la práctica sería ilegal, al señalar que “somos campeones del eufemismo” y que al aplicar a la madre los tratamientos necesarios “se hace vista gorda a nuestras leyes” (8 de septiembre de 2011, *La Tercera*, p. 44). Eso es un error. Para que el aborto sea penado debe ser causado “maliciosamente” (Arts. 342 y 345 Código Penal), lo que excluye los tratamientos requeridos para salvar la vida de la madre, los cuales no deben ser (ni son en la práctica) calificados de “maliciosos”. No existe contradicción entre la ley y la práctica médica, a diferencia de lo que el senador Rossi denunciaba.

6 Esta información es pública e incluso ha aparecido en medios de prensa. Revisar, por ejemplo, el diario *La Tercera* del pasado 3 de enero. Disponible en: <http://diario.latercera.com/2015/01/03/01/contenido/pais/31-180879-9-seis-personas-condenadas-por-aborto-en-chile-cumplen-penas-en-la-carcel.shtml>

7 Así lo ratificó en recientes declaraciones a la prensa Julio Montt, Presidente del Departamento de Ética del Colegio Médico: “Esto no significa que

prácticas que están en plena concordancia con el Código de Ética del Colegio Médico⁸, que en su artículo 8 señala que “el respeto de la vida humana desde su inicio y hasta su término constituye el fundamento básico del ejercicio profesional médico”, y que “toda intervención médica realizada durante los nueve meses de gestación, deberá velar siempre por el mejor interés de la madre y del hijo”; añadiendo, en su artículo 9, que “el médico no podrá realizar acciones cuyo objetivo directo sea poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna”.

En suma, la ley es efectiva en prohibir el aborto en general y en dejar, al mismo tiempo, sin sanción los casos que legal y moralmente no pueden ser llamados abortos, pues no persiguen la muerte del feto, aunque puedan tener como consecuencia indirecta y no buscada este desenlace.

2.1.4. Quienes defienden el aborto “terapéutico” deben mostrar evidencia

Los que promueven despenalizar el llamado aborto terapéutico arguyen que existiría un problema en nuestra legislación, argumentando el caso de una madre que no puede realizarse el tratamiento que necesita. Lo cierto es que el problema que ellos denuncian en realidad no existe, pues hoy una madre recibe todos los tratamientos que su enfermedad grave demanda. Una prueba fehaciente de aquello es la baja tasa de mortalidad materna en Chile (18,7 por 100.000 nacidos vivos al 2013⁹), la menor de toda América Latina y solo superada por Canadá en el resto del continente. **Por todo lo anterior, si se propone un cambio legislativo, se debe también demostrar que, en los hechos, existe un problema. Eso no se ha**

el médico realice abortos terapéuticos con la finalidad de causar la muerte del embrión, aunque en muchas ocasiones ocurre que no sobrevive. No existe la intención de matar al embrión, esto es solo un efecto del acto médico para salvar a la madre”. Disponible en: <http://www.lasegunda.com/Noticias/Nacional/2014/05/937594/Colegio-Medico-por-ley-de-aborto-No-se-puede-obligar-a-los-especialistas-a-interrumpir-un-embarazo>. En el mismo sentido, a propósito de los tratamientos que pueden ocasionar la muerte del niño que está por nacer, el doctor Enrique Oyarzún, ex Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia UC, planteó en su momento lo siguiente: “Estas acciones se realizan en todas las maternidades de Chile, y ningún médico se siente inhibido de hacerlas”.

8 Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=248>

9 *Lancet* 2014; 384: 980-1004.

realizado. Más aún, los casos de alta connotación pública que se han presentado como ejemplos de casos en que se necesitaría realizar un aborto han demostrado ser falaces, ya sea porque no está realmente en peligro la vida de la madre, o porque sí se puede realizar el tratamiento necesario para curarla¹⁰.

2.1.5. La falacia de los “abortos clandestinos”

Tampoco son persuasivos los argumentos que se basan en un supuesto altísimo número de abortos clandestinos. En primer lugar, esa sería una razón para legitimar el aborto puro y simple, y no solo el terapéutico, por lo que si esa es la intención se debe transparentar el debate a la opinión pública. Luego, cabe advertir que las estimaciones que dicen que en Chile habría alrededor de 150 mil abortos al año son dudosas en cuanto a su metodología y excesivas en cuanto a su número. Dado que no se pueden medir con certeza (pues son clandestinos), el cálculo se hace sobre la base del número de los ingresos hospitalarios por complicaciones producto de abortos, el cual se multiplica varias veces para representar a un supuesto número de personas que, habiendo sufrido el aborto, no han tenido que ir al hospital.

En contraste, los estudios epidemiológicos más recientes —publicados en la Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología— muestran que la cantidad de abortos realizados en nuestro país, en el peor de los casos, debieran oscilar entre los 13 y 18 mil al año¹¹. Asimismo, se ha observado una disminución constante del número de abortos en los últimos cincuenta años, incluso después de su prohibición legal en 1989¹². Solo en la última década se han reducido en un 15%. Por lo demás, teniendo en cuenta

que en Chile nacen cerca de 250.000 niños al año, resulta poco plausible que se realicen 150.000 abortos. Esta cifra sería superior a la de países donde el aborto es legal, como por ejemplo España, que tiene casi el triple de la población chilena. En consecuencia, ese dato debería ser tomado con algo más de escepticismo por quienes buscan un debate de fondo. Esto fue explicado por el ex Ministro de Salud Jaime Mañalich, quien se refirió al caso chileno en una entrevista en el diario La Tercera: “Hay una gran falacia frente a esto [el número de abortos clandestinos en Chile], porque se sigue repitiendo sin fundamento que en nuestro país se practican miles de abortos. Si uno mira las estadísticas de pacientes ingresados a hospitales por complicaciones producto de abortos, el número es tan ínfimo que se puede pensar dos cosas: o que quienes los hacen realizan un muy buen trabajo —lo que no creemos—, o que los abortos son muchos menos de lo que se supone. Para nosotros, esa es la explicación más lógica. La cifra que dice que se practican 150 mil abortos en Chile no tiene nada que ver con la realidad”¹³.

2.1.6. Más aún, la evidencia empírica muestra que no existe razón para pensar que países con leyes más permisivas de aborto tengan menor mortalidad materna que otros países comparables

Quienes han propuesto el aborto terapéutico a veces afirman que se trataría de una necesidad de salud pública, orientada a disminuir la mortalidad materna. Sin embargo, la evidencia no permite afirmar que el aborto beneficie la salud materna. Por ejemplo, Polonia (que acepta el aborto solo de manera restrictiva) y Chile (sin aborto) se encuentran entre los países que presentan menores tasas de mortalidad materna en sus respectivas regiones. Polonia endureció sus leyes contra el aborto a principio de los '90, y en esa década redujo la mortalidad materna a la mitad¹⁴; Malta (que prohíbe completamente el aborto)

10 En diciembre del 2010, el senador Girardi presentó el caso de Claudia Pizarro, una mujer con un embarazo de 35 semanas cuyo hijo presentaba malformaciones cerebrales y se aseguraba que padecía cáncer cérvico uterino. El caso salió a la luz al tiempo que los senadores Girardi, Rossi y Matthei presentaban un proyecto de ley de aborto terapéutico. Se señaló que su embarazo le impedía recibir el tratamiento correspondiente a su enfermedad, pero luego se comprobó que la paciente no padecía cáncer, sino una alteración leve de su papanicolau. Esta situación no requiere de tratamiento alguno, porque incluso un alto porcentaje de estas alteraciones ceden luego del embarazo. En suma, nunca estuvo en riesgo la vida de la madre ni se negó tratamiento alguno.

11 Ver más en: <http://www.revistasochog.cl/files/pdf/EDITORIAL50-eo.pdf>

12 Koch, E. (2014). “Epidemiología del aborto y su prevención en Chile”. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología; 79(5): 351-360.

13 Mañalich, J. (30 de marzo 2013). “Los abortos son muchos menos de lo que se supone” en *La Tercera* Reportajes, p. 14.

14 Las cifras de mortalidad materna están tomadas del estudio de Horton et al., “Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5”, *The Lancet* [375] N° 9726, 1609 - 1623, Mayo 2010. El estudio es de los más relevantes en el área, y generó un importante impacto. Ver el artículo en el New York Times “Maternal Deaths

e Irlanda (que solo lo acepta en el supuesto de riesgo “sustancial y grave” para la salud de la mujer) también muestran bajísimas cifras de mortalidad materna, con estándares aún mejores que países más ricos y más permisivos en materia de aborto como Holanda, Noruega o Dinamarca. En Chile, según observaciones preliminares del Dr. Elard Koch, la mortalidad materna ha disminuido, incluso después de prohibir el aborto¹⁵. Esto sugiere que no es cierto que exista un dilema entre tener leyes que protejan al que está por nacer y velar por la salud de las madres. En ese sentido, un reciente estudio que analiza la mortalidad materna de 32 estados mexicanos muestra que aquellos con leyes menos permisivas de aborto presentan una disminución del 23% en la mortalidad materna global y hasta un 47% menos de mortalidad por complicaciones de aborto¹⁶.

2.1.7. Efectos negativos de legalizar el aborto terapéutico:

No solo es innecesario, sino negativo, por las siguientes razones:

- Porque si bien es legítimo realizar un tratamiento para curar a la madre, no lo es realizar una acción que atente directamente contra la vida del que está por nacer. Lo primero es permitido bajo el derecho vigente, lo segundo no. Cabe recordar que no existe en la

práctica médica actual la necesidad de matar directamente al feto para salvar a la madre¹⁷.

- Sacrifica la integridad en la defensa del no nacido que existe actualmente en nuestro ordenamiento jurídico. Al hacerlo, se crea una categoría de “aborto permitido”, arriesgando que el concepto se vaya ampliando judicialmente. Por ejemplo: al introducir un permiso para abortar en caso de que afecte la salud de la madre, el tribunal podría tomar una definición demasiado amplia de “salud” (como la de la OMS¹⁸) y estirar el concepto de aborto terapéutico (así, por ejemplo, sucede en España¹⁹). Es lo que se vislumbra en el reciente proyecto presentado por el gobierno, que habla, en su artículo 1º de “riesgo vital, presente o futuro”, lo que ha sido criticado por diversos médicos atendiendo a la ambigüedad de la expresión. En todo caso, cualquiera fuera la modificación, es previsible que jueces contrarios al aborto en todas sus acepciones apliquen una interpretación restrictiva, mientras que jueces que no consideren como sujeto de derechos al feto eventualmente intenten extenderla, lo cual no sería extraño considerando la forma en que opera el derecho. Esto, desde luego, no es ninguna especulación: el uso de categorías en apariencia restringidas, para permitir finalmente toda forma de aborto, ha ocurrido y sigue ocurriendo en otros países. Por ejemplo, en el Reino Unido, donde en 1967 se permitió el aborto solo bajo ciertas condiciones (riesgo de la salud de la madre) y hoy presenta cifras de casi 200 mil abortos al año. De ellos, solo un 1% se debe a malformaciones graves del feto o riesgo vital de la madre; las causales del resto (98%) aluden a su “salud

Decline Sharply Across the Globe” 13 de Abril de 2010 p. A1.

15 “Is there an association between maternal mortality reduction and abortion legalization? Preliminary data from time series analyses in Chile, 1960 – 2007”, ponencia presentada en International Working Group for Global Women’s Health Research, Washington DC. Para un detalle del descenso de la mortalidad materna desde 1989 a la fecha, ver: *Embarazo vulnerable. Realidad y propuestas*, IdeaPaís y Comunidad y Justicia (2014), p. 17. Disponible en: <http://ideapaís.cl/especiales/embarazo-vulnerable-realidad-y-propuestas/>

16 En este punto se debe ser cuidadoso, pues los datos disponibles tampoco permiten afirmar empíricamente que existe una correlación positiva entre leyes restrictivas de aborto y mejor salud materna. Nuestro punto es más modesto: la evidencia sugiere que no existe la relación contraria que muchas veces sostienen quienes defienden el aborto terapéutico; es decir, las cifras de mortalidad materna mundial no permiten afirmar que la penalización del aborto perjudica los índices de mortalidad materna. Pero se requeriría un estudio más acabado y ambicioso para poder demostrar científicamente el efecto opuesto: que existe un vínculo causal entre leyes más restrictivas de aborto y mejora en la mortalidad materna. El estudio es de Koch, E.; Chireau, M.; Pliego, F., et al. “Abortion legislation, maternal healthcare, fertility, female literacy, sanitation, violence against women and maternal deaths: a natural experiment in 32 Mexican states”. *BMJ Open* 2015; 5:e006013. Doi:10.1136/bmjopen-2014-006013.

17 Instituto Res Pública. “Mirada Pública 3. Aborto: las razones de un no”. Marzo 2012.

18 La OMS ha definido salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades”. En: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.

19 Es interesante estudiar la evolución del caso español luego de que se aprobara, en 1985, una ley muy similar a la que actualmente se tramita en Chile. En 1992, según cifras de Eurostat, se practicaron 44.962 abortos. La cifra ha aumentado ostensiblemente hasta 118,359 en 2011 (cf. Legally induced abortions by mother’s age. En: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do?dvsc=0>). Estos datos permiten concluir que la legalización sí tiene un efecto cultural en la percepción del aborto. Por lo demás, en el año 2010 la ley de aborto terapéutico vigente desde 1985 fue sustituida por una de aborto a plazos (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. En: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>) mostrando una cantidad de abortos no significativamente distinta a lo que se realizaba antes de la flexibilización total.

mental”;²⁰ lo que implica, sin duda, una ampliación de los casos que en un inicio permitía originalmente la ley.²¹ En el caso chileno, la actual solución legal (definir acotadamente el aborto) logra sancionar el aborto y a la vez permitir tratamientos necesarios.

2.2. Aborto cuando el feto es “inviabile” (aborto eugenésico)

2.2.1. Seres humanos “inviabiles”

Lo cierto es que no corresponde hablar de “seres humanos inviabiles”, expresión equívoca que puede dar a entender que, en virtud de esa supuesta inviabilidad, fuera lícito prescindir de ellos. Un proyecto o un negocio pueden ser inviabiles, pero no una persona. Es inhumano disponer de los más débiles, en especial de aquellos que sufren una enfermedad que no puede ser curada, solo porque se prevé que “igual van a morir” (predicción cuya certeza, como muestra la evidencia, es absolutamente discutible). No se ve por qué la vida del niño que está por nacer debería valer menos en caso de estar muy enfermo. Los derechos humanos parecen exigir más bien lo contrario: la protección del más débil.

2.2.2. El feto no está muerto

Algunos promotores de despenalizar ciertos supuestos de aborto han sostenido que el caso de fetos anencefálicos pondría en evidencia una contradicción legal: atendiendo al criterio de la ley de trasplante de órganos, que acepta la “muerte cerebral o encefálica” (comprobando que han cesado de manera irreversible

las funciones del encéfalo y del tronco encefálico), esos fetos estarían muertos, por lo que la prohibición del aborto protegería una criatura que en realidad no está viva, según reconocería otra parte de la legislación. Sin embargo, la muerte cerebral no es un tipo distinto de muerte, sino únicamente un modo diverso de diagnosticar la única muerte existente (cesación de la actividad cardio-respiratoria), que es la misma que afecta a todos los seres humanos. En el caso de los fetos anencefálicos, no obstante el desarrollo de su cerebro se ha detenido, ellos sí poseen tronco encefálico y también mantienen por sí mismos ciertos reflejos vegetativos. Pueden respirar, les late el corazón, se mueven, lloran, maman, etc. No es casual que típicamente se reporte que los niños que padecen anencefalia murieron “poco después de nacer”. No pueden morir dos veces, sino que estaban vivos en el vientre materno, y por ello lograron vivir algunos momentos luego del parto²². Así las cosas, la situación de estos niños es muy distinta a la descrita en la ley de trasplante de órganos, que solo acepta acreditar la muerte de una persona por la “abolición total e irreversible de todas las funciones encefálicas”, y que ya han funcionado previamente. Por lo demás, si el feto realmente estuviera muerto, entonces no habría aborto al intervenir ese embarazo, por lo que los proyectos de ley que buscan legalizar el aborto basados en la supuesta muerte de los niños anencefálicos serían triviales e innecesarios.

2.2.3. Aborto eugenésico de niños con Síndrome de Down

Chile se diferencia de otros países por no presentar prácticas eugenésicas²³. Nuestro país tiene una de las tasas de nacimientos de niños con síndrome de Down más alta del mundo²⁴. En países europeos con leyes permisivas como España o Rumania, el aborto provocado

20 “Information on abortions carried out in England and Wales in 2010”, Department of Health, UK Government, May 2010. Sobre este mismo aspecto, resultan altamente significativas las declaraciones de Lord Steel, artífice de la ley de aborto británica, al cumplirse 40 años de su promulgación, preocupado por el considerable aumento de abortos en Gran Bretaña. Sostuvo que el parlamento, al aprobar dicha legislación, no tuvo la intención de que se usara el aborto como método de contracepción (habiendo amplia disponibilidad de otros métodos financiados por el estado y otros organismos). Ver ‘Too Many Abortions: Lord Steel’ en The Guardian, 24 de Octubre de 2007. <http://www.guardian.co.uk/uk/2007/oct/24/politics.topstories3>

21 Véase ‘Our Abortion Law is Being Undermined’ en The Daily Telegraph, 3 de febrero de 2013. <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/9846254/Our-abortion-law-is-being-undermined.html>

22 Incluso su expectativa de vida puede ser mucho más amplia que la pronosticada de unas pocas horas. Para ver el caso de la niña chilena que vivió más de un mes, ver: <http://www.24horas.cl/nacional/fallece-bebe-que-nacio-sin-cerebro-688062>

23 Donoso, E., Carvajal, J.A. “El aborto eugenésico podría explicar la menor mortalidad infantil existente en Cuba comparada con la de Chile”. Rev Med Chil 2012; 140(8):999-1005.

24 Nazer, H.J. et al. “Malformaciones congénitas en Chile y Latino América: Una visión epidemiológica del ECLAMC del período 1995-2008.” Rev Med Chil 2011; 139 (1):72-8.

en casos de embarazos con trisomía 21 se realiza entre un 76% y un 96% del total de los diagnosticados²⁵.

Una teoría explicativa razonable de estos hechos es que existiría una eliminación sistemática de estos niños gracias a la combinación de leyes que no penalizan el aborto y las extendidas políticas de diagnóstico prenatal de malformaciones y anomalías cromosómicas²⁶. En Inglaterra, por ejemplo, la cantidad real de nacimientos de niños con Down es un 48% menos que la esperada²⁷.

2.2.4. Opción auténticamente humana: el feto anencefálico es un enfermo terminal²⁸. Acompañar a las familias.

La enfermedad mortal de un hijo es un hecho trágico. Las familias que esperan un niño enfermo requieren de ayuda. Autorizar la eliminación de ese niño no nacido enfermo no es una opción humana a la tragedia, ni resuelve el problema. No se puede hacer como que ese embarazo no existió, ni como si ese ser humano no tuviera ningún valor. La alternativa más humana es el cuidado de ese niño enfermo, el acompañamiento a la familia y la posibilidad de vivir ese embarazo en condiciones dignas, así como los cuidados paliativos para el niño recién nacido. En Chile se realizan acciones médicas de ese tipo, con gran satisfacción para las familias y médicos involucrados. En este sentido, destaca “Acompañar_es”, Programa de Cuidados

25 Koch, E. (2014), “Epidemiología del aborto y su prevención en Chile”. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*; 79(5): 351 – 360.

26 Boyd, P.A. et al. “Survey of prenatal screening policies in Europe for structural malformations and chromosome anomalies, and their impact on detection and termination rates for neural tube defects and Down’s syndrome”. *BJOG* 2008;115(6):689-96.

27 Morris, J.K. “Trends in Down’s syndrome live births and antenatal diagnoses in England and Wales from 1989 to 2008: analysis of data from the National Down Syndrome Cytogenetic Register”. *BMJ* 2009;339:b3794.

28 Bravo *et al* (2000) definen a los enfermos terminales como aquellos que presentan las siguientes características: “a) Ser portador de una enfermedad o condición patológica grave, que haya sido diagnosticada en forma precisa por un médico experto. b) La enfermedad o condición diagnosticada debe ser de carácter progresivo e irreversible, con pronóstico fatal próximo o en un plazo relativamente breve. c) En el momento del diagnóstico, la enfermedad o condición patológica no es susceptible de un tratamiento conocido y de eficacia comprobada que permita modificar el pronóstico de muerte próxima; o bien, los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces.” Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago: “El enfermo terminal”. *Revista Médica de Chile*, vol. 128, N° 5. Santiago: mayo 2000. En: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-9887200000500015&script=sci_arttext.

Paliativos Perinatales UC, que está compuesto por un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud y que tiene por objetivo apoyar a las familias que viven la compleja situación de concebir un hijo que tiene una malformación congénita letal. Se ha visto que en este tipo de programas los padres logran llevar mejor el proceso de duelo²⁹.

2.3. Aborto en caso de violación

2.3.1. Una discusión distinta

Cuando se produce un embarazo producto de una violación, pese al innegable drama que envuelve un caso de esta especie, lo característico no es primariamente el riesgo para la vida o salud de la madre, sino precisamente el hecho de que el embarazo es fruto de un crimen brutal. Sin embargo, las circunstancias que rodean la concepción del niño en este dramático contexto no disminuyen su condición de ser humano. En consecuencia, ante la pregunta sobre si aquí es justo terminar con la vida del niño no nacido, la respuesta es clara desde una perspectiva que racionalmente rechaza el aborto puro y simple: siempre es injusto matar a un ser humano inocente, y la violación nada cambia al respecto. Una injusticia no se soluciona con otra injusticia³⁰.

Además, la hipótesis de aborto por violación plantea un serio problema ante el derecho. En efecto, afirmar desde la óptica jurídica la existencia de una violación supone comprobar judicialmente la ocurrencia del delito: lo contrario implica dar pie a que cualquier denuncia, por infundada que sea, quepa en la causal de “violación”. Pero considerando los tiempos normales de un proceso penal —en el que además es posible una sentencia final absolutoria que descarte los hechos que se acusan—, ¿cómo se podría alegar la

29 Neira, J. “Programa de cuidados paliativos perinatales UC-Christus. Primer informe de 18 meses de desarrollo”. Disponible en: <http://xn--acomaar-es-6db.cl/wp/wp-content/uploads/2014/08/acompa%C3%B1ares-11.pdf>

30 Debemos notar que aceptar esta causal implicaría volver, como bien denunció Hernán Corral, a la lógica que estaba detrás de los “hijos de dañado ayuntamiento”: la naturaleza criminal de las relaciones a partir de las cuales se engendra el niño o niña que está por nacer deviene en una supuesta razón para privarlo de derechos, en este caso del derecho más básico. Ver más en: <http://www.elmercurio.com/blogs/2015/02/12/29308/Hijos-de-danado-ayuntamiento.aspx>

violación a la hora de justificar un aborto dentro de los 9 meses de embarazo? Podría pensarse, tal vez, en alternativas al respecto, por ejemplo, síntomas provocados por la violación acreditados médicamente. Sin embargo, ahí el problema jurídico solo aumenta: ello implicaría presumir la existencia de un delito, figura que, como es sabido, se encuentra prohibida constitucionalmente y también por el Derecho Internacional.

2.3.2. El aborto no ayuda a la madre, sino que daña su salud física y mental

Además, la evidencia disponible muestra que un aborto únicamente aumenta el drama ocasionado en la mujer por la violación. No solo no existen estudios que demuestren beneficios del aborto en la salud de la madre, sino que además la legalización del aborto por violación está cada vez más cuestionada desde la perspectiva médica. Esto porque en casos de violación aislada el riesgo de embarazo es infrecuente³¹, pero no lo es en circunstancias de violación reiterada (por ejemplo, abusos sexuales de niñas adolescentes al interior del grupo familiar). En estos casos, y cuando el aborto es legal, el aborto inducido por coerción (es decir, cuando la mujer es presionada u obligada a abortar) permanece muchas veces oculto, especialmente en menores de edad. Ello puede dejar impune al violador y condenar a la indefensión a la mujer o niña abusada. Así dan cuenta un estudio en Canadá y una investigación de la OMS. Por otra parte, una investigación reciente en adolescentes de 14 a 19 años determinó que aquellas que abortaron antes de las 12 semanas presentaron 4,9 veces más riesgo (490% mayor probabilidad) de presentar secuelas negativas posteriores al parto, en relación con las adolescentes que decidieron continuar con su embarazo. En el mismo sentido, una revisión sistemática y análisis de 22 estudios conducidos entre 1990 y 2008, concluyó que

31 Así lo muestran una serie de estudios que evidencian la dificultad de que se produzca un embarazo en esas circunstancias (Cfr. Groth, N., (1990), "Rape: Myths and Realities", MenWho Rape, Plenum Press; Ministerio de Salud, (2007), "Segunda Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2006". Disponible en la Word Wide Web: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-y-salud-encavi/>; Wilcox, A., Weinberg, C., Y Baird, D., (1995) Timing of Sexual Intercourse in Relation to Ovulation, N Engl J Med 1995; 333:1517-1521, December 7).

el aborto electivo incrementa el riesgo de problemas de salud mental subsiguiente respecto a mujeres que continúan con su embarazo³².

3. Las mujeres enfrentadas a situaciones límite

3.1.1. Si la preocupación real es por la madre enfrentada a circunstancias dramáticas, no se requieren modificaciones legales

La prohibición general del aborto responde a la protección de un bien fundamental: ningún ser humano inocente, cualquiera sea su etapa de desarrollo, sexo o condición, puede ser privado legítimamente de su vida. Y es que, cuando se trata de bienes humanos básicos, como la vida o la integridad física, no todo está permitido. Por algo prohibimos la esclavitud, la tortura o la trata de personas. Con todo, debemos considerar los casos que, a juicio de algunas personas, harían necesaria una (auténtica) despenalización del aborto, entendida como la renuncia por parte del Estado a perseguir penalmente una conducta delictual —que, en todo caso, sigue siendo ilícita—. No son pocos quienes, reconociendo la ilicitud de la conducta abortiva, cuestionan si es razonable que el aparato estatal persiga y sancione a una madre enfrentada a situaciones límite, o que ha abortado después de haber sido brutalmente violentada³³. La pregunta podría formularse del modo siguiente: ¿es razonable que el Estado sancione a estas mujeres a todo evento? ¿No hay consideraciones humanitarias mínimas que obliguen a repensar el asunto?

El punto, siendo pertinente, exige matices y precisiones. Por una parte, ya vimos que ordenamiento jurídico vigente permite realizar aquellos tratamientos e intervenciones que buscan directamente sanar a la madre, incluso si ellos ponen en peligro la vida del niño que está por nacer; estos actos no son sancio-

32 El doctor Elard Koch es quien, en nuestro país, más ha difundido estas y otras investigaciones sobre la materia. Ver más en: <http://www.chileb.cl/perspectiva/aborto-en-casos-de-violacion-perpetuando-un-ciclo-de-violencia/>

33 Ver, por ejemplo, la opinión de Jorge Navarrete, en junio de 2014: <http://diario.latercera.com/2014/06/08/01/contenido/opinion/11-166336-9-convicciones-y-dudas.shtml>

gados —no existen ni existirán mujeres ni médicos condenados por terapias de este tipo—, y nadie afirma que deban serlo. Y, por otro lado, la prohibición general del aborto establecida en nuestra legislación no implica que toda conducta abortiva será, necesariamente y en cualquier circunstancia, conducente a pena de cárcel para la mujer.

Para que una mujer sea sancionada penalmente en un determinado caso concreto no solo se requiere que la conducta en que ella incurre esté tipificada como delito (tipicidad), ni tampoco basta que dicha conducta pase a llevar la ley dañando algún bien jurídico socialmente relevante (antijuridicidad). Al igual que cualquier otro hecho que pueda llegar a constituir un delito, también se requiere acreditar la culpabilidad del agente; en este caso, de la mujer enfrentada a situaciones dramáticas. El aborto no es la excepción y, por tanto, pese a su prohibición general, incluso si una mujer llega a practicarse un acto abortivo, ella podría, dependiendo de las circunstancias, ser exculpada en razón de alguna causal eximente de responsabilidad penal (por ejemplo fuerza irresistible o miedo insuperable del artículo 10 N°9 del Código Penal). El punto es que determinar todo esto resulta imposible en abstracto: la culpabilidad se verá caso a caso, a la luz de todos los antecedentes de hecho que configuren la situación concreta y específica³⁴.

Así, si nuestra inquietud no es legitimar el aborto, sino atender al drama de las mujeres que enfrentan situaciones límite, la legislación vigente es adecuada: no hay otra forma de afrontar el asunto sin sacrificar la protección del niño que está en el vientre materno. Una causal de justificación que legitimara *a priori* el aborto, aunque sea solo en ciertos supuestos, implica avalar acciones orientadas directamente a terminar con la vida del niño no nacido. En esos supuestos quedaría indemne *ex ante* no solo la mujer, sino que también el médico y cualquier otro tercero que colabore con el aborto. Aquí, por tanto, no se requieren modificaciones legales³⁵.

34 Ver más en: Ossandón Widow, Magdalena, “Aborto y Justificación”, en *Revista Chilena de Derecho*, Vol. 39 N° 2, Santiago, 2012, pp. 360 ss. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchilder/v39n2/arto6.pdf>

35 A la misma conclusión llega Jorge Fábrega, académico de la Universi-

3.1.2. La importancia de apoyar el embarazo vulnerable

Cuando se produce un aborto la mujer suele ser una víctima más —más arriba señalamos qué implica un aborto para ella—, y por eso no debemos perder de vista las condiciones en las que viven las madres expuestas a situaciones en extremo difíciles y que muchas veces hacen más probable que piensen realizarse un aborto, tales como abandono, violencia intrafamiliar o coerción (de terceros e inclusive de la pareja). Por lo mismo, aunque la cantidad de abortos clandestinos es muy inferior a la que señalan ciertos activistas, urge generar mayores redes de apoyo, tanto desde la sociedad civil como desde el Estado: la cultura de la vida, para ser tal, debe traducirse en iniciativas específicas y palpables. Es el único modo de masificar las experiencias de ayuda ya existentes y así posibilitar un apoyo integral a las mujeres embarazadas, en especial aquellas que enfrentan contextos más vulnerables. Esto es fundamental, considerando que los programas de acompañamiento, como los de la Fundación ChileUnido, logran revertir la intención de aborto en más del 85% de los casos, entregando una respuesta que, además, tiene por objetivo primario el bien de la mujer y su integridad³⁶.

En consecuencia, solo cabe aplaudir las iniciativas conocidas en el último tiempo orientadas a apoyar el embarazo vulnerable, mediante una serie de propuestas y proyectos concretos³⁷. Entre ellas destacan un proyecto de ley presentado por un grupo transversal de diputados, incluyendo independientes y demócratacristianos, que busca establecer un régimen de protección integral de la mujer con embarazo vulnerable y del hijo que está por nacer³⁸; y un proyecto de resolución, patrocinado por un grupo de diputadas

dad Adolfo Ibáñez, después de analizar las cifras sobre condenas por delito de aborto entre los años 2010 y 2013. Ver más en: <http://voces.latercera.com/2014/08/05/jorge-fabrega/penalizacion-del-aborto-en-chile-las-cifras/>

36 Ver: *Embarazo vulnerable. Realidad y propuestas*, de IdeaPais y Comunidad y Justicia (2014). Disponible en: <http://ideapais.cl/especiales/embarazo-vulnerable-realidad-y-propuestas/>

37 Para un listado de las posibles medidas a adoptar en esta línea, ver: Centro de Políticas Públicas UC, “Aporte de la UC al debate nacional sobre despenalización del aborto”, en serie *Temas de la Agenda Pública*, N° 74, diciembre 2014. P. 11.

38 Boletín N° 9873-11, ingresado a tramitación el 22 de enero de 2015.

de oposición, que propone un programa integral de acompañamiento en favor de las mujeres que experimentan embarazos de alto riesgo³⁹.

4. Conclusiones

i. No es necesario reformar la ley para lograr que la mujer que padece una enfermedad grave pueda obtener un tratamiento necesario para sanarse. La legislación vigente lo permite, incluso en aquellos casos en que puede verse afectada la vida del niño que está por nacer. La práctica médica sigue este mismo criterio que es claro, no existiendo un problema al respecto.

ii. Es clave distinguir entre dos tipos de tratamiento: aquel que puede causar de manera no deseada la muerte del niño; y aquellos que persiguen un aborto directo, usado supuestamente como medio para curar una enfermedad. El primer hecho no constituye aborto bajo nuestra legislación, por lo que si los proyectos en trámite apuntan a esos casos, entonces no cambian nada respecto de lo que hoy en día se permite. El problema es que estos proyectos parecen abrir la puerta también al segundo tipo de casos, los cuales no se presentan en la realidad: no existen enfermedades que se “curen” causando directamente la muerte del feto. Crear una categoría jurídica vacía e innecesaria no es conveniente, porque puede ser usada como subterfugio para incluir otros casos de aborto, incluyendo hipótesis de aborto libre, como ha ocurrido en otros países, y como pareciera buscarse últimamente en nuestro país.

iii. Desde la perspectiva de la mortalidad materna, leyes más permisivas de aborto no aseguran un buen resultado. No es verdad el mito según el cual “sin aborto hay más muertes maternas”. Estudios señalan que muchos de los países o estados que tienen legislaciones que restringen el aborto tienen mejores estándares de mortalidad materna.

iv. Sobre el aborto de los “inviabiles”: Es inhumano tratar a personas gravemente enfermas como “inviabiles”. De igual manera, es poco humano atribuir menos derechos al niño que está en el vientre materno

solo por el hecho de estar enfermo. El argumento que han esgrimido los partidarios de estos proyectos se refiere a fetos cuyas malformaciones, supuestamente, los harían estar ya muertos bajo los criterios de nuestra ley de trasplante de órganos. Pero, además de que dichos criterios no son aplicables a fetos que se encuentran vivos, de estar muertos tampoco sería necesario un cambio legislativo: si estuvieran sin vida, mal podría hablarse de aborto. El problema es que los partidarios del aborto, para estos casos, necesitan ofrecer un argumento que se haga cargo de lo que realmente subyace a estas propuestas, que es legitimar la muerte de niños que vienen con malformaciones o problemas de salud, lo que constituye una grave injusticia. Por el contrario, el trato digno frente a estos dramas humanos se alcanza a través del acompañamiento a niños y padres entregado en programas multidisciplinarios de cuidados paliativos perinatales.

v. Si de verdad preocupa la condición de las mujeres expuestas a situaciones límite, lo que cabe hacer es promover, aprobar e implementar iniciativas de apoyo integral, que apunten a las raíces de los problemas y ayuden a enfrentar los embarazos que se dan en contexto de alta vulnerabilidad.

Santiago, marzo de 2015

39 “Presenta proyecto de resolución para solicitar a S.E. la Presidenta de la República el establecimiento de un programa integral de acompañamiento y ayuda a madres con embarazos no deseados o de alto riesgo”. Proyecto N°288. Sesión N°123, 03 Mar. 2015.

COLECCIÓN “CLAVES PARA EL DEBATE”

ABORTO “TERAPÉUTICO”. 8 claves para el debate

IES, IdeaPaís e Instituto Res Publica

RECONCILIACIÓN. 6 claves para el debate

Joaquín Castillo V.

MATRIMONIO EN DISPUTA. 5 claves para el debate

Catalina Siles V. y Claudio Alvarado R.

CALIDAD, FORMATO Y MERCADO DE LOS TEXTOS ESCOLARES EN CHILE 4 claves para el debate

Pablo Ortúzar M.

LECTURA EN CHILE E IVA AL LIBRO. 7 claves para el debate

Joaquín Castillo V. y Pablo Ortúzar M.

TEORÍA DE GÉNERO. ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO? 5 claves para el debate

Catalina Siles V. y Gustavo Delgado B.

NUEVA CONSTITUCIÓN Y DERECHOS SOCIALES. 5 claves para el debate

Claudio Alvarado R.

ABORTO Y DESPENALIZACIÓN. 6 claves para el debate

IES, IdeaPaís e Instituto Res Publica

EL PRINCIPIO DE SUBSIDIARIEDAD. 4 claves para el debate

Pablo Ortúzar M.



www.ieschile.cl

ideapaís.

www.ideapais.cl



www.respublica.cl