

Monografía

El concepto de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en bioética

Jorge Alberto Álvarez-Díaz¹

¹Médico Sexólogo Clínico; Maestro en Bioética; Doctorado en el Programa de Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas, Universidad Complutense de Madrid. Becado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), México.

Resumen

Objetivo: Establecer diferencias conceptuales entre la palabra «aborto» y el término de «interrupción voluntaria del embarazo» en el área de la bioética. El trabajo propone la justificación de la utilización del concepto de «interrupción voluntaria del embarazo» para sustituir la palabra «aborto» en bioética. Esto sería debido a que, por un lado, si un aborto es espontáneo no se consideran habitualmente repercusiones bioéticas. Por otro lado, en bioética cuando se hace referencia a «aborto» comúnmente tiene que ver la noción de voluntariedad para que alcance consideraciones especiales.

Palabras clave: *Bioética, interrupción voluntaria del embarazo, aborto, definición.*

Summary

Objective: To establish conceptual differences between the word «abortion» and the concept «voluntary termination of the pregnancy» in the field of bioethics. This work tries to justify the use of the concept «voluntary termination of the pregnancy» instead of the word «abortion» in bioethics. This would be due to, if an abortion is spontaneous, there are no special bioethical considerations. On the other hand, in bioethics when somebody talks about «abortion», it is related with the volunteer character of the termination of a pregnancy to have special considerations.

Key words: *Bioethics, voluntary termination of the pregnancy, abortion, definition.*

La lengua española entiende por *aborto* la «interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas». ¹ Ante esta definición, *aborto* engloba una serie de circunstancias biológicas, psicológicas y sociales que no siempre tienen una estrecha vinculación entre sí. En principio, no hace diferencia alguna respecto a la voluntariedad o no en la interrupción, que en un análisis bioético sería un

aspecto crucial. De hecho, cuando se realizan debates en torno al tema del «aborto», la referencia prácticamente de forma inequívoca es a una interrupción voluntaria.

Un texto de obstetricia, anglosajón, ampliamente difundido en escuelas y facultades de medicina, define que el aborto es «la terminación del embarazo por cualquier medio antes que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir». ² Este límite tradicionalmente se ha marcado en los 500 g o en las 20 semanas de gestación; sin embargo, el verdadero límite de viabilidad es establecido por cada centro hospitalario de acuerdo a la combinación del factor recursos humanos con el factor recursos tecnológicos (disminuyendo cada vez más, lo que plantea otros problemas bioéticos, como lo es reanimar o no a un recién nacido prematuro e inmaduro, en límites de viabilidad). Pritchard clasifica el aborto en su texto como espontáneo (marcando las diferencias entre amenaza de aborto, y aborto inevitable, incompleto, diferido y habitual), electivo (o voluntario) y terapéutico. Nombra al aborto electivo, como «la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal». Argumento entendible dentro de un país donde la IVE es legal durante el primer trimestre. Posteriormente define al aborto terapéutico como «el término del embarazo antes del tiempo de la viabilidad fetal con el propósito de proteger la salud de la madre». Esta definición la extiende a que las indicaciones médicas pueden ser: «cuando la continuación del embarazo puede amenazar la vida de la mujer o afectar seriamente a su salud (...); cuando el embarazo ha sido consecuencia de una violación o incesto (...); cuando la continuación del embarazo se crea que va a dar lugar al nacimiento de un niño con malformaciones físicas graves o con retraso mental». Todas las posturas han sido muy discutidas desde distintas perspectivas.

Tanto en la literatura sociológica, psicológica y demográfica, como en programas gubernamentales de salud, para hacer referencia al tema tratado en general como «aborto» se ha utilizado ampliamente el término de «embarazo no deseado». La idea de este trabajo es que no se utilice este

término como sinónimo de «aborto», debido a que existirán ocasiones en que una interrupción se realice, desgraciadamente, en un producto deseado.

A la vez, existe otro concepto, el de «embarazo no previsto», que se definiría como todo aquel embarazo que resulta de una relación coital que no la tenía contemplada como su objetivo. Esta definición abarca desde el embarazo que resulta por falla en el método anticonceptivo hasta aquel que resulta de un encuentro coital en diversas circunstancias y contextos que incluyen relaciones asimétricas de poder desde la perspectiva de género, y cuyo resultado son embarazos no contemplados en la relación coital (violación sexual, intra o extramarital, etc.). Si el término anterior se relacionaba con el deseo, este otro se relaciona con la planeación del embarazo. Al mismo tiempo, existirán ocasiones en que una interrupción se realice, desgraciadamente, en un producto planeado.

Es por todo lo anterior que se propone la utilización más amplia de terminología específica como la de «interrupción voluntaria del embarazo», no de manera eufemística sino descriptiva. La ciencia en su larga historia ha creado palabras y conceptos nuevos para poder describir mejor los fenómenos que se presentan en la realidad. Esto acompaña la evolución misma del lenguaje. La filosofía por su parte ha sido una larga tradición en donde los grandes pensadores se encuentran limitados precisamente por el lenguaje, e introducen palabras nuevas para exponer sus ideas, o bien dotan de un nuevo sentido a las ya existentes. La bioética no puede ser distinta. Además, la palabra «aborto» está fuertemente cargada de ciertas matizaciones morales a lo largo de la historia. Se propone que no debería de tomarse la terminología que haga alusión al deseo (primer caso) o a la planeación (segundo caso) de un embarazo, porque la mujer puede haber deseado y además planeado el embarazo, y posteriormente estar ante la difícil decisión de su interrupción. Hay algunos escenarios donde esto puede ejemplificarse. La mujer embarazada puede haber deseado y/o planeado un embarazo, pero por factores médico-biológicos propios, como condiciones de enfermedad que pongan en peligro su vida (preeclampsia y eclampsia, síndrome de HELLP, etc.), decidir en algún momento su interrupción. También puede darse el caso de que la mujer pudiera haber deseado y/o planeado un embarazo, pero por factores biológicos del producto decida finalmente la interrupción; ejemplos de esta situación podrían ser las cromosopatías con probabilidad alta dentro de la posibilidad de ser incompatibles con la vida extrauterina del producto, como la trisomía 13 (síndrome de Edwards), la trisomía 18 (síndrome de Patau), o la presencia de malformaciones graves incompatibles con la vida extrauterina (como casos de anencefalia, microcefalia, acardioacéfalos, etc.). Un duro ejemplo de estos casos, probablemente el más extremo, son los productos intensamente planeados y deseados por parejas estériles o infértiles y lo-

grados mediante técnicas de reproducción asistida (fecundación *in vitro*, etc.), donde también se puede llegar a la difícil decisión de interrumpir el embarazo (no solamente en la particular situación de la reducción embrionaria en gestaciones múltiples, sino por otros factores similares a los citados previamente).³

La bioética, el aborto y la IVE

Resulta difícil decir exactamente qué hace que un problema sea un problema bioético,⁴ y quizás resulte más sencillo reconocer a la IVE como un problema fundamental de la bioética,⁵ ya que está estrechamente vinculado con las concepciones individuales y grupales (familiares, sociales, culturales) en torno al inicio de la vida humana.

Por un lado se puede localizar un extremo sobre opiniones bioéticas en donde se defiende la idea de que, asumiendo que el ser humano completo individual surge en la fecundación, el interrumpir su desarrollo en cualquier momento del embarazo no sería ético.⁶ Esta postura es la tradicional del cristianismo, y la identificada con los grupos pro-vida. El otro extremo corresponde a defender que la fecundación y aun la implantación no tienen significado bioético alguno, pudiendo la mujer decidir libremente si interrumpe o no su embarazo. Esta es la postura identificada con grupos pro-elección. Un tercer grupo de posturas opinan que si la interrupción del embarazo se realiza tempranamente, podría ser ético, y mientras más tardíamente se realiza hay menos argumentos para defender tal posición. Esta otra postura alternativa es la identificada con grupos moderados denominados gradualistas, haciendo incluso referencia a que coincidiría más con la tradición de la iglesia católica, aunque discrepe un tanto en su postura de los últimos tres siglos.⁷

Considerando entonces que las posturas respecto a la IVE podrían estar en un continuo que va desde la visión pro-vida, pasando por diferentes tipos de gradualismo, hasta la visión pro-elección, la problemática de tipo bioético no sería exactamente la misma. Esto es una de las bases para poder sugerir que se utilice con mayor propiedad y mejor uso descriptivo el término IVE en lugar de aborto.

Por un lado, desde la visión pro-vida, el discurso que se ha articulado comúnmente es el de considerar como un hecho inmoral el interrumpir un embarazo. Pero casi nunca se ha cuestionado, y menos fundamentado, las implicaciones bioéticas de una interrupción espontánea del embarazo,⁸ situación donde, desde el planteamiento de este trabajo, es a la que se debiera reservar el término de «aborto», es decir, cuando la interrupción del embarazo es no inducida. En este sentido, las posturas que son francamente contrarias a que la mujer interrumpa un embarazo deberían tener en cuenta ciertas situaciones, tales como la prevención del aborto espontáneo, educación para la salud en mujeres en edad reproduc-

tiva (para prevenir factores de riesgo que puedan favorecer el aborto espontáneo, tales como la obesidad,⁹ el consumo excesivo de café,^{10,11} el consumo de tabaco o cocaína,¹² incluso factores socioeconómicos y culturales paternos,¹³ etc.), así como la búsqueda de mejoría de la calidad de vida de las mujeres embarazadas, de acceso a servicios de salud para un control prenatal adecuado, diagnóstico oportuno de malformaciones congénitas (desde luego, en esta visión, no para interrumpir el embarazo, sino para poder intervenir tan tempranamente como sea posible en el neonato y mejorar también su pronóstico y calidad de vida). Desde la visión pro-elección no se trata de obligar a nadie a que interrumpa su embarazo, así que esta serie de situaciones serían tomadas muy probablemente de manera adecuada por todos los grupos en torno al debate bioético.

Por otro lado, desde la visión pro-elección, existen otro tipo de argumentos de corte secular o laico. Macklin ha señalado que los principios éticos proveen las bases para un análisis de los aspectos relacionados con la reproducción humana.¹⁴ Por un lado, menciona que por un *Principio de libertad individual*, los individuos tienen el derecho a la libertad de acción, y pueden extender sus acciones siempre y cuando no interfieran con los derechos de otros. Por el otro, menciona que por un *Principio de justicia*, todas las personas dentro de una sociedad dada merecen el acceso equiparable a los bienes y servicios que llenen sus necesidades humanas básicas. Así mismo, se ha discutido cada vez más que, al tomarse en consideración los derechos del feto se establece una relación antagónica entre la mujer y el producto, siendo tradicionalmente favorecidos los derechos legales del feto sobre los de la madre.¹⁵ En tales circunstancias, a decir de LeBreton, «La maternidad está, entonces, disociada y la madre es percibida como el continente del feto». ¹⁶ Un aspecto importante cuando se aborda esta cuestión es, a decir de Hardin, que «el verdadero problema no es justificar el aborto, sino ver si es posible justificar el embarazo obligatorio». ¹⁷ En años recientes, con el nacimiento de la bioética, y el reconocimiento del principio de autonomía, se ha creado un nuevo paradigma frente al tradicional paternalismo médico, con toda la tradición hipocrática ancestral de beneficencia sin consideración de la autonomía. Esto no significaría desde luego caer en un autonomismo y respetar cualquier decisión, antes bien, considerar que el paternalismo podría ser, ahora, un curso de acción extremo en una deliberación bioética, como también lo sería la consideración única y absoluta de la autonomía de la paciente.¹⁸

Por todas las cuestiones mencionadas hasta el momento, es que se ha hecho énfasis que a pesar de todo el conocimiento de teólogos, juristas, sociólogos, políticos, filósofos, biólogos, sexólogos, médicos, psicólogos, etc., el debate en torno a la IVE persiste, sin pretender que la bioética tenga todas las respuestas a estas cuestiones.¹⁹ Lo anterior

no significa que no pueda llegarse a un acuerdo, sino que todo raciocinio bioético que se haga en torno a este aspecto no estará exento de controversia. De esta manera es que se hace necesaria la búsqueda de metodologías a través de las cuales se pueda llegar a una solución para casos concretos. Tal es el caso de la deliberación moral propuesta por Gracia,²⁰ con una sólida fundamentación filosófica²¹ y adaptada adecuadamente para su uso en bioética clínica.²²

Referencias

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: ESPASA; 2001: 10.
2. Pritchard JA, MacDonald P, Gant NW. Obstetricia. 3ª ed. México: Salvat; 1993: 453, 463.
3. Edozien L. Why do some women undergo termination of pregnancy after successful IVF treatment? Hum Reprod 1998; 13(9): 2377-2378.
4. Braunack-Mayer AJ. What makes a problem an ethical problem? An empirical perspective on the nature of ethical problems in general practice. J Med Ethics 2001; 27: 98-103.
5. Castillo-Vargas R, González-Cárdenas L. El aborto: problema fundamental de la bioética. Arch Med Fam 2004; 6(2): 34-35.
6. Lee P. A Christian philosopher's view of recent directions in the abortion debate. Christ Bioeth 2004; 10: 7-31.
7. Warren MA. A brief, liberal, catholic defense of abortion. Ethics 2002; 112(3): 652-653.
8. Murphy TF. The moral significance of spontaneous abortion. J Med Ethics 1985; 11(2): 79-83.
9. Bellver J, Pellicer A. Impact of obesity on spontaneous abortion. Am J Obstet Gynecol 2004; 190: 293-294.
10. Klebanoff MA, Levine RJ, DerSimonian R, Clemens JD, Wilkins DG. Maternal serum paraxanthine, a caffeine metabolite, and the risk of spontaneous abortion. N Engl J Med 1999; 341: 1639-1644.
11. Cnattingius S, Signorello LB, Anneren G, Clausson B, Ekblom A, Ljunger E et al. Caffeine intake and the risk of first-trimester spontaneous abortion. N Engl J Med 2000; 343: 1839-1845.
12. Ness RB, Grisso JA, Hirschinger N, Markovik N, Shaw LM, Day NL et al. Cocaine and tobacco use and the risk of spontaneous abortion. N Engl J Med 1999; 340: 333-339.
13. Olsen J, Basso O, Christensen K. Male factors and socioeconomic indicators correlate with the risk of spontaneous abortion. J Obstet Gynaecol 1999; 19(1): 49-53.
14. Macklin R. Ethics and human reproduction: International perspectives. Social Problems 1990; 37(1): 38-50.
15. Hewson B. Reproductive autonomy and the ethics of abortion. J Med Ethics 2001; Supl II: ii10-ii14.
16. Le Breton D. Antropología del cuerpo y modernidad. 2ª ed. Buenos Aires: Nueva Visión; 2002: 238.
17. Cole GEH. Aborto. Ser o no ser. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla-Ducere; 1997: 99-103.
18. Wyatt J. Medical paternalism and the fetus. J Med Ethics 2001; Supl II: ii15-ii20.
19. Hunt G. Abortion: Why bioethics can have no answer – A personal perspective. Nursing Ethics 1999; 6(1): 47-57.
20. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23.
21. Gracia D. Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. Med Health Care Phil 2001; 4: 223-232.
22. Gracia D. Ethical case deliberation and decision making. Med Health Care Phil 2003; 6: 227-233.