



UNIVERSIDAD DE NAVARRA

FACULTAD DE TEOLOGÍA

JORGE ARTURO PALMA

ESTUDIO MEDICO-DEONTOLÓGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

**Extracto de la Tesis Doctoral presentada en la Facultad
de Teología de la Universidad de Navarra**

PAMPLONA

1990



Ad normam Statutorum Facultatis Theologiae Universitatis
Navarrensis, perlegimus et adprobavimus

Pampilonae, die 1 mensis aprilis anni 1990

Dr. Iesus FERRER

Dr. Augustus SARMIENTO

Coram Tribunali, die 5 mensis maii anni 1989, hanc
dissertationem ad Lauream Candidatus palam defendit

Secretarius Facultatis

Dr. Ioseph Emmanuel ZUMAQUERO

Excerpta e Dissertationibus in Sacra Theologia
Vol. XVIII n. 7



PRESENTACIÓN

Dentro de la temática general del aborto, el trabajo se centra hoy en el estudio moral del tratamiento médico del embarazo ectópico. El tema adquiere importancia si tenemos en cuenta que, según sea el enfoque y la solución que se dé a este problema, se abre o no un camino para la justificación moral del llamado 'aborto terapéutico'.

Nos planteamos el problema de si la intervención quirúrgica por la cual se extirpa un embarazo ectópico, y de la que resulta la muerte del embrión o feto no viable, debe ser considerada, desde el punto de vista moral, como un aborto directo y por consiguiente nunca y bajo ninguna razón o necesidad se puede permitir, o como un aborto indirecto y por ende lícito en determinadas condiciones.

El núcleo del problema está en el estadio asintomático u oligosintomático, en el primer trimestre del embarazo, antes de que se produzca la crisis. Desde el punto de vista médico la terapéutica consiste, para la mayoría de los autores, en la intervención y extirpación del embrión; otros, los menos, son partidarios de la '*expectativa armada*'.

El caso es por sí mismo complejo y la solución depende no solo de los principios morales, sino también de un cuidadoso y profundo conocimiento de muchos aspectos médicos.

Este trabajo se divide en dos partes: una médica que comprende el estudio del embarazo ectópico y de las llamadas «indicaciones terapéuticas de aborto»; concluiremos que no existe *nunca* y en *ningún caso* motivo o razón que justifique *médicamente* el aborto. La segunda parte desarrolla el aspecto moral; comprende la fundamentación del tema, un estudio del aborto y un último capítulo dedicado a la consideración del embarazo ectópico que constituye el punto central de nuestro trabajo hacia el cual converge todo el res-

En esta ocasión, nos limitaremos a publicar el capítulo III de la Parte Moral. En primer lugar hacemos una exposición del Magisterio de la Iglesia y de las interpretaciones que han dado a las tres respuestas de la Sagrada Congregación del Santo Oficio. Antes de dar nuestra opinión, nos ha parecido necesario hacer un excursus histórico para analizar el enfoque dado por los moralistas católicos al tema.

Expuesto el *status quaestionis* hemos abordado el problema exponiendo nuestra solución en la aplicación de los principios morales al tratamiento del embarazo ectópico.

Quiero agradecer en primer lugar la ayuda prestada por el Sr. Director de esta tesis doctoral, Prof. Dr. Jesús Ferrer Serrate, así como a los Sres. Dres. Guillermo López y José Joaquín Giron, que tan esforzada y desinteresadamente me ayudaron en la elaboración de este trabajo.

Agradezco también a todos aquéllos, tanto profesores como personal no docente de esta Universidad de Navarra, que tan amablemente me han ayudado.



ÍNDICE DE LA TESIS*

Pág

INTRODUCCIÓN

PARTE PRIMERA: ESTUDIO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

CAPÍTULO I: EMBARAZO ECTÓPICO

1. <i>Nociones preliminares</i>	3
a) Noción	4
b) Anatomorfismo del aparato reproductor femenino	5
c) Fisiología de la fecundación	10
d) Topografía	12
e) Frecuencia y mortalidad	17
f) Fertilidad posterior	23
g) Malformaciones congénitas	25
h) Etiología	27
2. <i>Anatomía patológica y formas de evolución</i>	35
a) Embarazo tubárico	37
1/ Ampular	41
2/ Istmico	52
3/ Intersticial	54
4/ Infundibular	56
b) Embarazo ovárico	57
c) Embarazo abdominal o peritoneal	63
d) Embarazo cervical	66
3. <i>Clínica</i>	68
a) Estadio asintomático	70
b) Estadio oligosintomático	73
c) Estadio de shock peritoneal	78
4. <i>Diagnóstico</i>	83
a) Diagnóstico clínico	85
1/ Anamnesis	85
2/ Síntomas	88
3/ Exploración	103

4/ Laboratorio	111
Métodos complementarios de diagnóstico	119
c) Diagnóstico diferencial	132
5. <i>Tratamiento</i>	146
a) Tratamiento del ictus abdominal por embarazo ectópico	149
b) Tratamiento del embarazo ectópico antes de la rotura ...	154
1/ Avanzado o a término	155
2/ Primera mitad	161
3/ Después de la crisis	165

CAPÍTULO II:

EL ABORTO PROVOCADO EN EL EMBARAZO ECTÓPICO

6. <i>Aborto</i>	
a) Noción	170
1/ Etimología	171
2/ Definición	172
3/ Nociones básicas	174
a') Parto prematuro	176
b') Diagnóstico de muerte fetal	177
c') Comienzo de la vida humana	179
b) División	186
c) Etiopatogenia	189
1/ Aborto espontáneo	189
2/ Aborto provocado	196
7. <i>Indicaciones «médicas» de aborto</i>	208
a) Indicaciones médicas más comunes, utilizadas por algunos médicos para justificar el aborto	209
b) Cáncer y embarazo	249
8. <i>El aborto provocado como tratamiento del embarazo ectópico</i>	259
ABREVIATURAS MÉDICAS	269
BIBLIOGRAFÍA MÉDICA	271
BIBLIOGRAFÍA MÉDICA BÁSICA	287

PARTE SEGUNDA:

ASPECTOS MORALES DEL EMBARAZO ECTÓPICO

CAPÍTULO I:

FUNDAMENTACIÓN MORAL

9. <i>Inviolabilidad de la vida humana</i>	293
a) Valor de la vida humana	295
b) Vida, don de Dios	296



c) Dominio perfecto	298
d) Inviolabilidad de la vida humana	301
e) Dominio del hombre sobre su cuerpo	304
f) Límites del deber de conservar la vida	306
10. <i>Nociones previas de Etica</i>	310
a) Principio de totalidad	311
b) Principio del voluntario indirecto. Acciones de doble efecto	323
c) Mal menor	332
d) Principios morales que regulan la cooperación al mal	335

CAPÍTULO II:

ABORTO

11. <i>Clasificación</i>	342
12. <i>Aborto directo</i>	350
a) Doctrina del Magisterio	351
b) Consideraciones teológico-morales	366
c) Teorías que intentan justificar el aborto directo	367
13. <i>Aborto indirecto</i>	384
a) Doctrina del Magisterio	385
b) Valoración moral	386
c) Cáncer y embarazo	394

CAPÍTULO III:

EMBARAZO ECTÓPICO

14. <i>Doctrina del Magisterio</i>	404
a) Respuestas de la Sagrada Congregación del Santo Oficio	405
b) Interpretaciones de los moralistas	409
c) Conclusión	414
15. <i>Opiniones sostenidas por los moralistas</i>	416
A) Duda en el diagnóstico	417
B) Embarazo ectópico ciertamente diagnosticado	425
1º) A término o viable	426
2º) Todavía no viable	427
a) Accidente	427
b) Asintomático u oligosintomático	430
1) Primeros pasos de la discusión	431
2) Estado actual de las opiniones	436
a. Expectativa armada	437
b. Intervención	439
3º) Conclusión	449

16. <i>Aplicación de los principios morales al tratamiento del embarazo ectópico</i>	452
a) Límites del problema	453
1/ Distinción entre embarazo ectópico vivo y muerto ...	453
2/ Criterio de viabilidad	455
b) Tratamiento del embarazo ectópico	459
1/ Consideraciones previas	460
2/ Tratamiento del embarazo ectópico roto	465
3/ Tratamiento del embarazo ectópico asintomático	471
a') Consideraciones médicas previas	472
b') Aplicación de los principios morales	474
a. Principio de totalidad	474
b. Acciones de doble efecto	478
c) Resumen	493
CONCLUSIONES	504
SIGLAS Y ABREVIATURAS BIBLIOGRAFÍA MORAL	527
DOCUMENTOS DEL MAGISTERIO	523
BIBLIOGRAFÍA MORAL	527
APÉNDICE I	531



BIBLIOGRAFÍA DE LA TESIS

I. FUENTES

DOCUMENTOS DEL MAGISTERIO

- CONC. de ELVIRA c. 63, a. 304 (Mansi 2, 16)
- CONC. de ANCIRA c. 2, a. 314
- CONC. I de TOLEDO *Symbolum Toletanum*, a. 400 (DS 189 y 201)
- S. LEON I MAGNO Ep. *Quam laudabiliter*, c. 5, 21-VII-447 (DS 285)
- S. ATANASIO II Ep. *Bonum atque iucundum*, 23-VIII-498 (DS 361 s)
- CONC. de LERIDA c. 2, a 546 (Mansi 8, 612)
- PELAGIO I Ep. *Humani generis*, 3-II-557 (DS 443)
- CONC. I de BRAGA c. 5, 1-V-561 (DS 455)
- CONC. II de BRAGA a. 572
- GREGORIO III *Libelo penitencial*, c. 17, a. 731 (Mansi 12, 292)
- CONC. I de MAGUNCIA a. 847
- ESTEBAN V *Carta a Humberto Obispo de Maguncia, Consulisti de infantibus* a. 885, en Decr. de Graciano c. 2, q. 5, c. 20
- S. LEON IX Ep. *Congratulamur vebementer*. 13-IV-1053 (DS 902)
- CONC. de VIENNE *Const. Fidei catholicae*, 6-V-1312 (DS 902)
- JUAN XXII *Const. In agro dominico*, 27-III-1329 (DS 977)
- BENEDICTO XII *Libelo Cum Dudum*, VIII-1341 (DS 1007)
- CONC. de CONSTANZA *Decr. Quilibet tyrannus*, 6-VII-1415
- CONC. V de LETRAN *Bula Apostolici regiminis*, 19-XII-1513 (DS 1440)
- SIXTO V *Bula Effraenatam*, 29-X-1588
- GREGORIO XIV *Bula Sedes Apostolica*, a. 1591
- ALEJANDRO VII *Breve Sollicitudo omninum Ecclesiarum*, 8-XII-1661 (DS 2015)
- Decr. Sto. Oficio, 24-IX-1665
- INOCENCIO XI Decr. Sto. Oficio, 2-III-1679 (DS 2135)
- LEON XIII Resp. Sto. Oficio, 13-V-1884
- Decr. *Post obitum*, n. 20, 14-XII-1887 (DS 3220)
- Resp. Sto. Oficio, 14-VIII-1889
- Enc. *Pastoralis officii*, 12-IX-1891

- Resp. Sto. Oficio, 24-VII-1895
- Resp. Sto. Oficio, 4-V-1898
- Resp. Sto. Oficio, 5-III-1902
- PIO XI Enc. *Casti connubii*, 30-XII-1930
- PIO XII Radiomensaje, 1-VI-1941
 - Discurso, 30-XI-1941
 - Discurso, 12-XI-1944
 - Radiomensaje, 24-XII-1948
 - Enc. *Humani generis*, n. 578, 12-VIII-1950 (DS 3886)
 - Discurso, 29-X-1951
 - Discurso, 28-XI-1951
 - Discurso, 14-IX-1952
 - Discurso, 7-IX-1953
 - Discurso, 8-X-1953
 - Discurso, 14-V-1956
 - Discurso, 10-IV-1958
- JUAN XXIII Enc. *Mater et Magistra*, 15-V-1961
 - Enc. *Pacem in terris*, 11-IV-1963
- CONC. VATICANO II Const. *Gaudium et spes*, 7-XII-1965
- PAULO VI Discurso, 23-VI-1964
 - Discurso, 27-III-1965
 - Discurso, 29-X-1966
 - Enc. *Humanae Vitae*, 28-VII-1968
 - Discurso, 9-XII-1972
 - Declaración, 18-XI-1974
 - Declaración, 8-XII-1976
 - Discurso, 1-I-1976
- JUAN PABLO II Discurso, 15-XI-1978
 - Discurso, 27-XII-1978
 - Homilía, 31-XII-1978
 - Discurso, 3-I-1979
 - Discurso, 26-II-1979
 - Homilía, 8-VI-1979
 - Homilía, 1-X-1979
 - Homilía, 7-X-1979
 - Discurso, 3-XI-1979
 - Discurso, 21-I-1980
 - Homilía, 14-IX-1980
 - Exhort. *Apost. Familiaris consortio*, 22-IX-1981
 - Alocución, 23-X-1982
 - Homilía, 2-XI-1982
 - Discurso, 4-XII-1982
 - Discurso, 29-X-1983
 - Coment. a Enc. Humanae Vitae*, Catequesis 4-VIII-1984 y 28-XI-1984
 - Discurso, 18-XI-1984

- Discurso, 25-I-1986
- Discurso, 1-III-1986
- Alocución, 1-V-1987

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE

- Declaración sobre el Aborto procurado*, 18-XI-1974
- Declaración acerca de ciertas cuestiones de Etica Sexual*, 29-XII-1975
- Declaración sobre la Eutanasia*, 5-V-1975
- Instrucción Donum vitae*, 22-II-1987

II. SANTO TOMÁS DE AQUINO

- Summa Theologiae*
- In II Physicorum expositio*
- II Sententiarum*
- Summa contra gentiles*
- De Anima*
- De Potentia*
- In III Ethicorum Expositio*
- In Librum de Causis expositio*
- Quodlibetales XII*
- De Malo*

III. ESTUDIOS Y MONOGRAFÍAS

- I. AERTNYS, C. DAMEN, *Theologia Moralis*, Marietti, Torino 1956)
- A. ALCALA-GALVE, *Medicina y Moral en los discursos de Pío XII*, ed. Taurus, Madrid 1959
- F. ANTONELLI, *Medicina Pastoralis*, 5a ed., Roma 1932)
- N. BLAZQUEZ, *El aborto*, BAC minor, (Madrid 1977)
- A. BOMPIANI, *La protezione della vita*, Cadenabbia 1984.
- H. BON, *Compendio de Medicina Católica*, IAX, Madrid 1942)
- E. BONÈ, *Bioéthique*, Foi et Temps, 1984
- J. BOTELLA-LLUSIA, *Cuestiones médicas relacionadas con el matrimonio*, ed. Científico Médica, Madrid 1966
- T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations*, 2a ed., Milwaukee 1944
- A. CALISTI, *Il feto, paziente chirurgico*, Medicina e Morale XXXIII, 1983, 49
- G. CAPELLMAN y W. BERGMANN, *La Medicine Pastorale*, trad. J. Pons, Paris 1926.
- B. CAPRILE, *Non uccidere*, Roma 1973
- L. CICCONE, *Non uccidere*, Milano 1984.
- G. CLEMENT, *Derechos del niño antes de nacer*, Madrid 1934.
- A. ESCHBACH, *Casus ectopicis conceptibus*, Roma 1894.
—*Disputationes physiologico-theologicae*, Roma 1901.
- S. DI FRANCESCO, *Il diritto alla nascita*, Roma 1952.

- H. DAVIS, *Moral and Pastoral Theology*, London 1949.
- I. B. FERRERES, *Compendium Theologiae Moralis*, Barcelona 1948.
—*Casus Conscientiae*, I, 6a ed., Barcelona 1934.
- R. GARCÍA DE HARO y I. DE CELAYA, *La moral cristiana*, RIALP, Madrid 1975.
- E. GENICOT-J. SALSMAANS, *Institutiones Theologiae Moralis*, I, 17a ed., Desclée, Brugis 1964.
- G. GRISEZ, *El aborto: Mitos, Realidades y Argumentos*, Salamanca 1972.
- A. LANZA, *La cuestión del momento en que el alma racional se infunde en el cuerpo*, Roma 1940.
—*Theologia Moralis*, Roma 1949.
- A. LANZA y P. PALAZZINI, *Principios de Teología Moral*, Rialp, Madrid 1958.
- G. LA PIRA, *Di fronte all'aborto*, Medicina e Morale XXXVI, 1986, 24.
- A. LEHMKHUL, *Theologia Moralis*, 14a ed., Friburgo 1951.
- S. LEONE, *I diritti dell'embrione*, Medicina e Morale XXXV, 1985, 583.
- O. LOTTIN, *Moral fundamental*, Roma 1954.
- J. MARSHALL, *The Ethics of Medical Practice*, London 1960.
- R. MC CORMICK, *Notes on Moral Theology: 1965 through 1980*, Univ. Press of America, Washington 1981.
- C. J. MC FADDEN, *Medical Ethics*, 6a ed., Philadelphia 1968.
—*The Dignity of Life, Our Sunday Visitor Inc.*, Indiana 1976.
- B. H. MERKELBACH, *Summa Theologiae moralis*, I, 3a ed., Paris 1938.
- L. A. MUÑOYERRO, *Moral médica en los sacramentos de la Iglesia*, 4a ed., FAX, Madrid 1955.
—*Código de Dentología Médica*, Madrid 1942.
- E. NAVARRO, *El momento de la unión del alma con el cuerpo*, Pamplona 1957.
- S. NAVARRO, *Pío XII y los médicos*, Madrid 1965.
- A. NIEDERMEYER, *Compendio de Medicina Pastoral* 3a ed., Herder, Barcelona 1961.
- M. NOONAN, *Contraception. A History of its Treatment by the Catholics Theologians and Canonists*, Cambridge 1966.
—*A Private choice. Abortion in America in ten Seventies*, N. York-London, 1979.
- T. J. O'DONNELL, *Ética Médica*, ed. FAX, Madrid 1965.
- A. PAZZINI, *El médico ante la moral*, Litúrgica Española, Barcelona 1955.
- J. PAYEN, *Dentología Médica*, trad. V. Piera, Barcelona 1944.
- A. PEINADOR-NAVARRO, *Tratado de moral profesional*, BAC, Barcelona 1944.
- F. PEIRO, *Deontología Médica*, 5a ed., Madrid 1954.
- G. PERICO, *Defendamos la vida*, trad. J. Zahonero-Vivó, 2a ed., Alcoy 1966.
- A. PISCETTA-GENNARO, *Elementa Theologiae Moralis*, Turin 1945.
- J. PUJULA, *De Medicina Pastoralis*, Marietti, Torino 1953.
—*Controversia sobre el aborto terapéutico*, Murcia 1930.

- A. SABETTI, *Compendium theologiae moralis*, 28a ed., 1922.
- W. SCHÖLLGEN, *Ética concreta*, Barcelona 1964.
- A. SERRA, *Problemi etici della diagnosi prenatale*, Medicina e Morale XXXII, 1982, 52.
- E. SGRECCIA, *Coscienza cristiana e professione medica*, Medicina e Morale XXX, 1980, 265.
- J. L. SORIA, *Cuestiones de medicina pastoral*, Madrid 1973.
- J. SURBLED, *La Moral en sus relaciones con la medicina y la higiene*, trad. 3a ed. Francesa A. de Soroa, 2a ed., Barcelona 1950.
- D. TETTAMANZI, *La sexualità umana*, Medicina e Morale XXXIV, 1984, 129.
—*Bioética*, ed. Piemme, Casale Monferrato, 1987.
- E. TONINI, *Genetica. Il tempo della Grande Sfida*, Avvenire, sett. 1986, 1.
- A. VAN KOHL, *Theologia Moralis*, Herder, Barcelona 1968.
- L. VILLA, *Partiamo della Vita Umana*, Medicina e Morale XXXI, 1981, 392.
- L. WOUTERS, *Manuale Theologiae Moralis*, Brujas 1932.
- M. ZALBA, *Theologia Moralis Compendium*, BAC, Madrid 1958.
- M. ZALBA y J. BOZAL, *El Magisterio eclesiástico y la medicina*, Madrid 1955.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AAS	Acta Apostolicae Sedis
ASS	Acta Sanctae Sedis
BAC	Biblioteca de Autores Cristianos (Madrid, 1945 ss)
Bull	Bullarium, Privilegiorum ac Diplomatum Romanorum Pontificum amplissima collectio, ed. C. COCQUELINES (Roma 1739)
C.I.C.	Codex Iuris Canonici
DS	H. DENZINGER y A. SCHONMETZER, Enchiridium Symbolorum.
DTC	Dictionnaire de Théologie Catholique, Ed. A. VACANT, E. MANGENOT y E. AMANN (Paris 1903-1950).
ETL	Ephemerides Theologicae Lovanienses
GER	Gran Enciclopedia Rialp
Mansi	L. MANSI, Sacrorum Conciliorum Nova et Amplissima Collectio (Florentia 1759-1798) y continuación (Parisiis-Lipsiae 1901-1927).
NRT	Nouvelle Revue Théologique.
OMS	Organización Mundial de la Salud
PG	J. P. MIGNE, Patrologiae cursus completus, Series Graeca (París 1857-1866)
PL	J. P. MIGNE, Patrologiae cursus completus, Series Latina (París 1844-1864).





ESTUDIO MÉDICO-DEONTOLÓGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

EMBARAZO ECTÓPICO

I. DOCTRINA DEL MAGISTERIO

A. *Respuestas del Santo Oficio*

Así como para el aborto directo e indirecto y en general para la casi totalidad de los temas médicos relevantes encontramos, sobre todo después de Pío XII, abundante magisterio, las intervenciones del Magisterio de la Iglesia en esta materia son escasas. El embarazo ectópico ha sido objeto de tres intervenciones de la Sagrada Congregación del Santo Oficio.

1. La primera, el 14 (19) de agosto de 1889, responde a seis cuestiones presentadas por el Arzobispo de Cambrai en 1886. Entre éstas hay dos —la quinta y la sexta—, que hacen referencia a la extirpación del feto ectópico¹.

La respuesta dice:

«No se puede enseñar con seguridad en las escuelas católicas que sea lícita la operación quirúrgica llamada craneotomía, como fué declarado el día 28 de mayo de 1884, y cualquier operación que sea directamente occisiva para el feto o para la madre gestante»².

2. La segunda del 4 de Mayo de 1898, junto con otras dos cuestiones relacionadas con la aceleración del parto y la cesárea, se planteó a la Sagrada Congregación la pregunta de si:

«¿Es lícita la laparotomía, cuando se trata de embarazo extrauterino, o de concepciones ectópicas?»

La respuesta fué:

«Si hay necesidad forzosa, es lícita la laparotomía para extraer del seno de la madre las concepciones ectópicas, con tal de que seria y oportunamente se provea, en cuanto sea posible, a la vida del feto y de la madre»³.

3. Unos años más tarde, el 5 de marzo de 1902, el decano de la Facultad de Teología de la Universidad de Montreal planteó una nueva cuestión que dio lugar a una respuesta del Santo Oficio mucho más precisa. Pregunta si:

«¿Es lícito alguna vez extraer del seno de la madre los fetos ectópicos aún inmaduros, no cumplido aún el sexto mes después de la concepción?».

La Sagrada Congregación respondió:

«Negativamente, según el decreto de 4 de mayo de 1898, en virtud del cual hay que proveer seria y oportunamente, en cuanto sea posible, a la vida del feto y de la madre; en cuanto al tiempo, según el mismo decreto, el consultante debe recordar, que no es lícita ninguna aceleración del parto, si no se realiza en el tiempo y modo que, según las ordinarias contingencias, se atiende a la vida de la madre y del feto»⁴.

Ninguna de estas respuestas promulga una nueva legislación, son aplicación de los principios de Ley Natural y Divina a casos difíciles y controvertidos. Por consiguiente han de interpretarse, dentro del contexto, es decir, teniendo en cuenta todo el Magisterio de la Iglesia relacionado con este tema.

La segunda y tercera respuesta aplican a la gestación ectópica la declaración general del 19 de agosto de 1889,

que condenaba de modo genérico el homicidio directo tanto de la madre como del niño. Está claro que ninguno de estos documentos se refiere al aborto indirecto.

La respuesta del 4 de mayo de 1898 encierra, si se la considera aisladamente, cierta ambigüedad. El punto conflictivo está en que no deja claro cuál es el *momento* en que resulta lícita la laparotomía para la extirpación del feto.

La siguiente respuesta del 5 de marzo de 1902, en la primera parte disipa definitivamente toda duda acerca de este momento y ayuda a interpretar correctamente la pregunta anterior. En la segunda parte, reafirma el motivo por el cual es lícito en algunas circunstancias, practicar la laparotomía en el embarazo ectópico: porque es asimilable a la aceleración del parto; y al igual que ésta, sólo se puede hacer cuando «se realiza en el tiempo y modo que según las ordinarias contingencias, se atiende a la vida de la madre y del feto».

Estas respuestas dejan bien sentado, el derecho a la vida tanto del niño como de la madre. El médico tiene que cumplir el deber de tomar serias y oportunas medidas para salvar con gran probabilidad y en lo posible ambas vidas. Se entiende, a poner los medios ordinarios para ello, pero no significa que tenga obligación de poner acciones en sí mismo ilícitas para conseguirlo⁵.

B. *Interpretaciones de los Moralistas*

La remoción directa —aborto directo— de un feto inmaduro, sea uterino o ectópico nunca está permitida y en esto concuerdan todos los moralistas.

Sin embargo, estas respuestas han resultado insuficientes en la práctica, surgiendo entre los moralistas dos modos diferentes y opuestos de interpretación. Unos sostienen que *prohiben absolutamente toda extirpación* de un embrión ectópico *antes de que sea viable*, otros que prohíben solamente aquellas extirpaciones que son directamente occisivas para el niño.

La primera interpretación, sostenida por algunos autores⁶, se esfuerza por demostrar que son decretos doctrinales en sentido estricto. Admiten que no son «irreformables», pero sostienen que han de tomarse en sentido formal y por consiguiente no caben más discusiones: cualquier intervención que extirpe un embarazo ectópico antes de que sea viable está condenada.

La segunda interpretación, sostiene que no es éste el significado de las decisiones, en especial de las dos últimas. Para estos autores⁷, la expresión «extraer la concepción ectópica» puede entenderse como una aplicación sólo para aquellas operaciones que directamente matan al niño. Si se entienden de este modo los dos últimos textos del Magisterio resultarían más congruentes con el primero y con la opinión universalmente aceptada de los teólogos católicos.

Admiten el carácter de «guía» y sostienen que estrictamente hablando se deberían llamar *declaraciones* más que *decretos*. Coinciden, sin embargo, en que su aplicación es universal, si no por razón de su forma, al menos por la universalidad de lo que tratan. Aunque se someten a cualquier disposición ulterior de la Santa Sede que pueda revocar esta interpretación, mantienen que no hay nada en las declaraciones hechas hasta el momento por el Santo Oficio que resulte incongruente con esta interpretación.

Como dato interesante podemos citar que algunos autores⁸, sostuvieron que la respuesta del 5 de marzo de 1902 habría sido comunicada a la Sagrada Congregación de «Propaganda Fide» y por ella al Arzobispo de Montreal sin hacer alusión a la aprobación del Romano Pontífice. Esta circunstancia no pareció del todo extraña a la interpretación benigna de estos moralistas que sostienen la licitud de la extirpación del embrión ectópico, independientemente del momento del desarrollo, ante cualquier riesgo o peligro grave para la madre, y no dudaron en afirmar que al no tener la aprobación Pontificia esta respuesta debe restringirse a algunos casos concretos en que sí se trataría de un aborto directo.

En realidad este decreto está provisto de la correspondiente aprobación del Sumo Pontífice, en efecto se lee:

«Fer. VI, die 7 Martii d.i. SSmus., per fac. Emo. Sec. factas, resolutionem EE. PP. aprobavit»

C. Conclusiones

Podemos apuntar antes de concluir la exposición de la doctrina del Magisterio que estas respuestas no se refieren al aborto indirecto; se aplican sólo a aquellas operaciones del embarazo ectópico que son directamente occisivas para el feto.

Además, aunque la primera respuesta con las palabras «que sería y oportunamente se provea a la salud del feto y de la madre» se refiere a que tal extracción no es lícita cuando el feto todavía no es capaz de subsistir fuera de la madre, es decir no es viable, sin embargo, a continuación habla de *necesidad forzosa*. Esto plantea el problema en la práctica de saber cuando se da tal necesidad. Una primera interpretación posible es la de equiparar *necesidad forzosa* con *accidente*, y entonces no hay mayor dificultad, independientemente del tiempo de gestación y de la posibilidad de supervivencia fetal, para admitir la extirpación.

Pero cuando se entiende esta «*necesidad forzosa*» como sinónimo de *peligro grave*, tiene importancia capital la distinción entre *peligro grave actual*, es decir presente y *peligro grave posible*. Peligro grave actual, o sea ya presente, es el caso de un accidente y no plantea problema. Cuando se asimila necesidad forzosa con peligro grave posible, sí surgen dificultades, que son el objeto de este estudio.

II. OPINIONES SOSTENIDAS POR LOS MORALISTAS

Antes de dar nuestra opinión haremos un excursus histórico para analizar el enfoque dado por los moralistas católicos al tema.

Resulta complejo hacer un resumen de las distintas respuestas que encontramos en la bibliografía, porque no siempre utilizan una terminología precisa y mucho menos técnica.

Podemos sistematizar las opiniones en las respuestas dadas a dos cuestiones: A) en primer término expondremos las opiniones en caso de duda de diagnóstico y B) a continuación las de estos autores con respecto al tratamiento del embarazo ectópico ciertamente diagnosticado.

A. *Duda en el diagnóstico*

El primer problema que se planteaban los autores de ética médica al hablar del embarazo ectópico era la duda en el diagnóstico. Llegar a un diagnóstico precoz correcto resultaba con frecuencia, extremadamente difícil.

La mayoría de los moralistas se planteaban este problema, refiriéndolo por lo general, a un caso concreto: cuando existía *duda* si se trataba de un embarazo ectópico o de un tumor.

Desde el punto de vista médico, esta situación, actualmente, carece de importancia, ya que es posible determinar con bastante seguridad si se trata de un embarazo o de un proceso neoplástico. El problema puede plantearse a la hora de hacer el diagnóstico diferencial con otros cuadros ginecológicos o no.

Ante la *duda* —se entiende *moralmente invencible*—, si se trata de un feto ectópico o de un tumor que a su vez puede contener o no un feto ectópico, encontramos dos corrientes de opinión: unos que consideran lícita la intervención o sea la extirpación del «tumor», y otros que no.

1. Entre los que *consideran lícita la intervención en caso de duda* podemos citar a: Genicot⁹, Antonelli¹⁰, Besson¹¹, Prümmer¹², Noldin¹³, Ferreres¹⁴, Arregui¹⁵, Lehmkuhl¹⁶, etc.

Algunos de estos autores, que admiten la intervención en caso de duda, consideran *ilícito* hacerlo, si la presencia del feto es cierta. (p.e. Ferreres, Noldin).

No todos se fundan en los mismos motivos. Coinciden en que el peligro que significa el tumor para la vida de la

madre autoriza a extirparlo. De la extracción del tumor deriva la salud de la madre, con lo cual la muerte del feto sería sólo indirecta.

Entre los argumentos más importantes que citan está, que el *derecho cierto* de la madre debe prevalecer sobre el *derecho solo probable* del feto. Genicot, Peinador¹⁷, Ferreres, Antonelli, Muñoyerro¹⁸, Besson y otros, se basan en este principio extendiéndolo también al caso de duda sobre si el feto ha muerto o aún vive. Y esto, ya sea, como dice Genicot, porque la madre está en posesión y se le permite protegerse contra lo que puede ser funesto y no se ha probado que sea hombre; ya sea, como dice Ferreres¹⁹, porque en la duda, a falta de argumentos positivos, se ha de preferir el derecho cierto de la madre al derecho sólo dudoso del feto.

Según Besson²⁰ cuando un derecho cierto está en pugna con otro sólo probable, no habría obligación de sacrificar el primero; principalmente cuando graves intereses están vinculados a su ejercicio. Y cuanto menor sea la probabilidad el derecho contrario, mayor es la seguridad de que prevalece el derecho cierto.

Muñoyerro también se inclina en caso de duda por la intervención tanto por razón del peligro que sobreviene para la madre, como por la aplicación del probabilismo: «si se duda de la existencia del feto —dice—, faltaría sujeto cierto de derecho, y, por tanto, el derecho sería incierto e hipotético». La probabilidad de ese derecho obligaría a poner todos los medios posibles para salir de la duda; pero una vez puestos, si la duda permanece, un derecho probable no puede prevalecer sobre un derecho cierto, como es el de la madre y por tanto «in dubio, melior est conditio possidentis».

Además, según este autor, en estas circunstancias se establecería una presunción a favor de la existencia del tumor, por ser éste más frecuente que el embarazo ectópico.

2. Salsmans²¹, Vermeersch²², Wouters²³, Aertnys-Damen²⁴, etc., están en contra de esta opinión impugnando la legitimidad, no del principio, sino de su aplicación al presente caso.

Salsmans no admite que pueda aplicarse el probabilismo, porque no se trataría de la ocurrencia de un derecho probable del feto —derecho que, ciertamente, debería ceder ante el derecho cierto de la madre—, sino del derecho cierto de un feto probable, es decir, que si existe el feto, su derecho es tan cierto como el de la madre lo cual es muy distinto. En moral, de la duda de hecho se pueden sacar las mismas conclusiones prácticas que de la certeza. No está permitido a la probablemente grávida, lo que no está permitido a la madre seguramente grávida. A un feto probable han de aplicarse prácticamente las normas de un feto cierto²⁵.

Wouters, apunta que no ocurre lo mismo si el médico obra bajo la impresión de una duda negativa, es decir, si no tuviera ninguna razón sólida para pensar en un embarazo ectópico o que el feto esté vivo.

Otros autores sostienen que se trataría de una muerte indirecta y por tanto lícita, aunque no admiten como título para la intervención, la aplicación del probabilismo. Entre estos encontramos a: Noldin²⁶, Payen²⁷, etc.

Noldin sostiene que en caso de duda primero debe esperarse a que existan signos más seguros o a que el feto sea viable; pero si hubiese peligro grave en esta espera, admite la extirpación. La razón que da es que en este caso no se trataría de una acción directamente mortífera para el feto, sino de la extirpación del tumor que pone en peligro de muerte a la madre, aunque de esta acción también resulte, si está presente, la muerte del feto. Equipara este caso al del útero grávido canceroso que puede ser extirpado para que no perezca la madre, aunque se siga también la muerte del feto incluído en el útero.

Hay que hacer notar que en muchos casos, estos autores son poco explícitos a la hora de expresar su juicio. Esta vaguedad en sus expresiones, parece deberse a falta de nociones médicas; hablan de extirpar el «tumor» de tal modo que no siempre queda claro si con esta expresión se significa la trompa «enferma» por el embarazo o una masa tumoral, que crece independientemente del mismo embarazo, etc.

B. Embarazo ectópico ciertamente diagnosticado

La segunda cuestión que se plantea es el embarazo ectópico ciertamente diagnosticado. Partiendo de los principios expuestos por el Magisterio de la Iglesia, y de la absoluta inviolabilidad de la vida humana —nunca es lícito matar directamente al embrión o feto ectópico—, veremos las distintas opiniones de los moralistas en lo que se refiere a la conducta a seguir en el tratamiento.

Si el huevo está muerto, todos los autores coinciden en que no se trata de un aborto, ni de un feticidio y por consiguiente tampoco existe dificultad de orden moral que impida la operación. El criterio médico es el que decidirá acerca de la oportunidad o no de tal intervención y el momento adecuado. Obviamente, todos mencionan la necesidad de que exista certeza de que el feto ha muerto.

Nos limitaremos pues al caso del huevo vivo.

1. A término o viable

Si se trata de un *feto ectópico a término*, concuerdan también en que hay *clara obligación de intervenir*. Este modo de proceder, único tratamiento posible para evitar la muerte del feto y prever accidentes más o menos graves que suelen presentarse para la madre, es perfectamente lícito. Si no se interviene el feto muere y comienza un proceso de involución que puede llegar hasta la calcificación unas veces o sufrir complicaciones infecciosas, etc.

Asimismo, cuando se diagnostica el feto ectópico siendo *viable*, ante el peligro cierto para la madre y el feto, y supuesta la supervivencia del feto, ninguno de los autores niega la licitud moral de la anticipación de la intervención, toda vez que no hay otro medio para procurar la salud de la madre y del niño. Esto por otro lado está claro en las resoluciones del Santo Oficio que hemos recogido, y por tanto fuera de discusión.

2. *Todavía no viable*

Si se trata de un *buevo* o *embrión ectópico vivo*, *todavía no viable*, se pueden plantear dos situaciones bien diferentes:

— El *accidente* o *ictus abdominal* (rotura, aborto tubárico, hemorragia intraperitoneal, shock, etc.).

— el embarazo ectópico en *evolución asintomática u oligosintomática*.

Vamos a analizar más detenidamente cada una de estas situaciones.

a. *Accidente o ictus abdominal*

Casi todos los moralistas coinciden en afirmar que es lícita la operación cuando se ha producido la crisis. Puede tratarse de:

1) *Rotura con hemorragia intraperitoneal*

En este estado de crisis aguda, no existe desde el punto de vista moral, y esto es consenso unánime de autores, ninguna objeción: «el médico no sólo está autorizado para intervenir, sino que debe hacerlo»²⁸ sin pérdida de tiempo.

Para unos²⁹ estaría justificado suponer con certeza, que el huevo ha dejado de vivir y se ha perdido al producirse una hemorragia copiosa; por consiguiente el médico no tendría que preocuparse ya por la vida del embrión.

Para otros como Scremin³⁰, O'Donnell³¹, se trataría de un caso claro de aplicación del principio de las acciones de doble efecto; sostienen que si la rotura ha tenido lugar y la hemorragia aunque pequeña, está en marcha, siempre que no se ataque directamente al feto, es lícito intervenir para contener la hemorragia, aunque el feto esté aún vivo y conserve su unión con la placenta. Si sobreviene la muerte del feto por esta intervención, cuyo fin terapéutico es poner fin a la hemorragia, es una consecuencia indirecta, que no ha si-

do intentada ni como fin ni como medio. No obstante, mientras la rotura no se produzca y la vida de la madre no esté en peligro inminente no se puede intervenir.

Pujiula³² combina varios argumentos: en primer lugar, la extirpación del producto de la concepción no sería intentada, a lo sumo permitida; por otra parte, el embrión ya estaría muerto o habría duda de que viviese. En este caso —dice—, como el derecho a la vida de la madre es cierto y el del hijo dudoso, ha de preferirse con seguridad el derecho cierto de la madre al derecho dudoso del hijo.

2) *El aborto tubárico*, con hemorragia, etc., según la mayoría de los autores, es equiparable al anterior. La única diferencia estaría en que a veces es posible dilatar algo más la intervención, especialmente cuando el diagnóstico no es absolutamente cierto y seguro³³.

b. *Asintomático u oligosintomático*

Cuando se trata de un *embarazo ectópico ciertamente diagnosticado, con huevo o embrión vivo todavía no viable, en el estadio asintomático u oligosintomático*, es decir, antes de que se haya producido ningún accidente —teniendo presente el grave y persistente peligro que este embarazo significa, no sólo para la vida de la madre, sino también para el hijo— surgen discrepancias entre los autores con respecto a la conducta a seguir en el tratamiento. Unos son partidarios de la «expectativa armada» y no admiten de ningún modo la intervención. Y otros, aunque rechazan toda acción directamente occisiva sobre el feto, sin embargo sostienen que se trataría de una acción indirectamente occisiva.

En un primer momento los moralistas van exponiendo sus opiniones de acuerdo con su conocimiento de lo que supone, *para la madre*, el embarazo ectópico.

Simplificando el planteamiento, se puede decir que, si enfocan el tema desde la perspectiva del peligro de muerte que el embarazo ectópico implica para la madre, considerándolo como *un tumor*, propondrán lógicamente la posibilidad

de aplicar el principio de las acciones de doble efecto, ya que el de totalidad estaría claro, y lo extirparán.

Otros, sin embargo, parten de que no se trata de un tumor —no solo desde el punto de vista médico, sino también del moral—, y por tanto recomiendan la no intervención.

Expondremos primero los antecedentes de esta cuestión y luego haremos un *resumen* de la situación actual.

1) *Antecedentes o primeros pasos de la discusión*

Esta cuestión ocupó la atención de los moralistas a partir de 1893. Antes de estas fechas los testimonios escritos son escasos. En esa ocasión se discutió el tema en el *Ecclesial Review*³⁴, con la participación de médicos y moralistas (Lehmkuhl, Sabetti, Aertnyns, Eschbach). Siguiendo a Bouscaren reproducimos las opiniones más importantes expuestas entonces³⁵.

A) La opinión de *Lehmkuhl* se puede resumir sustancialmente así: aunque es difícil determinar cuándo y en qué momento del estado de la madre se debe intervenir, es admisible proceder a la operación. Debe mantenerse sin ninguna duda la licitud de la operación, previniendo una rotura fatal o mortal realmente inminente del órgano de la madre.

Sostiene que, determinar si este peligro mortal es ciertamente inminente, si es o no fatal para la madre, de modo que no sea posible esperar el desarrollo del embrión hasta la viabilidad, es una cuestión difícil que corresponde a los médicos.

Desde el momento en que se niega que el feto pueda, sin resultados fatales, desarrollarse hasta la viabilidad, y se afirma que el peligro mortal es ciertamente inminente, no habría en su opinión dificultad teológica para intervenir.

Sostenía que no eran lícitas aquellas operaciones que por su misma naturaleza tienden primero a destruir la vida del embrión. Sí admitía, en cambio, las que tienen por naturaleza a remover el tumor fetal o el feto, y a obtener para

él la posibilidad del bautismo, aunque estas operaciones también resulten en aceleración de su muerte. La muerte en estos casos sería permitida, no intentada directamente.

Más adelante, Lehmkuhl fue de la opinión que la extirpación del feto ectópico, en cuanto era una operación no ciertamente demostrada de ser directamente letal, era lícita, siempre que el peligro de una rotura peligrosa en los órganos maternos fuese inminente y no hubiese otro modo de evitarla. En estas condiciones la muerte del feto se podía permitir de acuerdo con el principio de las acciones de doble efecto.

Aunque su solución se basaba principalmente en este principio, apelaba también a una ficción de consentimiento por parte del feto, y en esto, volvía al punto de partida de los argumentos que había empleado antiguamente en defensa del aborto. De todos modos en este punto concreto siguiendo al Magisterio de la Iglesia, modificó su opinión como se preocupa de dejar constancia en la ed. 12a. de su obra³⁶.

Por otra parte, negaba la validez de la solución propuesta por Sabetti, quien sostenía que el feto podía ser considerado materialmente como un injusto agresor.

La opinión de Lehmkuhl no puede ser sostenida; entre otras cosas porque incluye un método de operación que ha sido declarado por el Santo Oficio como un asesinato directo³⁷. Por otra parte, debemos recordar que en este mismo período Lehmkuhl defendió algún tipo de aborto terapéutico como probablemente lícito, con razones similares a las aducidas aquí, y que él mismo retractó posteriormente.

B) *Sabetti* mantuvo, en contra de Lehmkuhl, que todas las operaciones para extirpar el feto inviable eran directamente homicidas; aunque admitía que podían ser empleadas lícitamente siempre y cuándo fuese cierto que el embarazo ectópico constituía ya, o rápidamente se convertiría en un peligro mortal para la madre.

La razón para mantener tal opinión era que en este caso el feto podía ser considerado al menos materialmente como un injusto agresor y de ese modo se podía intervenir directamente sobre él.

Según su punto de vista el principio de las acciones de doble efecto no se podría aplicar, porque los efectos no son igualmente inmediatos, la muerte del embrión sería el medio directamente elegido para salvar la vida de la madre.

Esta opinión ha sido hoy día totalmente abandonada.

C) *Aertnys* sostuvo contra *Lehmkuhl*, que la operación en estos casos era un homicidio directo y por consiguiente no podía admitirse. Contra *Sabetti* indicó que el feto ectópico no podía bajo ningún aspecto ser considerado un injusto agresor. No obstante, en algunos casos, cuando existe *duda* de la presencia de un feto vivo, admitía la extirpación, por el principio de que el derecho de la madre debía prevalecer sobre el derecho del feto, desde el momento que la existencia de este último era incierta.

Más tarde también modificó su opinión pero de una manera confusa y en todo caso no fue una retractación del juicio general, que la operación debe ser considerada como ilícita.

Esta opinión de *Aertnys* sosteniendo que en caso de duda, como p.e., de la existencia del feto, el derecho cierto de la madre debe prevalecer ante el derecho sólo probable del feto, además del peligro positivamente probable de un homicidio directo, parece incongruente con el recto uso del probabilismo.

D) *Eschbach*, sostenía que la extirpación, teniendo en cuenta el modo de hacerla, era siempre ilícita; se trataría en realidad de un asesinato directo del feto, el cual no puede ser justificado ni por el consentimiento presumible del feto, ni pretendiendo considerar al feto como un injusto agresor.

Aunque esta opinión es correcta, hay que decir que *Eschbach* sostuvo en otros sitios que, en algunas circunstancias, podía ser justificada «por algún principio» la muerte del embrión.

2) *Estado actual de las opiniones*

Hay algunos moralistas de la mal llamada «nueva moral», que en sus opiniones y juicios apenas manifiestan inte-

rés por el problema moral del embarazo ectópico, porque han cedido en el tema más amplio del aborto terapéutico. No nos interesa examinar sus juicios sobre el embarazo ectópico, puesto que no aportan nada nuevo.

Vamos a examinar sin embargo, las opiniones de los que rechazando el aborto terapéutico, tratan al menos con rectitud de intención, de solucionar el problema moral objeto de nuestro estudio.

Existen dos corrientes principales: unos, que sólo admiten como tratamiento la llamada «expectativa armada»; y otros, que creen estaría justificada en determinados casos la intervención.

A) *Expectativa armada*. Partiendo del principio de que nunca está permitido el homicidio directo: «nunquam licet directe occidere hominem», sostienen que la única postura que cabe es la *expectativa armada*, puesto que cualquier intervención antes de que el feto sea viable equivale a un homicidio directo. Entre estos autores podemos citar a Niedermeyer³⁸, Zalba³⁹, Noldin⁴⁰.

Este tratamiento que desde el punto de vista médico es seguido por algunos autores —aunque, preciso es decirlo, son pocos⁴¹— desde el punto de vista moral ningún moralista ha puesto reparos a esta actitud. Consiste fundamentalmente en dejar que el embrión se desarrolle hasta que sea viable. Con la condición de procurar asistir con todos los medios posibles a la paciente, de tal modo que se pueda intervenir con la rapidez requerida en caso de sobrevenir el accidente.

Para este grupo de autores⁴² toda intervención sobre un embarazo ectópico no viable, fuera del caso concreto de accidente, es siempre ilícita, por ser una operación *directamente* occisiva del feto. Se apoyan en las decisiones del Santo Oficio⁴³. Sólo admiten la intervención cuándo ha sobrevenido el accidente o existe la duda de si el feto es viable o no y se presenta el peligro de muerte para la madre.

B) *Intervención*. Esta segunda postura, mucho más extendida entre los médicos, formulada por Werth en 1904, propone que en cualquier fase de un embarazo ectópico,

ciertamente diagnosticado, el embrión debe ser tratado como un tumor maligno, es decir, debe ser extirpado cuanto antes a fin de adelantarse a su posible rotura, con todas las graves y seguras complicaciones que hemos estudiado en la primera parte.

Así enunciado este principio contradice claramente las enseñanzas del Magisterio, ya sea por una interpretación restrictiva de éste o porque piensan que hay casos que no estarían comprendidos en esa decisión magisterial.

En este grupo están aquellos que, interpretando restrictivamente las respuestas del Santo Oficio, dicen que si bien la extirpación directa del embarazo extrauterino es un crimen, en algunos casos extremadamente graves, tal intervención equivaldría a un aborto indirecto y por tanto sería lícita.

Dentro de este grupo se dan diversos criterios más o menos amplios; algunos consideran siempre lícita la intervención o al menos en la gran mayoría de los casos⁴⁴ y otros en cambio, la restringen a determinados casos concretos⁴⁵.

Dentro de este grupo podemos incluir también aquellos autores que, aunque son partidarios de la conducta expectante, consideran que en algunos *casos concretos* se debe intervenir.

Así Scremin⁴⁶ y Peinador⁴⁷ sostienen que sería lícito intervenir en caso de tratarse de un embarazo *ovárico* o de un embarazo del *cuerno de útero rudimentario*. La muerte del feto sería consecuencia indirecta y no querida ni como fin ni como medio.

O'Donnell⁴⁸ después de estudiar las características anatómicas de la trompa uterina, dice que en el momento en que se diagnostica un embarazo tubárico, aun cuando el diagnóstico sea incidental, la trompa estará de tal forma lesionada que constituye una seria amenaza para la vida de la madre. En estos casos la trompa podría quitarse por ser tejido patológico traumatizado⁴⁹. Y por tanto se podría aplicar —dice— el principio de las acciones de doble efecto. No obstante aclara⁵⁰ que no puede emitirse un dictamen general de modo

que siempre que se descubra un embarazo tubárico pueda escindirse inmediatamente la trompa. La patología de la trompa y el grado de peligro inherente al tratamiento expectante en cada caso individual —dice— es asunto del tocólogo. Si el embarazo tubárico estuviere muy avanzado, próximo a la viabilidad, el elemento proporcional en el principio del doble efecto merece una consideración muy especial. Y, a no ser que el peligro para la madre sobrepase notablemente las posibilidades de supervivencia del feto, el tratamiento correspondiente ha de ser el que el procedimiento moral indique.

Otro tanto propone para el embarazo cervical. En este caso se trataría de una intervención quirúrgica, dice, sobre el tejido cervical, peligrosamente patológico. El origen del peligro estaría en el hecho de que el tejido trofoblástico invade vasos sanguíneos, llegando a un estado de invasión tal que resulta peligrosamente patológico y por tanto estaría indicada su extirpación.

Podemos sistematizar los *principales argumentos de los partidarios de la intervención* del siguiente modo:

— *Tumor maligno*

Equiparan el embarazo ectópico a un tumor maligno, y por consiguiente estaríamos ante un caso de aborto indirecto. En efecto, las vellosidades coriales, tendrían carácter invasor y destructor, que estos autores equiparan con el efecto de un tumor maligno.

Así, para Besson⁵¹ la madre tiene derecho a «desembarazarse» de este «quiste» producido de una manera anormal, en un órgano destinado para otra finalidad, lo mismo que tiene derecho a deshacerse de todo otro tumor maligno.

Según Pujiula⁵² se puede asimilar a una tumoración patológica, que puede provocar la muerte sea por hemorragia o por peritonitis. Se trata de un riesgo grave para la madre. Siendo así, dice:

«nada se opone a que extirpemos el tumor cuya ablación parece indiscutible y necesaria».

Si el tumor lleva en su interior un embrión humano que muere al ser extirpado, esto no ocurre como consecuencia de una acción directamente occisiva, sino simplemente por verse privado de aporte de sangre y de oxígeno. La muerte del feto no se produce como fin primario, sino secundario a una acción terapéutica. Por consiguiente, para estos autores sería lícito extirpar la tumoración tubárica que contiene una gestación ectópica en cualquier momento de su evolución, para evitar el peligro de muerte por hemorragia interna.

— *Aplicación indebida del principio del voluntario indirecto o del de las acciones de doble efecto.*

Algunos autores⁵³ sostienen que el objeto propio de la operación no es la extracción del feto, sino del tumor donde está contenido el feto. Es de la tumoración —dicen— y no del pequeño ser que en ella se contiene, de donde viene el peligro inmediato para la madre. Este peligro residiría en *las envolturas del embrión*, puesto que cuando se rompen, provocan gravísimas hemorragias para la madre y para el embrión. Y como el peligro viene de ahí, es decir, operar aquella tumoración anormal y perjudicial aunque paralelamente se siga un efecto malo tolerado no querido⁵⁴. Algunos afirman incluso que la membrana exterior del saco fetal pertenece a la madre y el médico al intervenir lo haría directamente sobre la madre, no sobre el niño.

Según Peiró la operación es sólo indirectamente occisiva, pues, se tiende a salvar a la madre mediante la extracción de la *bolsa fetal*, que constituiría para ella un grave peligro; esta *bolsa fetal* sería la que directa e indirectamente se pretende extraer, no el feto que, «desgraciadamente» contiene. La madre colocada en peligro de perecer a causa de la bolsa, tendría derecho a hacérsela extirpar, como si se tratara de un tumor maligno cualquiera. De esta decisión —prosigue— se siguen dos efectos: *uno bueno*, que es su salvación a causa de la extirpación de la bolsa, y *otro malo*, la muerte del feto. Pero ambos se producirían inmediatamente por medio de la extirpación de la bolsa fetal. La salvación de la madre no

procedería de que el feto perezca, que «es —según dice— lo censurable de la operación, pues si el feto, por una rara ventura, no pereciera, la vida de la madre se salvaría del mismo modo».

Ambos efectos proceden de la misma causa que es la extirpación del saco fetal. Son paralelos, no proceden el uno del otro, porque lo que el operador persigue e intenta con la operación, es el efecto bueno —la salvación de la madre— y tolera —y vivamente lamenta— la muerte del feto que no está en su mano evitar.

— *Consideración de las probabilidades de supervivencia del feto.*

Las respuestas del Santo Oficio⁵⁵ exigen, para que la intervención sobre el embarazo ectópico sea lícita, que además de las contingencias ordinarias, se provea seria y oportunamente a la vida de la madre y del niño. Es decir, que con la intervención se provea a que el feto pueda sobrevivir fuera del seno materno.

Algunos autores, a pesar de los términos absolutos de estas decisiones, se conforman con que haya una ligera o escasa probabilidad de vida.

Ferrerres⁵⁶ habla de una probabilidad *sólida* de que el niño sobreviva. Pero apunta que cuanto más grave y extremo sea el peligro para la madre, menor será la probabilidad de vida requerida.

Salsmans⁵⁷ se contenta con *alguna esperanza* y algo semejante ocurre con Antonelli⁵⁸. Si hay una «fuerte razón —dicen— bastaría una ligera probabilidad», sobre todo teniendo en cuenta que la operación tiene como fin no sólo la salud de la madre sino también la del feto, como es el caso del ectópico donde el fruto si no es extraído muere. Sería un caso análogo al de una enferma desesperada en la que se intenta una operación extrema. Aquí, además de la vida material del niño, la operación aseguraría su Bautismo y su vida sobrenatural.

— *Peligro grave de la madre*

No todos los autores son igualmente rigurosos en la apreciación del peligro grave como título para la intervención. Unos exigen un peligro inminente, o por lo menos moralmente inmediato, aunque por supuesto condicionan que sea antes de la rotura.

Prümmer⁵⁹ y Payen⁶⁰ sostienen que si un accidente grave es casi cierto y puede sobrevenir en cualquier momento, se está en el derecho de considerarlo como próximo.

Muñoyerro⁶¹ dice que un temor de futuro no próximo no autoriza para una práctica preventiva, que elimine las esperanzas de obtener un feto viable. El peligro ha de estar *ya presente*, esto es, anunciado por síntomas de rotura. Pero luego, al referirse a las dificultades de la expectación armada en medio rural o carente de medios, afirma que entonces se puede extirpar en cualquier momento.

C. *Conclusión*

A modo de conclusión podemos apuntar que todas estas son opiniones de autores que aceptan y respetan las intervenciones magisteriales.

Todos ellos coinciden en los principios morales fundamentales y para ellos, siempre y en toda hipótesis es absolutamente ilícita la occisión directa del feto.

La dificultad de la cuestión radica, en nuestra opinión, en el modo diferente de interpretar *el hecho en sí*, es decir, lo que es en sí el embarazo ectópico. Para unos es un tumor, o el equivalente a un tumor; para otros es una *enfermedad de la madre*, o sea un proceso patológico que produce una lesión en las trompas o donde se encuentre implantado el embrión, que termina la mayoría de las veces en un accidente hemorrágico, y sobre el cual se puede intervenir.

Por consiguiente, según la interpretación objetiva que den al hecho, proponen distintas soluciones morales.

En algunos argumentos, sobre todo en las primeras disputas, se exponen doctrinas o principios erróneos que inten-

tan justificar el aborto directo, y que en muchos casos fueron rectificadas después por los mismos autores, pero en general se puede decir que no hay relativismo, sino imperfección, limitación en el conocimiento del *hecho*.

Se ve que aún partiendo de principios correctos, su aplicación a esta situación concreta resulta extremadamente difícil. Por tanto, lo primero será entonces esclarecer el hecho estudiado. Ver si las trompas o el órgano invadido por las vellosidades coriales, se puede considerar gravemente enfermo, con peligro para la vida de la madre o no. Y si este peligro es actual y si permite o no esperar a que el embrión sea viable.

Estos conceptos son los que diversifican, a nuestro modo de ver, las distintas opiniones de los moralistas católicos.

III. APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS MORALES AL TRATAMIENTO DEL EMBARAZO ECTÓPICO

Una vez expuesta la doctrina del Magisterio y las opiniones de los Moralistas, abordaremos el problema exponiendo nuestra solución.

A. *Límites del problema*

Antes de entrar a considerar la moralidad de los distintos procedimientos terapéuticos conviene delimitar el campo.

1. *Distinción entre embarazo ectópico vivo y muerto*

Aunque elemental, es interesante la distinción según que el producto de la concepción esté vivo o muerto:

a. *Huevo muerto*

Se trata de un embarazo ectópico con huevo o embrión muerto, ciertamente diagnosticado. Si existe certeza de

que el embrión ha dejado de existir, cualquier intervención sobre la madre, el huevo o ambos, no entra dentro de lo que se entiende por aborto o feticidio, pues éstos suponen siempre que el producto de la concepción esté vivo.

La licitud o ilicitud de estas intervenciones, se deduce de la aplicación de los mismos principios morales que rigen cualquier otra intervención médica. El criterio médico será el que decida el momento y oportunidad de uno u otro tratamiento. En este punto, como hemos visto, no existen discrepancias entre los moralistas.

b. *Huevo vivo*

Por lo indicado en 1), nos interesa abordar exclusivamente el estudio del embarazo ectópico con embrión vivo.

Es frecuente al considerar la moralidad de las intervenciones sobre las implantaciones ectópicas, enfocar el problema partiendo de la siguiente distinción: — feto a término o capaz de sobrevivir fuera del seno materno y; — embrión incapaz de sobrevivir fuera de él. Aparece aquí el llamado «criterio de viabilidad».

2. *Criterio de «viabilidad»*

Conviene aclarar que este término puede tener una doble acepción:

a. Se puede entender como la capacidad del feto para proseguir el desarrollo con independencia del claustro materno, es decir, de sobrevivir fuera de él. Está en relación con la edad, peso, medios disponibles (incubadoras), etc.

Forzoso es reconocer que este criterio o límite de «viabilidad - no viabilidad» está sujeto a gran variación. Hace unos siglos, los niños prematuros nacidos a partir del séptimo mes de embarazo, estaban en su gran mayoría condenados a morir por falta de medios adecuados. Hoy es posible incluso a partir de la 20a. semana y es previsible que con el tiempo la existencia de placentas artificiales u otros medios

permitan reducir aún más este límite. El problema moral no obstante, es el mismo, lo que cambia son los medios de protección.

Esta primera acepción, sin ser esencial para nuestro estudio, sirve, de alguna manera, para delimitar el problema.

Cuando se trata de un feto viable o a término, las dificultades que se presentan, por el peligro grave que puede significar para la madre, desde el punto de vista moral, son semejantes a las que surgen de un parto complicado (p. e. distocias), que obligan a intervenir (cesárea) o a la aceleración del mismo; pero en modo alguno se trata de un aborto.

La licitud —incluso obligación— de tales intervenciones para evitar la muerte del embrión y prever los accidentes más o menos graves que suelen presentarse es patente y está claramente expresada en los documentos del Magisterio sobre el aborto directo o indirecto. Por otra parte, las opiniones de los moralistas en este punto son, como acabamos de ver, unánimes⁶².

b. Otro concepto que se expresa con «viabilidad» es: *capacidad de llegar a término*, es decir, de desarrollarse hasta la madurez en el claustro materno. Hay embarazos ectópicos que resultan absolutamente «inviabiles», en el sentido que es imposible o casi imposible que lleguen a término o logren sobrevivir, como p. e. algunas localizaciones —intersticial, intramural, ístmico, etc.— que se sabe nunca llegarán a la madurez. O también cuando por el diagnóstico prenatal se puede conocer la existencia de malformaciones fetales incompatibles con la vida. En todos estos casos «inviableness» o «no viable» significa imposibilidad de alcanzar el completo desarrollo.

El hecho de que el feto esté «condenado a morir» o se trate de una «muerte segura», como se estudia al tratar las falsas teorías acerca del aborto directo, es una circunstancia extrínseca a la acción que se intenta realizar y que no afecta directamente a la moralidad del acto.

Por tanto, importa tener bien claro que «viabilidad» o «inviabilidad» en este sentido no aporta ningún dato de rele-

vancia para la valoración de la moralidad de una acción sobre el feto.

Algo semejante ocurrió, *mutatis mutandis*, en otro tiempo, con las operaciones fetotómicas (embriotomías). Algunos autores ante la «inviabilidad» del feto (imposibilidad de nacer por parto normal) optaban por la fetotomía como medio para salvar la vida de la madre. El Magisterio de la Iglesia sostuvo siempre, en contra del parecer de muchos científicos de la época, la ilicitud de tales intervenciones⁶³. Con el tiempo los adelantos de la ciencia han demostrado que este modo de proceder era absolutamente opuesto a los mismos principios de la ciencia médica.

Esta segunda acepción, por tanto, carece de interés para nosotros, y de ahora en adelante, al referirnos a la viabilidad, lo haremos siempre en el primer sentido que hemos apuntado.

B. *Tratamiento del embarazo ectópico*

Nos detendremos exclusivamente en el estudio del *embarazo ectópico con feto vivo todavía no viable*, es decir, incapaz de sobrevivir fuera del claustro materno.

De ser viable los problemas que se plantean, como acabamos de ver, son equiparables a los que se presentan en la aceleración del parto, pero de ningún modo se trata de un aborto o de un feticidio.

Durante este período del desarrollo embrionario desde el punto de vista diagnóstico pueden presentarse dos situaciones:

— *Embarazo ectópico roto o accidente: «ictus abdominal»*

— *Embarazo ectópico en evolución asintomática u oligosintomática.*

1. *Consideraciones previas*

Es preciso comenzar recordando que: — Se trata de dos seres humanos, perfectamente individualizados y distin-

tos uno del otro: madre e hijo. Ambos tienen igual *derecho a la vida*. Desde el primer momento de la concepción cada persona es portadora de este derecho, inviolable, inalienable, fundamental y radicalmente idéntico para todos, frente al que no cabe hablar de subordinación o de superación de ningún tipo.

El hombre es custodio y administrador, pero no dueño de su vida, tiene un dominio meramente útil sobre ella y sobre su cuerpo; el derecho de uso de sus miembros, facultades, etc., es limitado y está regulado por la finalidad natural de los mismos. Por otra parte la vida no es un fin en sí misma, sino medio para alcanzar el fin para el que Dios le ha creado. Este concepto, que el dominio perfecto pertenece sólo a Dios, y al hombre le corresponde únicamente el dominio útil, constituye un *principio moral básico*.

Una primera consecuencia de esta doctrina, es el deber grave —con su correspondiente derecho—, que el hombre tiene de conservar la vida, la salud y la integridad física de su cuerpo. Este deber sin embargo no es absoluto; de ahí que sea lícito, y a veces obligatorio, exponerse a perder o poner en peligro estos bienes para obtener un fin superior, siempre que exista causa proporcionalmente grave.

La segunda consecuencia que se deduce es la malicia radical e intrínseca —por falta de derecho a disponer del agente— del homicidio, del suicidio o mutilación directa, etc. Tales actos son por parte del hombre, aniquiladores; abusos también del dominio útil, ya que el dominio perfecto —como hemos dicho— pertenece sólo a Dios.

— Ahora bien el *principio moral inmediato*, que rige la conducta del hombre en lo que se refiere a la administración y uso de la vida, de la integridad corporal y de la salud, es decir lo que permite o da derecho y rige a la vez cualquier intervención sobre él, es el llamado *principio de totalidad*. Este principio establece que tratándose de un todo físico como es el cuerpo humano, cuando un trastorno afecta a la función de un órgano y repercute sobre el bien del todo, el hombre tiene derecho a actuar sobre él para restablecer el orden quebrantado.

Es lícito, entonces, intervenir sobre algún órgano (parte) en beneficio del cuerpo (todo); pero existen unos límites. Este principio no es absoluto⁶⁴. Es preciso, entre otras cosas, tener en cuenta otros principios como p.e. el dominio perfecto de Dios —por consiguiente la absoluta inviolabilidad de la vida humana—, el precepto de la caridad, la piedad, etc.

— Una vez considerados estos principios —dominio absoluto de Dios sobre la vida del hombre y totalidad—, es posible aplicar el principio de las acciones de doble efecto para aquellos casos que plantean dificultades.

El olvido de esta primacía del principio de totalidad como fundamento del derecho a intervenir sobre el propio cuerpo, junto a la indiscriminada aplicación del principio de las acciones de doble efecto, ha llevado en muchos casos a conclusiones erróneas.

Aquí reside a nuestro juicio el punto clave para la adecuada solución al problema. En efecto, lo primero que debemos preguntarnos es *cuál es el motivo* —qué es lo que da derecho— para intervenir o poner una acción que afecta a la integridad física de la persona. Una vez supuesto este derecho y su licitud, dado que la intervención en nuestro caso concreto no solamente afecta a la propia persona sino que repercute sobre otro ser humano con iguales derechos, habrá que estudiar cuándo y dentro de qué límites resulta lícita tal acción.

Conviene resaltar que *a priori*, carece de importancia para la valoración de la moralidad de las intervenciones sobre la madre y sobre el embrión cual sea *la localización del embarazo*, o la posibilidad de que en tal localización llegue a término. Aunque por la localización pudiésemos afirmar con seguridad que el feto nunca será capaz de completar el desarrollo, que probablemente morirá o que sobrevendrá seguramente el accidente —rotura o desprendimiento—, el problema moral es el mismo, no varía.

Relativa y secundariamente podría interesar *la causa de la enfermedad* en sí; en este caso el embarazo es causa

de peligro para la vida de la madre. Es él y no una condición patológica *aparte* del embarazo, el que amenaza la vida de la madre.

Cabría distinguir entre *causa remota* de la patología y la lesión *patológica en sí misma*, que es el objeto de la operación. La condición patológica de la trompa debe distinguirse del embarazo, aunque sea causada por él, en conexión con él.

Por consiguiente se puede decir que el embarazo es el que causa el peligro para la vida de la madre, pero *original y remotamente*. *Final y proximately* hay que valorar si la trompa aquí y ahora, está tan afectada por la invasión del trofoblasto, o en sentido amplio de la palabra, tan enferma, que constituye un peligro grave para la vida de la madre.

En cambio tiene interés e importa siempre la *forma del tratamiento*. Así, p.e., en las gestosis, la causa de la enfermedad de la madre, tanto inmediata como remota es la presencia del embarazo, es decir la gestación que evoluciona. En algunos casos extremos, llega incluso a poner en peligro la vida de la madre. ¿Podría ser en este caso el tratamiento la interrupción de la gestación, el aborto? En la valoración moral, el que este peligro proceda de un embarazo o de otra causa tiene poca importancia; interesa sobre todo el modo de la acción terapéutica en sí, que en el caso propuesto de la gestosis es claramente ilícita.

2. *Tratamiento del embarazo ectópico roto*

Cuando en el transcurso de un embarazo ectópico sobreviene un accidente, se plantea una de las mayores emergencias tóco-ginecológicas. Los síntomas y los signos del aborto o de la rotura, son evidentes y se acompañan de otras manifestaciones igualmente importantes que hacen más fácil el diagnóstico.

Presentada la crisis, una peligrosa hemorragia ha comenzado *actualmente*, ya sea por la rotura de la trompa, por el aborto tubárico, o por desprendimiento de la placenta, etc. El hecho es, que la hemorragia, el shock y los demás

signos hablan de un *peligro actual, presente*, que puede ser y frecuentemente es mortal para la vida de la madre y del feto.

En este caso la función del médico tiende a evitar ese peligro. Por lo general el tratamiento consiste en la laparotomía con ligadura de los vasos sangrantes y, si se trata de un embarazo tubárico, extirpación de la trompa. El feto, si todavía permanece *in situ* o de algún modo unido, es extirpado junto con la trompa.

Considerando los pasos de la operación, lo primero que se hace es abrir el abdomen y localizar la trompa rota (o el órgano sangrante). Para excluir el aporte de sangre se claman los vasos mediante pinzas hemostáticas. Con este procedimiento ningún efecto es producido más inmediatamente que el de detener la hemorragia. En cierto sentido este primer paso contiene virtualmente toda la esencia de la operación. La sección subsiguiente de la trompa rota y la sustitución de las pinzas por puntos fijos son pasos necesarios pero no constituyen un objeto nuevo diferente de la operación. Sólo aseguran la permanencia de lo que el primer paso ha hecho.

Ya se considere la ligadura temporal de los vasos con las pinzas o la permanente con los puntos, es la misma operación, una operación que tiene sólo el propósito y el efecto directo de detener la hemorragia. La extirpación de la trompa es en cierto sentido accidental y la del feto, localizado en la trompa, aún más remotamente accidental.

El único efecto absolutamente inmediato es la detención del flujo sanguíneo. Los dos efectos siguientes, menos inmediatos, igualmente próximos entre sí, son la conservación de la vida de la madre y la extinción de la vida del feto. De estos dos ninguno es más inmediato que el otro.

Exactamente la misma presión de las pinzas y el mismo corte de tijeras que conserva el aporte de sangre para la madre lo corta para el feto. La muerte posterior inevitable es consecuencia inmediata de un acto hecho únicamente por necesidad para salvar la vida de la madre.

Se trata de un *peligro grave actual* para la vida de la madre. Este peligro *ya está presente*, no es sólo posible o probable. El peligro proviene de la rotura, desprendimiento, aborto interno, etc., que se ha producido. Es decir se trata de una *enfermedad actual de la madre*: es ella la que actualmente sufre una hemorragia.

Cabe entonces la aplicación del *principio de totalidad* en virtud del cual es lícito intervenir: el mal está actualmente presente y la operación se dirige a neutralizar tal peligro directamente, en modo alguno a matar al feto, lo que se intenta es cohibir la hemorragia, superar el shock, y las demás alteraciones. La muerte del hijo no es el fin, ni tampoco el medio para conseguirlo.

Por otra parte, de la acción que hay derecho a poner —que es moralmente lícita poner—, se siguen dos efectos: uno bueno, la salud de la madre; y otro malo: la muerte del feto. Supuesto el derecho a intervenir, es ahora cuando se recurre, para la valoración de la moralidad de la acción al principio de las *acciones de doble efecto*.

Las consideraciones expuestas dejan claro, aunque sea de modo elemental, que cuando se hace la operación del modo descrito, y después del comienzo de la crisis —no antes—, la muerte del feto, aunque inevitable, prevista y cierta, es indirecta.

Aunque se trata de un feto vivo, no viable cuya muerte ciertamente proviene de la operación, ésta no es el objeto formal ni el objeto material inmediato, o mejor dicho, la muerte del feto no es directamente querida (ni como fin ni como medio), ni es producida directamente, sino sólo un efecto previsto e imposible de impedir.

La extirpación y muerte del embrión no contribuye como tal para nada a la curación de la madre. Es realmente un accidente que sucede por la unión que existe entre el órgano que se excluye de la circulación y es extirpado y el feto.

Se puede objetar que, aunque sea indirecta, la muerte del feto se produce efectivamente a causa de la operación. Esto hay que admitirlo; el hecho de que la muerte del feto

sobrevenga en casi todos los casos en poco tiempo no tiene relevancia. Nunca se trata de una intervención directa sobre el feto. La efectiva producción de un efecto puede ser indirecta, tanto en sentido médico como moral, siempre que se cumplan las condiciones requeridas para la aplicación del principio de las acciones de doble efecto.

En este caso damos por supuesto que se trata del único procedimiento terapéutico que existe para lograr el efecto bueno; si hubiera otro medio que no conllevara el mal efecto inseparablemente unido, habría obligación de intentarlo. Y que existe además *necesidad* de poner esta acción. Resta ver si reúne las otras condiciones.

El *acto* en sí es moralmente *bueno*. Por su objeto (cohibir la hemorragia), por el fin (salvar a la madre) y por las circunstancias. El efecto bueno es el inmediato, el primero que se obtiene de la acción, y el efecto malo no es medio para producir el bueno; la salud de la madre no se obtiene como consecuencia de la muerte del feto, sino *a pesar* de ésta. El efecto malo es previsto, pero no querido, sólo permitido, tolerado. La intención del agente (*finis operantis*) se dirige única y exclusivamente a buscar el efecto bueno y de ninguna manera quiere el malo.

Todas estas premisas están relativamente claras en este caso. El punto más delicado de la cuestión es determinar si existe *causa proporcionadamente grave* que justifique el efecto malo de la intervención. Ahora bien, ante el *peligro de muerte real, presente y actual* en la madre, se puede considerar que existe esta causa proporcionada. Por tanto se trataría de un aborto indirectamente provocado.

3. *Tratamiento del embarazo ectópico asintomático*

Alrededor de un 40% de los embarazos ectópicos pueden ser diagnosticados en esta situación. Otro grupo numeroso pasa inadvertido o no diagnosticado hasta que sobreviene el accidente o se resuelve espontáneamente.

Cuando se descubre un embarazo ectópico en evolución durante este período y por tanto sin complicaciones se plantea la cuestión de si es lícito o no intervenir para extirpar el feto, ya que existe la posibilidad —muchas veces la certeza— de que se presenten las complicaciones en un futuro más o menos inmediato y pongan en grave peligro la vida de la madre.

a. *Consideraciones médicas previas*

La terapéutica que aplican los médicos en esta situación de embarazo ectópico no complicado, se puede resumir del siguiente modo:

a.1) Si el embarazo es «joven» —antes del 5to. mes—, la mayoría de los autores son partidarios de la intervención inmediata, es decir, tan pronto se diagnostique. No obstante existe un reducido grupo que propugna la llamada expectativa armada.

a.2) Si es un embarazo avanzado, o sea, que ha superado ya el 5to mes —para algunos incluso sería suficiente que haya superado el 3er. mes—, la mayoría opina que es muy raro que se produzca entonces un accidente, y se muestran partidarios de esperar hasta que el feto alcance la viabilidad.

Según el parecer médico estamos ante un caso de *peligro serio* para la vida de la madre, con todos los agravantes posibles: riesgo suficientemente frecuente, complicaciones importantes, y más graves a medida que progresa el embarazo, dificultades mayores para intervenir si ya se ha producido el accidente que en la actual situación, etc.; evidentemente el peligro es ciertamente grave. Pero, se trata de un *peligro posible*, no actual, es decir, *todavía no presente*; puede ocurrir, pero todavía no ha sucedido. Hasta el momento es un embarazo ectópicamente implantado, pero en evolución sin complicaciones, que aún no ha manifestado signos ni síntomas que lleven a pensar en un accidente.

La operación —que sin consideraciones de orden ético— practican algunos médicos, consiste en hacer exacta-

mente lo mismo que en el caso anterior: abrir el abdomen, localizar la trompa gestante (si se trata de un embarazo tubárico, que por ser el más frecuente lo tomamos como paradigma), excluirla del aporte sanguíneo, primero temporalmente y luego de modo definitivo por sutura de los vasos. Y posteriormente extirpación de la trompa que contiene el embrión.

b. *Aplicación de los principios morales*

Desde el punto de vista moral el problema se puede enfocar del siguiente modo:

Ante el caso concreto de las implantaciones ectópicas diagnosticadas durante este período asintomático —cualquiera que sea su localización—, lo primero que se plantea es si cabe aplicar aquí el *principio de totalidad* sin más que es el que dará derecho a intervenir. En la consecuente aplicación del principio de totalidad, hay que estudiar si existe *causa proporcionalmente grave* que justifique el mal efecto concomitante: la muerte del feto, a través de las *acciones de doble efecto*.

b.1) *Aplicación correcta del principio de totalidad*

Es importante a la hora de aplicar correctamente este principio, tener en cuenta las *condiciones que permiten su aplicación*. Entre estas destacamos que para poder aplicar este principio, el trastorno o enfermedad que afecta a un órgano ha de repercutir efectivamente sobre el todo. Así no cabe la amputación de un miembro, p.e. un dedo, porque tenga una espina clavada, mientras esta situación no repercuta gravemente sobre el todo, es decir mientras no signifique un peligro grave para la vida.

Ahora bien, por un lado afirmamos que no se puede intervenir para amputar un miembro si éste no está gravemente enfermo de manera que repercuta sobre el todo poniendo al individuo en peligro de muerte, porque no cabe la aplicación del principio de totalidad. Además, en este caso, ante una enfermedad que justifique la intervención sobre el todo de la madre, hay que tener en cuenta no sólo el todo de la madre sino también otro todo, el del niño. Tanto la

madre como el feto son personas, individuos, seres humanos, cada uno de ellos ha de ser considerado como *un todo*.

Se puede hablar aquí de *esferas de totalidad*: la madre, como un todo completo por un lado y el hijo, también como un todo completo por otro. Cada «esfera» constituye *un todo* en sí mismo independientemente de la otra. En nuestro caso, estas «esferas» tienen parte de su área parcialmente superpuestas y aquí se plantea el conflicto.

Si se considera, como intentan algunos autores, a la madre y al niño como *un sólo todo*, (una sola esfera), ante una enfermedad de la madre que ponga en peligro el todo, el único problema serio a resolver para determinar si es lícito intervenir sobre la madre y extirpar o amputar el órgano enfermo —p.e. la trompa que contiene el feto—, es que la acción en sí no sea directamente occisiva para el feto y que exista causa proporcionalmente grave, para permitir un aborto indirecto.

Ahora bien, nosotros pensamos que una de las fuentes de error es esta: considerar a la madre y al hijo como *un solo todo*. Como si fuesen una única esfera de totalidad, que incluye a ambos. Se trata en realidad de dos seres humanos, personas, iguales, y cada uno constituye *un todo a se*, la madre por un lado y el feto por otro.

No se puede considerar el hijo «una parte» de la madre y entonces, en virtud el principio de totalidad, sacrificar la parte en beneficio del todo, es decir el feto para salvar a la madre. Da igual que lo formulemos al revés.

Es obvio, para cualquiera que tenga un mínimo de conocimiento de embriología, que el niño aún no nacido, no es una «parte de la madre»: constituye *un todo a se* él sólo. El feto mientras vive y se desarrolla en el útero, posee unos anexos y envolturas: saco amniótico, cordón umbilical, placenta, etc.; pero todos estos anexos no son desarrollo de la madre: pertenecen al feto, son estructuras que éste despliega a partir del cigoto original. Son pues, partes del embrión, no de la madre.

El feto que está en la trompa, en el ovario, etc. no constituye en modo alguno un apéndice «patológico» del

cuerpo de la madre, de modo tal que si ese «apéndice-trompa» enferma, puede ser extirpado sin más razones.

Por otra parte aun en el supuesto que se pudiese considerar a ambos —madre e hijo—, como un todo, se trataría, en todo caso, de un *todo moral*, no físico, en el que no cabe aplicar este principio del mismo modo que cuando se trata de un todo físico. Las partes o miembros en este caso son *personas*, cuyo ser no se agota en su condición de miembros.

El principio de totalidad se aplica igualmente a cada una de ellas, a la madre y al hijo. Podemos representar entonces ambos «todos» siguiendo con la comparación, como dos esferas completas. Estas esferas tienen en común el punto de implantación, es decir, el órgano de la madre en que se ha implantado el embrión ectópico, p.e., la trompa.

Cuando ese órgano de la madre, punto de unión de ambas esferas está afectado por una lesión patológica grave, nos encontramos que para poder intervenir, para poder amputar ese miembro aparte de la natural exigencia de que esa enfermedad sea grave —de modo que justifique de por sí la intervención—, haya causa suficientemente grave para realizar la amputación, en cuanto que dicha acción afecta al *todo* del hijo, esa enfermedad ha de representar un peligro *actual, presente* no sólo probable y remoto, valorando si existe causa suficientemente grave como para justificar la muerte del niño. Si no hay una enfermedad *real, actual y grave* de la madre que ponga en peligro su vida, tampoco hay razón suficiente que dé derecho a interrumpir el desarrollo de un embrión ectópico.

El derecho a la vida del feto es tal, que sólo ante *otro* derecho a la vida —el de la madre— se puede considerar que existe causa proporcionadamente grave. Estamos hablando de vida del hijo por vida de la madre. No cabe por consiguiente contraponer vida del hijo a salud, bienestar, etc., de la madre.

Quien debe determinar —de modo principal— la presencia de este peligro es el médico. Así, p.e., en el caso de la crisis abdominal (por aborto o rotura), lo que da derecho

a intervenir es la hemorragia que *actualmente* se está produciendo y que, si es importante, como ocurre en general, constituye un *peligro grave actual* para la vida de la madre.

Ahora bien, mientras no esté roto, aunque de hecho haya una lesión patológica en el órgano materno, el peligro para la vida de ésta no está *actualmente presente*.

Existe el peligro de que se rompa y se produzca la hemorragia —que constituye el peligro mortal— pero no existe un peligro *in actu* de muerte. Por otra parte, puede que no se rompa, o bien que se rompa sin que se produzca una hemorragia letal que obligue a intervenir, como es el caso de las hemorragias leves o casi nulas que permiten que el embarazo continúe.

La rotura no siempre significa, considerada en sí misma, un peligro.

Es condición esencial para la licitud de la operación que el mal esté *actualmente* presente. Algunos reconocen que cuando se trata de un peligro totalmente futuro es ilícita la operación, pero si se trata de un peligro *presente grave*, que la estimación racional de las futuras probabilidades y las actuales circunstancias hacen aún más temible, consideran que existe causa suficientemente grave para la intervención.

A esto hay que responder que *el peligro* sigue siendo siempre futuro, se define como el temor agobiante a algún mal amenazante, o futuro. Es preciso distinguir por tanto el *temor* (elemento subjetivo) y el *peligro* (elemento objetivo) del *mal* que sería el temido y del que dependen ambos. El mal puede ser futuro y sin embargo estar presentes el temor y el peligro. Así se dice que hay un peligro presente, cuando el mal futuro probablemente sucederá sin mucha demora aunque todavía no haya sucedido.

Nosotros pensamos que lo que interesa en este caso, es que el *mal* (hemorragia, shock, etc.) esté presente. Mientras sea futuro o amenazante, es decir, si no está *actualmente presente*, aunque el peligro sea grave y se conozca no se puede intervenir.

En resumen, podemos decir que mientras no exista una enfermedad *grave y actual*, es decir *presente*, que ponga en peligro *real, actual*, la vida de la madre, no es suficiente aplicar el principio de totalidad unilateralmente a la madre, hay que tener *siempre* en cuenta el otro *todo* del hijo.

Esto se ve claro, p.e., en el caso que estamos estudiando del embarazo ectópico asintomático durante las primeras semanas de gestación, que no representa un *mal grave* que ponga *actualmente* en peligro la vida de la madre.

La mayoría de los autores olvida este principio elemental y enfoca el problema como si se tratara exclusivamente de una sola enfermedad de la madre: hablan de la *trompa enferma* sin más, sin tener en cuenta para nada al feto.

b.2) *Aplicación correcta del principio de las acciones de doble efecto*

Nos quedan por estudiar ahora aquellos casos en los que, desde un punto de vista médico, se podría decir que existe, realmente, una enfermedad grave de la madre, esto es, aquellas situaciones en que el órgano materno sobre el cual se encuentra implantado el embrión padecería unas alteraciones patológicas tales que se puede considerar enfermo y que este órgano enfermo a su vez pone en *peligro grave* la vida de la madre, es decir del todo.

Ante esta situación de peligro grave para la vida de la madre, pero todavía no presente, muchos autores, como acabamos de exponer, soslayando que el principio de totalidad afecta tanto a la madre como al hijo, enfocan el problema teniendo en cuenta *unicamente* el *todo* de la madre, y miden la gravedad —causa proporcionalmente grave— sólo en la esfera del principio de totalidad de la madre y no del hijo.

Consideran que al estar gravemente enfermo el órgano, p.e., la trompa, dado que esta enfermedad significa a veces un peligro posible para la madre, hay derecho a intervenir. El problema —en último extremo, según estos autores— se reduciría a determinar si se trata de una acción directa o indirectamente occisiva para el feto.

En nuestra opinión es preciso tener *siempre* en cuenta, mientras no se haya producido la crisis (rotura o hemorragia) tanto *el todo* de la madre como el del hijo.

Conviene resaltar que si se puede intervenir, en el caso del embarazo ectópico roto ya estudiado, es por la hemorragia, el shock y los demás síntomas y signos de emergencia que constituyen el peligro *actual* para la vida de la madre; no es la causa determinante la rotura de la trompa. Es más, no es infrecuente que se rompa la trompa y al no interesar la rotura a grandes vasos, la hemorragia sea poco importante; el embrión pasa entonces a la cavidad abdominal y la placenta continúa implantada en la trompa sin que se interrumpa la gestación. En estos casos, aunque 'parezca paradójico, es cuando mayores probabilidades tiene el embrión de llegar a término.

Ahora bien, cuando *aún no está roto*, es decir, *el peligro no está actualmente presente*, no sucede lo mismo. Nuestro punto de vista es que *la extirpación del órgano enfermo que contiene o en el que se implanta la gestación ectópica* (p.e., la trompa) *antes de que se produzca la crisis* (hemorragia, shock, por rotura, aborto interno, etc.), *cuando se trata de un feto vivo, no viable, es ilícita*⁶⁵.

Es decir que no se puede aplicar sin más el principio de totalidad a la madre sino que ha de tenerse siempre en cuenta también el todo del hijo, que exige —además de que exista la causa (peligro) *in actu*— que ésta sea suficiente y proporcionalmente grave, capaz de justificar la intervención.

b.3) *Objeciones*

Algunos autores sostienen que *la extirpación de la trompa gestante conteniendo un feto vivo, no viable, aún antes de la rotura externa de ésta, puede ser lícitamente hecha, si todas las circunstancias son tales que la necesidad de la operación sea, en estimación moral, proporcionada al mal efecto que es permitido.*

Los argumentos que exponen son fundamentalmente de dos tipos: que *es un aborto indirecto* y *que existe causa suficiente grave*. Se mueven por consiguiente siempre dentro

de la aplicación del *principio de las acciones de doble efecto*, sin plantearse previamente, si existe el derecho a intervenir, es decir *el principio de totalidad*, de la madre y del feto.

A) El primer punto que afirman es que se trata de una operación *indirectamente occisiva para el feto*.

En este caso aunque la trompa grávida sea removida antes de la rotura, la muerte del feto —según dicen—, sería indirecta, siempre que la operación se haga de modo semejante al que se ha descrito antes en el embarazo ectópico roto, es decir, extirpando la trompa *con* el fruto de la concepción contenido en ella. Tanto la intención del agente como la acción médica serían exactamente iguales, los mismos pasos que en el caso del embarazo ectópico roto. Cuando se les objeta que aquí no existe *actualmente* la hemorragia, el principal argumento que dan es que en este caso se trataría de intervenir no sobre el feto, sino sobre la trompa enferma.

En este punto dicen y efectivamente es así, que antes de la rotura, al no existir una adecuada decidua protectora, se produce una penetración profunda de las vellosidades coriónicas que atraviesan la mucosa y la capa muscular. Estas vellosidades perforan vasos importantes de la pared tubárica causando hemorragias en el interior de la trompa; se forman pseudolagunas sanguíneas donde se nutre el embrión por un proceso análogo al del útero. Sin embargo, estas extravasaciones frecuentemente originan una disección en capa de las tunicas de la pared de la trompa y no infrecuentemente la destrucción de la trompa y la transformación de la misma en un hematoma o saco de sangre por repetidas hemorragias internas.

A esto hay que añadir la distensión producida por el crecimiento del embrión. De este modo la rotura de la trompa sería el último paso de un proceso gradual y frecuentemente largo, que ha debilitado la misma trompa ya antes de la crisis. Sería por consiguiente un error concebir la rotura de la trompa como un estallido súbito de un órgano hasta ese momento perfectamente sano, un accidente resultado de la mera distensión física de la trompa a consecuencia de la presión ejercida por el feto que se desarrolla.

Estos hechos, respecto a la condición patológica de la trompa aún antes de su rotura, habilitarían —según estos autores— al médico para determinar si la extirpación de la trompa antes de la rotura está o no justificada como medida puramente terapéutica.

Así proponen que desde el punto de vista médico, la operación por la que se extirpa la trompa tiene por efecto directo la trompa en sí misma afectada y no el feto contenido en ella. Lo que se intenta como objeto directo es extraer la trompa; la extirpación del embrión sería secundaria e indirecta.

A esto se puede responder que así planteado el problema no existe ninguna objeción, y hay que admitir que se trata efectivamente de una acción indirectamente occisiva para el feto. No obstante insistimos en que el error está en el punto de partida, es decir en el planteamiento. Se está aplicando aquí el principio de totalidad unilateralmente, solo a la madre, sin contar para nada con el feto, cuando por no tratarse de un *peligro actualmente presente*, es obligatorio hacerlo.

B) El segundo argumento apunta a que existe *causa suficientemente grave*.

Una vez demostrado que el mal efecto —la muerte del embrión— es indirecto cuando se extirpa la trompa en sí misma como medida terapéutica para salvar la vida de la madre, sólo queda por determinar, aplicando el principio de las acciones de doble efecto y supuesto que existe necesidad de operar: si existe o no causa proporcionadamente grave para la operación. En otras palabras, si la necesidad de la operación es, en estimación moral, proporcionada al mal efecto que se permite.

Sostienen que se producen dos efectos buenos: por un lado la mayor oportunidad que da la operación para administrar el Bautismo al niño mientras aún está vivo, y por otro la probabilidad mayor de salvar la vida de la madre.

Per se —dicen—, cada una de estas razones constituiría una causa proporcionadamente grave. Aunque admiten

que la primera sola nunca sería suficiente, porque si el feto es extraído para bautizarlo, su extirpación es un homicidio directo y por consiguiente no cabe aplicar el principio de las acciones de doble efecto, ya que éste sólo se emplea cuando el mal efecto es indirecto, tanto en la intención como en la producción.

A esto hay que responder que aún en el caso que se realice la operación como medida puramente terapéutica para salvar la vida de la madre, la posibilidad de conferir el Bautismo al niño no pesa en la balanza como motivo añadido a favor de la operación. La única consideración que queda es la necesidad de la operación para salvar la vida de la madre.

Estos autores reconocen que esta causa proporcionadamente grave, *es menos evidente* que el caso de la crisis. El peligro para la madre no es tan inminente como requiere la operación —al menos al precio de extinguir indirectamente una vida humana— pero puede existir, según estos autores.

Juzgar si existe esta causa proporcionadamente grave, corresponde en cada caso concreto al médico que tendrá en cuenta la necesidad de la operación para salvar la vida de la madre.

Vamos a examinar los argumentos y terapéuticas aconsejables según la valoración que hacen de la *causa proporcionadamente grave*.

— *Cuando la madre puede ser mantenida bajo observación* y en las mejores condiciones requeridas para ser intervenida quirúrgicamente en caso de accidente, no habría necesidad de operar inmediatamente. Bajo estas condiciones ideales, la operación anticipada no ofrece una oportunidad notablemente más grande de salvar la vida de la madre, puesto que la espera no aumenta el peligro.

Dicen sin embargo que en algunos casos el mero hecho de estar bajo observación sabiendo el peligro grave para su vida que esto significa, lleva a la enferma a un estado de tensión, ansiedad y angustia tal, que hace recomendable o necesaria la intervención. A esta situación se suman factores de tipo económico (gasto que supone la internación, etc.) de comodidad, de tiempo, etc.

Todos estos hechos, sumados a la gravedad del caso, serían —según estos autores— *razón suficiente* para justificar el abandono de la expectativa armada y la inmediata intervención. Por tanto la decisión del *grado del peligro presente* para la madre estaría en manos del médico.

Resultaría entonces que si el profesional juzga que el peligro presente es tan grave que, consideradas todas las circunstancias, la inmediata operación ofrece una probabilidad notablemente mayor de salvar la vida de la madre, debe hacerse dicha operación.

— *Cuando la madre no puede ser mantenida bajo observación.*

Estos autores sostienen que cuando el juicio sincero y experimentado de los médicos indica que la trompa está patológicamente afectada y que el peligro presente es tan grave que, considerando todas las circunstancias, una operación inmediata ofrece una probabilidad notablemente más grande de salvar la vida de la madre, o cuando sea imposible mantener a la paciente bajo vigilancia, como es el caso de los ambientes rurales donde no se dispone de medios adecuados —es decir, no hay posibilidad de mantener la *expectativa armada*—, sería moralmente justificable la inmediata operación.

— *Cuando se describe un embarazo ectópico en el transcurso de una operación, habiendo sido abierto el abdomen por otra causa cualquiera* (p.e. apendicectomía), o bien, cuando se llega al diagnóstico por una laparotomía exploratoria, aunque este es, reconocido por casi todos, un caso bastante excepcional, ¿qué se debe hacer?

Frecuentemente se aduce, para proceder a la resección inmediata, que es muy duro para la mujer soportar una segunda intervención en el plazo más o menos breve de unas pocas semanas, cuando se tiene la seguridad de que si se deja el embarazo ectópico en su lugar se romperá. Más aún, si se tiene en cuenta que existe aquí y a hora una posibilidad notablemente grande de salvar su vida por escisión inmediata de la trompa.

Si la condición de la paciente es tal que en la opinión médica prudente, ella será incapaz de soportar una segunda operación tras unas pocas semanas, y si además dejada la trompa en su lugar es muy probable que se rompa y haga imperativa una segunda intervención, opinan que se verificaría aquí la condición de *causa proporcionadamente grave*. Porque existiría, al presente, una probabilidad notablemente más grande de salvar su vida por extirpación inmediata de la trompa.

— *En los casos de embarazo ectópico avanzado*, que haya sobrepasado los 4 meses, existen más posibilidades de que el feto alcance la viabilidad. Dicen entonces que esto hace que sea preciso valorar la existencia de un *peligro mayor* para la madre, para poder justificar como causa proporcionada la extirpación de la trompa.

— *Peligro de una esterilidad posterior*. Otro argumento que se aduce con frecuencia, es que, detrás de muchos embarazos ectópicos hay frecuentemente antecedentes de esterilidad más o menos prolongada.

Una vez diagnosticado un embarazo ectópico ante el deseo de asegurar la descendencia posterior, si se espera a que se produzca la rotura tubárica, se expone a un serio compromiso de la fertilidad, más aún cuando se sabe la incompetencia de la otra trompa. Por esto algunos médicos ven aquí una razón suficiente para intervenir precozmente a fin de extirpar el embarazo ectópico y reconstruir la trompa, asegurando en lo posible una mayor permeabilidad y fertilidad posterior.

— *Embarazo abdominal secundario después de la rotura de la trompa*. Cuando la crisis de rotura tubárica o de aborto ha sido superada y el feto está aún vivo y continúa desarrollándose como un embarazo secundario, se presenta una gran dificultad a estos autores para poder aplicar el principio de las acciones de doble efecto.

En efecto, las razones por las cuales han justificado hasta ahora la extirpación de la trompa antes de la rotura, no se aplican. ¿Dónde está en este caso el órgano enfermo

que debe ser objeto de la operación? No es la trompa, puesto que la crisis de rotura ha sido superada y no hay ahora urgencia para extirpar la trompa. El feto ha encontrado una nueva implantación en cualquier lugar del abdomen o en la misma trompa rota; de hecho es difícil decir exactamente antes de la apertura donde se ha implantado. Podría ser en el ligamento ancho, en las asas intestinales, o casi en cualquier parte. Aquí el peligro de rotura se ha superado ya, porque se rompió sin accidente mortal para la madre.

Está claro que tampoco se puede decir que ese órgano, cualquiera que sea, sobre la cual se ha implantado el feto, es fuente próxima de peligro. De hecho el peligro en este caso parece provenir no tanto del órgano en el que se ha adherido la placenta, como de la hemorragia que se puede producir cuando la placenta se separe. El peligro en este caso no estaría *durante* el embarazo sino cuando este llegase a su término.

Ahora bien, cualquier intervención antes de la viabilidad, tiene como objeto directo despegar la placenta, para prevenir una hemorragia futura. Pero despegar la placenta directamente es un aborto directo, lo cual no se puede negar, ni médica ni moralmente.

Por consiguiente se ve claro que excepto en el caso de la misma crisis de despegamiento de la placenta, cuando es necesaria la intervención para detener la hemorragia presente, es ilícito intervenir.

Consecuentemente lo que es recomendable por los médicos, se hace imperativo desde el punto de vista moral. Se debe esperar hasta que el niño sea viable o hasta que la crisis o peligro de hemorragia haga necesaria la intervención. En este caso la extirpación del feto es accidental e indirecta.

Con la exposición que hicimos al principio parece que quedan suficientemente refutadas todas las objeciones aquí recogidas⁶⁶. En definitiva el problema se reduce a plantear bien el caso y aplicar luego ordenadamente los principios morales.

a) Otro tipo de objeciones se pueden resumir en los siguientes planteos:

— Equiparar el embarazo ectópico asintomático u oligosintomático con el *tumor maligno de útero*.

Hay que decir que no existe *ninguna* analogía entre este caso y el cáncer de útero concomitante con la gestación.

Es opinión común, por todos aceptada, la licitud de la extirpación del útero grávido canceroso, aunque como consecuencia de esa intervención se produzca la muerte indirecta del embrión contenido en él.

El tumor maligno constituye de por sí un mal, un peligro mortal actual, aunque el efecto —la muerte de la madre— de hecho tarde en producirse, o no sea inmediato.

Se trata de un *peligro grave* para la vida de la madre, que *hic et nunc* está *in actu*, es decir es un peligro de muerte seguro y grave, *actualmente presente*. Cosa que no ocurre como hemos visto cuando se trata de un embarazo ectópico en evolución asintomática: el peligro para la vida de la madre no está *in actu*, es decir actualmente presente.

En cambio sí se puede equiparar a la crisis o ictus abdominal por embarazo ectópico roto, en el que el mal también está ya presente. Porque el peligro en ambos casos se da *in actu*. En el carcinoma de útero grávido, si *omito* en ese momento la terapéutica indicada, muere la madre. No importa en este caso, como es sabido, que el efecto malo sea *prior tempore* siempre que sea *posterior natura*, que es lo que ocurre en el caso del carcinoma.

— Algunos moralistas suelen plantear entonces el típico «caso límite». Si sabemos que la trompa se va a romper ya, pero de hecho, materialmente, todavía no se ha roto —dicen—, ¿es lícito intervenir?

Este es un problema más teórico que práctico. Por las razones que hemos expuesto antes en la práctica no se da así.

Si hay síntomas y signos específicos que permiten esta precisión diagnóstica, de alguna manera hablan también de que existe un trastorno en la evolución del embarazo, o sea

que *ha comenzado* ya una hemorragia, aborto, crisis, aunque sea leve, causante de tales síntomas. Es el profesional entonces el que juzga la *actualidad* de ese peligro y entonces, aplicando los principios vistos, actúa.

C. Conclusión

Dentro del tratamiento del embarazo ectópico con *feto vivo* caben distintas posibilidades. Después de estudiar cada una de ellas, llegamos a las siguientes conclusiones;

1. Cuando se trata de un embarazo ectópico en estado de *crisis o ictus abdominal*, es decir, cuando se ha roto o se ha producido el aborto interno, con hemorragia, shock, etc., que pone *actualmente* en peligro la vida de la madre, pensamos, con la casi totalidad de los moralistas, que es *lícito intervenir*.

2. Si se trata de un embarazo ectópico en evolución *asintomática* u *oligosintomática*, con *feto vivo a término*, o *ya viable*, esto es, cuando todavía no se ha producido la crisis, nuestra opinión es, de acuerdo con el criterio de la mayoría de los autores médicos y moralistas, que *se puede intervenir* para extraer el feto vivo y salvar a la madre. En este caso no se trataría de un aborto sino de una aceleración del parto.

3. Si se trata de un embarazo ectópico en las mismas condiciones que el anterior pero con *feto todavía no viable*, durante el *segundo trimestre del embarazo*, pensamos que debe aguardarse a la viabilidad que está próxima, e intervenir igual que el caso anterior.

4. El conflicto se plantea ante el *embarazo ectópico asintomático u oligosintomático*, durante la *primera mitad del embarazo*, cuando todavía no ha alcanzado la viabilidad y falta mucho para que la alcance, es decir antes de la crisis con *feto vivo todavía no viable*,

Nuestro punto de vista acerca de la extirpación del órgano enfermo que contiene, o en que se implanta la gesta-

ción ectópica (p.e. la trompa), antes de que se produzca la crisis (hemorragia, shock) por rotura o aborto interno —tratándose de un feto vivo, no viable—, *es que es ilícita*, porque, no existe *in actu* causa suficiente y proporcionadamente grave, capaz de justificar la intervención.

De todos modos pensamos que corresponde al médico bien formado la responsabilidad de juzgar en cada caso concreto, a la luz de los principios que hemos expuesto, la *gravedad* y sobre todo la *actualidad* del mal, y determinar si existe esa causa proporcionada y suficientemente grave como para justificar la muerte indirecta del niño. Es la virtud de la prudencia, unida a la ciencia del médico la que decide casos similares que se plantean al médico ante otras crisis agudas de los enfermos.

El punto central de la tesis está aquí, hasta que no se produzca la crisis, la extirpación de un embarazo ectópico durante la primera mitad de la gestación o del órgano que lo contiene *es ilícita*.

Afirmar que puede o no puede haber nunca necesidad de intervenir, sería extralimitarse e incursionar en un campo que pertenece totalmente a la ciencia médica. La *actualidad del peligro* al cual se encuentra expuesta la madre es sin duda, *un hecho* que corresponde juzgar primariamente a los médicos y no a los moralistas.

De todo lo dicho se deduce que mientras el embarazo ectópico se encuentre en este período asintomático u oligosintomático, es decir, mientras no exista complicación alguna y el peligro no esté *presente, in actu*, cualquier intervención sobre el feto es un aborto directo. La única actitud que cabe desde el punto de vista moral ante un caso de este tipo es la *expectativa armada*⁶⁷.

Para llegar a esta conclusión hemos profundizado en la aplicación correcta del principio de totalidad y de las acciones de doble efecto, que consideramos la parte más valiosa del trabajo, apoyándonos para esto en las conclusiones del estudio médico.

Es necesario resaltar que sin un previo estudio médico no hubiera sido posible valorar desde el punto de vista moral los diferentes tratamientos.

En los párrafos anteriores no creemos haber agotado todas las situaciones posibles, ni pretendíamos hacerlo. Nos parece mucho más útil haber dejado claro cuál es el ángulo desde el cual debe ser considerado el delicado tema de los embarazos ectópicos, y desde allí juzgar en cada caso, con la correcta aplicación de los principios morales, la licitud o ilicitud de determinada intervención.

Una vez más —el paso del tiempo lo demostrará— las normas morales, aunque en la práctica a veces resulten difíciles de aplicar o subjetivamente duras, son mucho más prudentes y acertadas que las normas científicas de un determinado momento y a las que parecen en oposición. Por otra parte, no hemos de olvidar que la laxitud en estos temas por muy extremo o límite que parezca el caso, es causa de una laxitud aún mayor en otros tipos más genéricos de aborto provocado.



CITAS TEXTO

1. Cuestiones propuestas por el Arzobispo de Cambrai en 1886, cit. por T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations*, 2da. ed. (Milwaukee, 1944). Apéndice.

V. Une femme enceinte porte son fruit, non pas dans l'uterus, mais bien dans une cavité kistique extra-utérine. La sortie de l'enfant ne peut être obtenue que par une opération. D'une part, cette opération, sans être mortifère de sa nature, ni pour l'enfant ni pour la mère, est cependant d'une importante gravité pour celle-ci. D'autre part, si l'enfant n'est pas amené au jour par l'opération chirurgicale, il meurt inévitablement, mais cesse de devenir un danger de mort pour sa mère, et n'est plus qu'un fardeau sans espérance pour celle-ci. Le chirurgien peut-il conseiller de donner la mort, soit par le poison, soit par l'électricité, soit par tout autre moyen, au fétus, avant que celui-ci devienne un fardeau plus peinible à sa mère et afin d'éviter à cette même mère les dangers que comporte une opération grave mais indispensable pour amener le fœtus à la vie? Appelé dans le but de pratiquer cette opération, le chirurgien est-il en droit d'employer le poison, l'électricité, ou tout autre moyen de donner la mort au fœtus, qui se développe dans un kyste extra-utérin?

VI. A. Une femme enceinte porte son fruit, non pas dans l'uterus, mais bien dans une cavité kystique extra-utérine. Le chirurgien, pendant qu'il pratique une opération grave sur cette femme, reconnaît le siège anormal de la grossesse; il reconnaît que le fœtus est viable. Le chirurgien est-il en droit d'épargner à la mère une opération ultérieure toujours grave, et de profiter de l'opération commencée dans un autre but, pour amener à la lumière le fœtus, qui est viable sans être au terme normale de la vie fœtale, et sur lequel n'est pratiquée aucune manoeuvre mortifère?

B. Une femme enceinte porte son fruit, non pas dans l'uterus, mais bien dans une cavité kystique extra-utérine. Le chirurgien, pendant qu'il pratique une opération grave sur cette femme, reconnaît le siège anormal de la grossesse. Il reconnaît que le fœtus est vivant, mais

n'est pas viable. Le chirurgien est-il en droit d'épargner à la mère une opération ultérieure toujours grave, et de profiter de l'opération commencée dans un autre but, pour amener à la lumière le fœtus, bien que cette manoeuvre cause par le fait même la mort de l'enfant à naître?»

2. LEON XIII, *Resp. Sto. Oficio*, 14 (19)-VIII-1889, en ASS 22 (1889/90) 748 (DS 3258): «In scholis catholicis tuto doceri non posse licitam esse operationem chirurgicam, quam «craneotomiam» appellant, sicut declaratum fuit die 28 Maii 1884, et quamcumque chirurgicam operationem directe occisivam fetus vel matris gestantis». Cfr. *Collectanea S. C. de Prop. Fide*, II, p. 201, nota I.
3. LEON XIII, *Resp. Sto. Oficio*, 4-V-1898, en ASS 30 (1897/1989) 703s (DS 3336-3338).

Qu.: 1. Eritne licita partus acceleratio, quoties ex mulieris arctitudine impossibilis evaderet fetus egressio suo naturali tempore?

2. Et si mulieris arctitudo talis sit, ut neque partus praematurus possibilis censeatur, licebitne abortum provocare aut caesaream suo tempore perficere operationem?

3. Estne licita laparotomia, quando agitur de praegnatione extrauterina, seu de ectopicis conceptibus?

Resp.: 1. Partus accelerationem per se illicitam non esse, dummodo perficiatur iustis causis et eo tempore ac modis, quibus ex ordinariis contingentibus matris et fetus vitae consulatur.

2. Quoad primam partem: negative, iuxta decretum feria IV, 24, Iulii 1895, de abortis illicite. Ad secundum vero quod spectat: nihil ob stare, quominus mulier, de qua agitur, caesareae operationi suo tempore subiciatur.

3. Necessitate cogente, licitam esse laparotomiam ad extrahendos e sinu matris ectopicos conceptus, dummodo et fetus et matris vitae, quantum fieri potest, serio et opportune provideatur.

4. LEON XII, *Resp. Sto. Oficio*, 5-III-1902, en ASS 35 (1902/1903) 162 (DS 3358).

Qu.: «Utrum aliquando liceat e sinu matris extrahere fetus ectopicos adhuc immaturos, nondum exacto sexto mense post conceptionem?

Res.: Negative, iuxta Decr. 4 maii 1898, vi cuius fetus et matris vitae, quantum fieri potest, serio et opportune providendum est; quoad vero tempus, iuxta idem Decretum, nisi perficiatur tempore ac modis, quibus ex ordinarie contingentibus matris ac fetus vitae consulatur».

5. Con esta base no cabe hablar de «conflicto de conciencia».
6. Cfr. A. ESCHBACH, *Casus de ectopicis conceptibus* (Roma 1894) p. 10s y *Disputationes physiologico-theologicae* (Roma 1901) p. 461s.
7. Cfr. T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic operations* 2da ed. (Milwaukee, 1944); H. DAVIS, *Moral and Pastoral Theology*, II, (Londres 1949) p. 175; cfr. *A medico-moral problem, Ectopic gestation*, en

- Ecclesiastical Review* 9 (1927) 275; E. GENICOT, J. SALSMAIS, *Theologia Moralis*, I (Brugis 1964) n. 377; A. ARREGUI, *Summarium Theologiae Moralis* (Bilbao 1952) n. 214; I. AERTNYS, C. DAMEN, *Theologia Moralis*, I (Roma 1943) n. 583; D. M. PRUMMER, *Manuale Theologiae Moralis*, II (Barcelona 1961) n. 146; A. LEHMKHUL, *Theologia Moralis*, I, 14a. ed. (Friburgo 1914) n. 1014; A. PISCETTA-GENNARO, *Elementa theologiae moralis*, I (Turin 1945) n. 223-234; A. VERMEERSCH, *Theologia Moralis*, II (Roma 1943) n. 628; I. B. FERRERES no menciona el decreto del 5 de marzo de 1902, pero de hecho él estaba lejos de sostener, aún antes de este decreto, que la extirpación del feto no viable no fuese admisible, cfr. *Compendium Theologia Moralis*, I (Barcelona 1921) Apéndice: *De Vasectomia duplici*.
8. A. LEHMKUHL, *Theologia Moralis*, I, 12a. ed. (Friburgo 1914), n. 1010-1011.
 9. E. GENICOT, *Institutiones Theologiae Moralis*, I, ed. 17 Desclée (Brugis 1964) n. 377, III.
 10. F. ANTONELLI, *Medicina Pastoralis*, II, 5a ed. F. PUSTEST (Roma 1932) n. 111.
 11. J. BESSON, *Le féticide et l'avortement thérapeutique et les décisions du Saint-Siège*, en *N.R.T.* 45 (1913) 157.
 12. D. M. PRÜMMER, *Manuale Theologiae Moralis*, II, ed. 15a. Herder (Barcelona 1961) n. 136 y 146.
 13. H. NOLDIN, A. SCHMITT, *Summa Theologiae Moralis*, II, ed. 32 (Barcelona 1944) n. 341.
 14. I. B. FERRERES, *Compendium Theologiae Moralis*, I (Barcelona 1948) n. 501.
 15. A. ARREGUI, *Summarium Theologiae Moralis* (Bilbao 1952) n. 241.
 16. A. LEHMKUHL, *Theologia Moralis*, I, ed. 10a. (Friburgo 1902) n. 841, III.
 17. A. PEINADOR NAVARRO, *Tratado de Moral Profesional*, BAC (Madrid 1962) p. 369.
 18. L. A. MUÑOYERRO, *Moral médica en los sacramentos de la Iglesia*, 4a. ed. FAX (Madrid 1955) p. 234.
 19. I. B. FERRERES, *o.c.*, p. I, n. 501, II.
 20. J. BESSON, *o.c.*, p. 157.
 21. J. SALSMAIS, *Questions de théologie morale. A propos du «principe du double effet»*, en *NRT*, 46.
 22. A. VERMEERSCH, *Theologia Moralis*, II, 3a ed. (Roma 1943) n. 628s.
 23. L. WOUTERS, *Manuale Theologia Moralis*, I (Brujas 1932) n. 738, 3.
 24. I. AERTNYS y C. DAMEN, *Theologia Moralis*, I, Marietti (Torino 1956) n. 581.
 25. Cfr. A. VERMEERSCH, *o.c.*, n. 628, 2 y I. AERTNYS-C. DAMEN, *o.c.*, n. 581.
 26. H. NOLDIN y A. SCHMITT, *o.c.*, n. 341.

27. J. PAYEN, *Deontología médica*, trad. V. Piera (Barcelona 1944) n. 425.
28. A. NIEDERMEYER, *o.c.*, p. 247.
29. Cfr. A. NIEDERMEYER, *o.c.*, p. 247; M. ZALBA, *Compendium Theologiae Moralis, I* (Madrid 1958) n. 1612.
30. L. SCREMIN, *Diccionario de moral profesional médica*, (Barcelona 1953).
31. T. O'DONNELL, *o.c.*, p. 203.
32. J. PUJIULA, *o.c.*, p. 126.
33. T. O'DONNELL, *o.c.*, p. 203.
34. Cfr. artículos en *Ecclesiastical Review* 9 (1893) 347s; 10 (1893) 60s; 11 (1893) 9-45s.
35. Cfr. T. L. BOUSCAREN, *Ethics of ectopic Operation*, 2da ed. (Milwaukee 1944).
36. Cfr. A. LEHMKUHL, *Theologia Moralis, I*, ed. 12a. (Friburgo 1914) n. 1010-1011.
37. Cfr. LEON XIII, *Resp. Sto. Oficio, 5-III-1902* (DS 3358).
38. A. NIEDERMEYER, *o.c.*, p. 245.
39. M. ZALBA, *Theologia Moralis Compendium, I*, BAC (Madrid 1958) n. 1612; no obstante este autor en otros escritos se muestra más reticente y parece admitir la extirpación. En *El Magisterio Eclesiástico y la Medicina*, (Madrid 1955) n. 81, en el comentario al decreto del 5-III-1902 dice: en el caso angustioso de un embarazo extrauterino, cuando a medida que éste avanza pone en peligro gravísimo a la madre, por el riesgo de un desgarrón de los tejidos que aprisionan al feto y de una hemorragia letal, juzgamos probable que pueda intervenir el ginecólogo para salvar a la madre, siempre que su acción tenga como efecto inmediato único, o, por lo menos, simultáneo con el de la muerte del feto, el de salvar a la madre.
40. H. NOLDIN y A. SCHMITT, *Summa Theologiae Moralis, II*, 32a. ed. (Viena 1959) n. 341.
41. H. MERKELBACH, *Quaestiones de Embryologia et de sterilisatione*, (Liège 1937) p. 46-49; A. GEMELLI, *De l'avortement indirect*, en *NRT* 69 (1933) 500-527.
42. *Ibidem* (41); cfr. también I. AERTNYS, C. DAMEN, *o.c.*, p. 583s; A. NIEDERMEYER, *o.c.*, p. 245; H. NOLDIN, A. SCHMITT, *o.c.*, n. 341.
43. Cfr. I. A. Respuestas del Sto. Oficio.
44. F. ANTONELLI, *Medicina Pastoralis, I*, 5a. ed. (Roma 1932) p. 358; J. PUJIULA, *Los derechos del niño no nacido* (Barcelona 1946); F. PEIRO, *Deontología médica*, (Madrid 1954), n. 185; G. PERICO, *Defendamos la vida* (Alcoy 1966) p. 144; L. A. MUÑOYERRO, *o.c.*, p. 234; J. SURBLED, *La moral en sus relaciones con la Medicina y la Higiene*, 23 ed. (Barcelona 1950) p. 320; A. LEHMKUHL, *o.c.*, n. 1011; J. PAYEN, *o.c.*, n. 406; J. BESSON, *Le féticide et l'avortement thérapeutique et les décisions du Saint Siège*, en *NRT* 45 (1913)

- 157; T. L. BOUSCAREN, *o.c.*; I. UBACH, *Compendium theologiae moralis, I*, (Friburgo 1935), n. 182; I. B. FERRERES, *o.c.*, p. 501s; A. VAN KOL, *Theologia Moralis, I* (Barcelona 1968) n. 790; E. GENICOT, J. SALSMANS, *o.c.*, n. 377; J. MARSHALL, *The ethics of Medical Practice* (London 1960) p. 110.
45. T. O'DONNELL, *o.c.*, p. 203s; A. ARREGUI, *o.c.*, n. 241. 3, b.
46. L. SCREMIN, *Diccionario de moral profesional médica*, (Barcelona 1953).
47. A. PEINADOR-NAVARRO, *Tratado de moral profesional* (Madrid 1962) p. 369.
48. T. O'DONNELL, *o.c.*, p. 203s.
49. Cfr. también Mc FADDEN y BOUSCAREN.
50. Cfr. T. O'DONNELL, *o.c.*, p. 204, nota 204.
51. J. BESSON, *o.c.*; cfr. A. LEHMKUHL, F. ANTONELLI y D. M. PRUMMER.
52. J. PUJIULA, *De medicina pastoralis*, Marietti (Torino 1953) p. 125.
53. L. A. MUÑOYERRO, *o.c.*, p. 234s; F. PEIRO, *o.c.*, p. 209; F. ANTONELLI, *o.c.*, p. 358; E. GENICOT, J. SALSMANS, *o.c.*, n. 377; A. LEHMKUHL, *o.c.*, n. 1011; C. I. Mc FADDEN, *o.c.*, p. 195.
54. L. A. MUÑOYERRO, *o.c.*, p. 234s.
55. Cfr. I. A. Respuestas del Sto. Oficio.
56. I. B. FERRERES, *Compendium Theologiae Moralis, I*, (Barcelona 1948) n. 501.
57. J. SALSMANS, *Questions de théologie morale. A propos du «principe du double effet»*, en *NRT* 46 (1914) 226.
58. F. ANTONELLI, *Medicina Pastoralis*, 5a. ed. (Roma 1932) p. 224.
59. D. M. PRÜMMER, *Manuale theologiae moralis, II*, 15a. ed. (Barcelona 1961) n. 146.
60. J. PAYEN, *Deontología médica*, trad. de V. Piera (Barcelona 1944).
61. L. A. MUÑOYERRO, *o.c.*, p. 236.
62. Cfr. I. B. Opiniones sostenidas por los moralistas.
63. Cfr. LEON XIII, *Resp. Sto. Oficio*, en *ASS* 22 (1889 = a9- 748 (DS 3258).
64. PIO XII: Discurso «A la Unión Italiana Médico-Biológica de la Sociedad de San Lucas, 12-XI-1944, en *Ecclesia* 4, II (1944) 1099-1100 y 1124-1125.
- «No se puede permitir al hombre que ordene su vida y funciones de sus órganos a su antojo, de manera contraria a la interna finalidad inmanente que les ha sido asignada, porque, en realidad, el hombre no es el propietario, el señor absoluto de su cuerpo, sino el usufructuario. De donde se deriva toda una serie de principios y de normas que regulan el hecho y el derecho a disponer de los órganos y de los miembros del cuerpo, y que se imponen lo mismo al interesado que al médico llamado para aconsejarle.»
65. Nos parece que este modo de plantear el problema, está de acuerdo con el Magisterio. Si hubiera más adelante una declaración magistral contraria a nuestra opinión, rectificariamos lo que aquí se expo-

ne, acogiendo siempre, con respeto y agradecimiento, las decisiones de la Santa Madre Iglesia.

66. Puede ser interesante exponer un caso práctico «resuelto» por un autor *médico* contemporáneo, que puede servir como ejemplo de una aplicación «mecánica» de las acciones de doble efecto.

Nos referimos al tumor de útero que, todos coinciden, es lícito extirpar. Hay que distinguir, entre los tumores de útero, aquéllos que son benignos de los malignos. Entre estos últimos se presentan distintas situaciones, desde el carcinoma *in situ* o *estadio* 0 (cero), hasta el cáncer invasivo. En el cáncer invasivo de útero, el tratamiento médico indicado en esta situación es la histerectomía total ampliada (Wertheim-Meigs).

Cuando se trata de una gestación avanzada, es decir, desde la 26a/27a semana en adelante, existe ya una posibilidad de viabilidad fetal, pues, aunque se trate de un prematuro de 3er ó 4to grado, hay siempre una esperanza razonable de supervivencia en incubadora. Por otra parte, la dificultad técnica de una histerectomía total aconseja la práctica de una cesárea abdominal, extrayendo un prematuro que tiene probabilidad de vivir y, a continuación, el tratamiento del cáncer uterino.

Estando el útero vacío también es posible emplear radium intravaginal e intracervical que, para algunos autores, sería más conveniente dada la amplia vascularización y congestión existente. (Algunos prefieren el tratamiento con radium ya en los primeros meses de la gestación, aunque como es sabido esto entraña graves riesgos para la vida del feto).

Este autor que comentamos utiliza la terapéutica conservadora —cesárea, con niño en incubadora— y tratamiento posterior del cáncer uterino. Sin embargo, dice que, si bien no se puede provocar el aborto para evitar que nazca un feto lesionado, en el caso de que ese feto malformado se diera junto con un tumor, sí estaría permitida la histerectomía total «dentro de las vías que la estricta Deontología nos abre» —dice—; es preferible la interrupción del embarazo a la obtención de un feto malformado. «Creo que con ello hacemos una obra de caridad». Al aplicar mal los principios morales algunos médicos podrían pensar así: Si fuese posible la intervención preventiva sobre la trompa lo sería también el tratamiento preventivo que propugnaban algunos médicos años atrás —cuando no existía la cesárea—, para evitar una distocia materno fetal, así p.e., a los cinco meses de embarazo ya sé que el feto no podrá llegar a término (a los nueve meses) y salir por sus medios de la matriz por estrechez del canal del parto. Entonces para salvar la vida de la madre podría actuar preventivamente, destruyendo su cabeza, para que el feto pueda salir por sus medios. Se dirá que esto es matar directamente al feto: sin embargo a los cinco meses, decían algunos, puede hacer-

se una punción de la bolsa amniótica, y, aplicando indebidamente el principio de las acciones de doble efecto, decir que es lícito por ser aborto indirecto; lo que intento es salvar la vida de la madre, lo que lesiono es la trompa (léase saco amniótico), «trompa» que está enferma porque contiene un feto que no puede salir por sus medios del útero, es decir que no es viable. Y la enfermedad de la madre que resuelvo es su estrechez pélvica.

67. No profundizamos en la comunicación del Dr. Wallace(*) sobre el tratamiento trasplante de un embarazo ectópico de trompa a útero. (*) Cfr. C. J. WALLACE, *Transplantation of ectopics pregnancy from Fallopian Tube to Cavity of Uterus*, en *Surg. Gyn. Obst.*, 24, 5 (1971) 578-579.



ÍNDICE

	<u>Pág</u>
PRESENTACIÓN	487
ÍNDICE DE LA TESIS	489
BIBLIOGRAFÍA DE LA TESIS	493
SIGLAS Y ABREVIATURAS	497
EL EMBARAZO ECTÓPICO	499
I. Doctrina del Magisterio	499
A. Respuestas del Santo Oficio	499
B. Interpretaciones de los Moralistas	501
C. Conclusiones	503
II. Opiniones sostenidas por los Moralistas	503
A. Duda en el diagnóstico	504
B. Embarazo ectópico cierto	507
C. Conclusión	518
III. Aplicación de los Principios morales al Tratamiento.	519
A. Límites del problema	519
B. El tratamiento del embarazo ectópico	522
1. Consideraciones previas	522
2. Embarazo ectópico interrumpido	525
3. Embarazo ectópico asintomático	528
C. Conclusiones	543