

ESTADO ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA DEL ABORTO EN EUROPA OCCIDENTAL*

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Aborto: infracción ética e infracción penal?* III. *El movimiento despenalizador.* IV. *Sistemas penales de regulación del aborto.* V. *Permisibilidad del aborto y derecho a la vida.* VI. *Valoración médico-deontológica del aborto.* VII. *La posición del médico en los sistemas de despenalización: La cláusula de conciencia.* VIII. *El aborto desde el plano médico.*

I. INTRODUCCIÓN

El aborto es uno de los problemas más graves del mundo contemporáneo, sea desde el plano ético, médico, familiar, social o jurídico.

No siempre ha sido así. En los pueblos antiguos no constituyó un "problema", era un hecho admitido y frecuente, incluso los pensadores más preclaros —Platón, Aristóteles— lo propugnaban como medio, verbi-gracia, de prevenir los excesos de población. Su comisión no daba lugar a sanciones, excepto en salvaguarda de los derechos que correspondían al padre o por las eventuales lesiones o muerte causadas a la madre.¹

* El presente estudio se ha redactado a solicitud de la *División de l'Enseignement et de la Recherche*, del Consejo de Europa, con destino al *Manuel sur le médicine et les droits de l'homme*. En prensa, en lengua francesa.

Con la colaboración de Aurelia-Asunción Richart Rodríguez (apartado I y II), Luis Arroyo Zapatero (apartados III, IV, V y VII), profesores ayudante y titular, respectivamente, de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense. Jesús María Mújica (apartado VI), catedrático de la Universidad Pontificia de Salamanca. Santiago Dexeus Trias de Bes (apartado VIII), director del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Instituto Dexeus, asociado a la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

¹ Esta concepción se refleja en el Antiguo Testamento, donde no se menciona el aborto voluntario y se cita, una sola vez, el culposo (Exodo: 21, 22-25). Este es su tenor: Si unos hombres riñen y golpean a una mujer encinta y se sigue el aborto sin otro perjuicio, se le exigirá una emmienda, según lo que le imponga el marido de la mujer y pagará según la decisión de los magistrados. Pero si se sigue accidente pagará vida por vida, ojo por ojo, diente por diente, mano por mano, pie por pie, quemadura por quemadura, herida por herida, cardenal por cardenal.

Asimismo, el paso I,3, del famoso Juramento Hipocrático, según investigaciones recientes —en el supuesto de que no haya sido interpolado en época alejandrina—, expresa un sentimiento elevado de la función médica, inherente a un ejercicio de

Ni siquiera en Roma se reprimió durante siglos. No se prevé, por ejemplo, en la *lex Cornelia de sicariis* o en la *Pompeia de parricidis* del año 81 y 55 a.C., respectivamente. Ecos de un enjuiciamiento ambiental desfavorable —por afectar a intereses demográficos del Estado, por la futilidad del motivo (conservar la mujer su belleza), o exponer a ésta a riesgos en su vida o salud—, aparecieron, por vez primera, en Cicerón, Ovidio y Séneca. La realidad es, empero, que tanto entonces, como más tarde, el feto se consideró *portio viscerum matris*. Los propios rescriptos de Septimio Severo y Antonio Caracalla (211 d.C.), que prevén el exilio temporal, por vía penal extraordinaria, a la mujer que aborta, no lo imponen por la destrucción del feto, sino por la lesión de los derechos del marido a la prole; al igual que se pune con penas *extra ordinem* el suministro de *pecula abortionis* (bebidas abortivas peligrosas), pero no por producir el aborto, sino por atentar a la incolumidad física de la madre.

La concepción opuesta, que el aborto sea un homicidio, la había sostenido el judaísmo helenístico, pero se debe a la Iglesia su general acogida, en particular desde que el Cristianismo se convierte en religión del Imperio. Una dificultad surgió enseguida: ¿el feto posee alma humana desde el momento de la fecundación o más tarde? La mayoría de los teólogos estimaron que la animación se produce (Agustín y Tomás de Aquino) en un momento ulterior: 40 días, si se trata de varón, 80 o 100 si de hembra. Solo entonces existe un *corpus formatus*, y su destrucción es homicidio; en consecuencia, la pena civil a imponer es la muerte. En otro caso, la pena ha de ser más leve, generalmente destierro. Sixto V, el 29 de octubre de 1588, rompería esa tradición, considerando homicidio tanto la muerte de fetos animados o inanimados, formados o informados. Por obra del Cristianismo, la doctrina expuesta se acoge en el derecho canónico y en el común, pasa a los Estatutos y se reproduce en los derechos territoriales.

la medicina digno de este nombre, pero no permite hacer deducciones acerca de las actitudes normativas, religiosas, éticas, imperantes respecto del aborto en un periodo histórico en que abortar era práctica generalizada. Algún autor piensa por ello (Kudlien, Edestein) que pueda tratarse de un documento originado en el siglo IV a.C. en una comunidad médica de pitagóricos y de aplicación, en principio, sólo en ella. Existen dudas también acerca del término *πεσος* (pesario abortivo) "de incierta etimología", sobre si el compromiso de Hipócrates pretende simplemente garantizar la no interferencia del médico en las funciones de las comadronas, es decir, impedir prestaciones (proporcionar abortivos) que correspondían a una escala sanitaria inferior y, por último, también presenta dificultades el que pueda estimarse lícita la conducta de no provocar el aborto cuando se dan los presupuestos del denominado aborto terapéutico.

En el siglo XVI el aborto era un crimen al que en la generalidad de los países se imponía pena capital. La situación cambió, a partir del XVIII, por influjo de los filósofos de la Ilustración: se prevén desde entonces penas de prisión en general severas; a las razones tradicionales para castigar el aborto (principalmente la destrucción de una vida humana) se suelen añadir motivaciones demográficas; se pune la muerte del producto de la gestación sin tener en cuenta plazo alguno; tan sólo la *causa honoris* opera como atenuante.

Con algún matiz —verbigracia, acogida o no del aborto terapéutico legislativa o jurisprudencialmente, penas más leves de privación de libertad, etcétera—, esta es la situación que en Europa occidental imperó hasta comienzos de la década de los setenta, salvo el paréntesis nacional-socialista, con reflejos en otras partes [Italia, España, Francia —ley de 15 de febrero de 1942—²], que llevó a prever, por ejemplo en Alemania, por primera vez desde 1791 (ordenanza de 18 de marzo de 1943), la pena de muerte para punir los “perjuicios causados de manera repetida a las fuerzas vivas del pueblo alemán”, o a aceptar como eximente la indicación racial; excesos que desaparecerían al terminar la Segunda Guerra Mundial, retornándose en general a la situación anterior a 1930, la cual sólo empieza a modificarse a partir de los años setenta. De ello nos ocuparemos más adelante.

II. ABORTO: ¿INFRACCIÓN ÉTICA E INFRACCIÓN PENAL?

Con independencia de que la vida del feto sea o no vida humana desde el momento de la concepción, de la anidación, o más tarde, es indudable que su destrucción no es una cuestión baladí. Es un hecho grave desde el plano del fruto de la concepción, desde el plano de la madre, desde el plano social, con connotaciones éticas, que muchos resuelven en favor de la vida del feto. Muchos otros no.

Ahora bien, en este complejo tema debe quedar absolutamente en claro desde el principio algo que con frecuencia se confunde: decir sí a la vida del feto, no significa decir sí a la represión penal indiscriminada del aborto.

Es cierto que las leyes penales reflejan valores ético colectivos (se habla del *minimum ético* que el derecho penal representa), en cambio

² En París se dictaron dos condenas capitales: El 9 de junio de 1943, a una lavandera culpable de realizar 26 abortos, ejecutada el 20 de julio siguiente. Y el 13 de agosto de 1943 a una reincidente autora de tres abortos, pena de muerte que no se ejecutó.

no lo es, por una parte, que por el hecho de acoger tales valores a toda costa una ley se conforme sin más a exigencias éticas, ni, por otro lado, que se tenga que sancionar penalmente todo lo que es reprochable en el plano moral.

1. Respecto al primer punto, para que una ley se acomode a exigencias éticas se requiere no sólo que refleje valores morales, también que su aplicación sea practicable, es decir, que tenga en cuenta los límites inherentes a su eficacia y a la equidad, y respete los principios de libertad y dignidad de la persona humana consustanciales a una sociedad democrática y pluralista, en la que no pueden imponerse, por medio de la pena, concepciones no aceptadas por la generalidad de los ciudadanos. Por lo demás, acudir al castigo para conseguir fines de perfeccionamiento individual, produce una perversión de las bases sobre las que se estructura la moral, que es la libertad. Sólo las acciones libres son éticamente valiosas, no las realizadas para evitar un castigo. Las penas estatales son ontológicamente inválidas como medio de perfección moral. La eventual no punición del aborto, no significa que la mujer embarazada tenga que abortar, o que pueda moralmente hacerlo. En absoluto. Los seguidores de concepciones religiosas o éticas que repudian el aborto han de abstenerse de practicarlo, pero no constreñidos por la pena, sino por libre decisión de su conciencia. La no punición de una conducta no la convierte en ética si antes no lo era.

2. En lo que al segundo punto respecta, no todo lo reprochable moralmente es reprochable también en el ámbito penal. Aún más, ni siquiera todo lo "merecedor de pena" es "capaz de pena" (es ser). Basta pasar la vista por la Biblia y por los códigos penales vigentes para observar la desaparición del antiguo paralelismo entre pecado y delito. A hechos que llevaron a la ejecución capital durante siglos (por ejemplo, "Quien se acueste con una bestia, morirá" [Éxodo: 22,18]), no se impone hoy ni una leve pena de multa. Algunos de estos hechos han desaparecido del catálogo punitivo muy recientemente, verbigracia, en España, el adulterio, el amancebamiento, la propaganda anticonceptiva, ciertas modalidades de estupro. Lo ético, para el derecho penal, no es un fin *per se* sino la resultante de la escrupulosa aplicación de los principios de justicia, humanidad, igualdad, subsidiariedad y proporcionalidad de la norma (Philippe Graven).

3. Podría alegarse, empero, que estos comportamientos han dejado de ser delictivos porque han pasado a ser ético-socialmente soportables, lo que no ocurre con el aborto. Y que a pesar de que mediante la pena no se consiga mejorar el talante moral de los ciudadanos frente al hecho

del aborto, al menos se consigue evitar su comisión. La realidad es bien diversa: el aborto es con toda probabilidad el delito que presenta en todos los países una cifra negra o zona oscura más amplia, es decir, en que es mayor la diferencia entre los hechos delictivos realizados y los condenados, o, con otras palabras, en que la represión es más ineficaz. En España, por ejemplo, frente a los 300,000 abortos anuales realizados, según reconoció la Fiscalía del Tribunal Supremo en 1974 (o de 100,000, según la revista especializada *Tribuna Médica* en número monográfico dedicado al aborto el mismo año) el 31 de diciembre de 1978 —últimas estadísticas publicadas— se encontraban en prisión, condenadas por aborto, 19 personas (11 mujeres, 8 varones). Ese mismo año 1978, los Tribunales apreciaron la comisión de 39 delitos de aborto.

En Alemania, antes de la reforma, el número de abortos oscilaba entre 80,000 y 200,000, de los que se sancionaban —la mayoría con pena de multa— de 100 a 200. Y en la generalidad de los países que lo reprimen ocurre lo mismo. ¿Se puede asegurar seriamente que la represión penal del aborto logra impedir que se cometa?

Aún más, los procesados y condenados pertenecen en su totalidad a las clases más desfavorecidas —las privilegiadas eluden la acción de la justicia de múltiples formas, entre otras, haciéndose abortar fuera de las fronteras del Estado—, con violación flagrante del fundamental principio de igualdad de todos los ciudadanos ante la ley.³ Por otra parte, estas mismas clases desfavorecidas son las que fundamentalmente sufren las secuelas negativas de los abortos clandestinos en su vida, salud, explotación económica, etcétera. (Véase en el cuadro de la siguiente página una idea más detallada acerca del aborto legal.)

4. La insistencia con que a veces se clama por la represión penal indiscriminada del aborto con el fin, según se confiesa, de proteger al *nasciturus*, con plena conciencia de que la simple previsión en las leyes penales de las conductas de aborto no ha evitado en ningún país las hecatombes de fetos, constituye una manifestación puramente verbal en favor de la vida humana en formación tras la cual se atrincheran cómodamente quienes defienden esta tesis, a sabiendas de que de tal forma ni se impiden las muertes de fetos, ni se hace absolutamente nada útil para ayudar a la embarazada en situación conflictiva (Baumann). Es una fácil cobertura para conciencias poco exigentes. Más difícil resulta

³ Los tribunales españoles dictaron entre los años 1980 y 1983 varias sentencias condenatorias por abortos cometidos en el extranjero. Esta práctica ha sido declarada inconstitucional, por estimarse contraria al principio de legalidad, habida cuenta de que el ordenamiento español se rige por el principio de territorialidad, por sentencia número 75/1984, de 27 de junio, del Tribunal Constitucional.

**ABORTOS LEGALES EN INGLATERRA Y PAIS DE GALES OBTENIDOS POR LAS NO RESIDENTES, SEGUN PAIS
HABITUAL DE RESIDENCIA, 1969-1978**

	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
Bélgica	200	600	2,100	2,500	1,500	600	400	400	300	300
Dinamarca	—	100	200	100	—	—	—	—	—	—
Francia	500	2,300	12,000	25,200	35,300	36,400	14,100	4,600	4,100	3,300
República Federal de Alemania	1,630	3,600	13,600	17,500	11,300	6,000	3,400	2,400	1,700	1,200
Irlanda, n.	100	200	600	800	1,000	1,100	1,100	1,100	1,200	1,300
R. F. Irland.	100	300	600	1,000	1,200	1,400	1,600	1,800	2,200	2,500
Italia	—	100	200	500	1,200	1,800	5,600	8,200	7,500	4,200
Holanda	100	800	800	200	100	100	100	100	—	—
Escocia	200	300	500	800	1,100	1,000	1,100	1,000	800	1,000
España	—	100	200	700	1,800	3,000	4,400	6,400	10,200	14,100
Suiza	—	100	400	700	700	600	400	300	300	300
Estados Unidos y Canadá	2000	1,900	300	200	100	100	100	100	100	—
Otros	200	200	700	1,100	1,300	1,400	1,200	1,300	1,900	2,100
Total	5,000	10,600	32,200	51,300	56,600	53,500	33,500	27,700	30,300	30,300

NOTA: No valorables o menos de 50 están incluidos en "otros".

FUENTE: Tietze y Lemit.

crear centros asistenciales para madres solteras, proporcionarles trabajo (o no expulsarles del que tenían), prestar ayuda satisfactoria a las familias numerosas, dotar instituciones de recuperación, tratamiento o atención de subnormales, resolver el problema del chabolismo, etcétera, factores que la mayoría de las veces son los que llevan al aborto.

De lo expuesto se deduce que en la problemática sobre la interrupción del embarazo no corresponde el principal papel a la legislación penal. Se trata de un problema sociopolítico general. En consecuencia, quienes pretendan contener la creciente ola de abortos han de dirigir sus esfuerzos a configurar las correspondientes medidas sociopolíticas. Un papel básico juegan, por un lado, las preventivas del embarazo; por otro, las que tienden a evitar que la embarazada aborte precipitadamente ante una situación de conflicto que estima no poder resolver de otra forma (Hirsch). Lo fundamental no es, empero, dictar leyes penales o no penales, sino operar un cambio en las actitudes de la población.

Estas consideraciones se reflejan en la regulación penal del aborto de las legislaciones de Europa occidental, en particular después de las modificaciones operadas en ellas como consecuencia de las resoluciones o sentencias de los tribunales constitucionales de diversos países que hubieron de pronunciarse sobre las reformas que los mismos acababan de introducir. De ellos nos ocuparemos a continuación.

III. EL MOVIMIENTO DESPENALIZADOR

Durante los últimos veinte años y, en particular, a partir de la década de los setenta, en los países de Europa occidental la previsión legislativa de la interrupción voluntaria del embarazo ha partido, más que de la regulación del aborto como un conflicto entre intereses o valores diferentes, es decir, más que del deseo de dar respuesta a una cuestión de principio, de la urgente necesidad de tomar en consideración los factores que lo producen, o sea, de una exigencia pragmática, lo que ha llevado, en parte, a su despenalización. La valoración ontológica de la vida en formación se ha tenido en cuenta en un estadio ulterior, en el de la formulación concreta de la conducta a inculpar, y a impulso, no pocas veces, de las respectivas instancias constitucionales.

Los países que en medida mayor o menor han despenalizado el aborto se apoyan, pues, en una exigencia práctica conocida con el nombre de "política criminal del aborto". Esta es su formulación sintética: Las estimaciones estadísticas ponen de manifiesto, sea que las leyes que

prohíben radicalmente el aborto voluntario con el fin de tutelar la vida en formación se infringen masivamente, sea que la conciencia social o las instituciones encargadas de la persecución de los delitos no rechazan en forma efectiva tal fenómeno delictivo; lo que significa que la justicia penal fracasa en su función de contener el delito dentro de ciertos límites y, en consecuencia, en su acción de tutelar efectivamente la vida en formación.

Aún más, al conocimiento del fracaso del recurso a la pena criminal para combatir el fenómeno del aborto voluntario se añade de la constatación de las negativas consecuencias derivadas del sistema de prohibición general del aborto: la clandestinidad que la prohibición impone determina que la mayor parte de los abortos que se practican se verifiquen en condiciones deplorables de higiene, con la consiguiente puesta en peligro de la salud o de la vida de las mujeres que se deciden por el aborto a pesar de la amenaza de la pena. A este problema de carácter sanitario, el castigo penal del aborto añade otras graves consecuencias en el orden social, en particular la enorme discriminación que origina respecto de las mujeres que disponen de medios económicos o culturales para procurarse un aborto en condiciones sanitarias aceptables, específicamente en el extranjero.

Por otra parte, los contados casos de aborto que llegan a conocimiento de los tribunales, centran el interés de la comunidad en los problemas de la mujer que aborta, en sus motivos y situación, es decir, en un ámbito distinto al del interés protegido por la norma. Se extiende así en la conciencia colectiva el rechazo de una situación legal que no sólo no tutela eficazmente la vida en formación, sino que además deja sola, aislada, sin ayuda, a numerosas mujeres en situación psicológica y social sumamente grave, motivadora, incluso, de conducta de aborto.

Por todo ello, se ha abierto camino en la colectividad la idea de que por carecer el sistema tradicional de prohibición penal del aborto de la racionalidad a la que deben acomodarse las decisiones del legislador, era urgente llegar a su mayor o menor liberalización. La discusión no ha girado, pues, acerca de si se despenalizaba o no el aborto, sino sobre el cómo llevar a cabo la despenalización.

IV. SISTEMAS PENALES DE REGULACIÓN DEL ABORTO

Los sistemas jurídicos que imperan hoy en Europa en materia de aborto pueden reducirse a tres: sistema de prohibición absoluta, con la sola excepción de los supuestos de indicación médica estricta; sistema de indicaciones y sistema de plazos. A esta clasificación, basada

en el tenor literal de las normas jurídicas, ha de añadirse una cuarta categoría caracterizada por la previsión legal de un sistema de indicaciones (Gran Bretaña) o, incluso, represivo, que se convierte de hecho en un sistema permisivo o de plazos.

El sistema de prohibición absoluta del aborto voluntario es actualmente minoritario en Europa (España, Irlanda, Bélgica).⁴ De acuerdo con él se castigan las conductas de autoaborto, consentimiento en el aborto por parte de la mujer y provocación del aborto por un tercero. Estas figuras básicas se suelen acompañar de cláusulas agravatorias consistentes en el resultado de muerte o lesiones graves en la mujer, en la producción del aborto sin el consentimiento de ésta y en la condición de facultativo de quien provoca el aborto. Se castiga también a todas aquellas personas que participan junto a la mujer en la producción

⁴ El Parlamento español ha aprobado el texto de una ley que despenaliza el aborto en los supuestos de indicación terapéutica, eugenésica, criminológica. Dicho texto ha sido objeto de un recurso de inconstitucionalidad que ha suspendido su promulgación (B.O.E., 10 de diciembre de 1983); su tenor literal es el siguiente:

417 ^{bis}: "El aborto no será punible si se practica por un médico con el consentimiento de la mujer, cuando concurren alguna de las circunstancias siguientes:

1ª Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud de la embarazada.

2ª Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3ª Que sea probable que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el pronóstico desfavorable conste en un dictamen emitido por dos médicos especialistas distintos del que intervenga a la embarazada."

Por ley de 26 de mayo de 1983, ratificada por referéndum de 8 de septiembre de 1983, la República de Irlanda ha elevado a rango constitucional la prohibición del aborto ya contenida en la legislación ordinaria. La mencionada ley incorpora una enmienda (8ª) a la Constitución, cuyo texto es el siguiente: "El Estado reconoce el derecho del no nacido a la vida y, con el debido respeto al mismo derecho a la vida de su madre, garantizará en sus leyes el respeto y, en la medida de lo posible, la defensa y la efectividad de este derecho."

Portugal, por ley de 11 de mayo de 1984, ha introducido un sistema de indicaciones restringido, en el que se despenalizan los supuestos de indicación médica, eugenésica y criminológica. La indicación social se acoge parcialmente como circunstancia atenuante.

El Código belga, de 1867, prevé penas de 2 a 5 años de prisión tanto para la persona que practica el aborto, como para la mujer que lo sufre. Desde hace varios años se han presentado, sin éxito, diversos proyectos de ley para modificar esta normativa. El 4 de marzo de 1982 el Parlamento rechazó, por 95 votos contra 92 y 5 abstenciones, una proposición de ley para suspender durante dos años los artículos que prevén el aborto. Pero desde hace unos diez años, a partir del proceso a uno de los mejores ginecólogos del país por haber practicado un aborto, que produjo una gran conmoción, los abortos practicados en hospitales no dan lugar sistemáticamente a intervención judicial.

del aborto y a las que practican directamente el mismo con su consentimiento.

Como circunstancia atenuante específica de la pena no suele preverse más que la "*causa honoris*". En estos sistemas de prohibición absoluta la única limitación se ha introducido por obra de la jurisprudencia, al reconocer efectos justificantes o, en su caso, exculpantes al aborto terapéutico, sobre la base del "estado de necesidad". Ahora bien, estas elaboraciones jurisprudenciales, además de no llegar a ofrecer soluciones político-jurídicas satisfactorias, generan inseguridad jurídica, en particular para el personal médico.

Los sistemas de despenalización legal suelen acomodarse a dos modelos, denominados, respectivamente, de indicaciones y de plazos.

En el primero, la ley determina los supuestos concretos que posibilitan la interrupción voluntaria del embarazo. El abanico más amplio de indicaciones lo presenta probablemente la Ley de la República Federal de Alemania de 1976. De él nos ocuparemos más adelante *in extenso*.

Modelo del sistema de plazos son la ley francesa de 17 de enero de 1975, o la austriaca del mismo año. De acuerdo con la primera, la mujer encinta a la que su estado coloque en una situación angustiosa (*de détresse*) puede pedir a un médico la interrupción de su embarazo. Esta interrupción sólo puede ser practicada antes del fin de la décima semana del embarazo. Ha de verificarse en un establecimiento hospitalario público o en uno privado que satisfaga ciertos requisitos. Se exige previa información a la mujer de los eventuales riesgos de la intervención y de los derechos y ayudas previstos en la ley, la consulta por ésta de determinados centros de información o servicios sociales, y el transcurso de una semana. Transcurridas diez semanas (*à toute époque*), sólo se autoriza la intervención en supuestos de indicación médica o eugenésica. Ejemplo de sistema de plazo es también la ley italiana de 1978, a pesar de revestir la forma externa de sistema de indicaciones.

Muestra de sistema de despenalización legal limitada, pero en la práctica ampliamente permisivo, es la ley inglesa de 1967 (*Abortion Act*, completada por las *Abortion Regulations* de 1968), ya que, a pesar de reconocer tan sólo la indicación médica, en el amplio sentido de indicación médico-social —riesgo para la vida de la mujer encinta o para su salud física o mental, o para los hijos ya nacidos, más grave que el que resulte de la interrupción del embarazo, teniendo en cuenta las condiciones del medio en el que vive o previsiblemente vivirá— y la indicación eugenésica, ha supuesto en su aplicación uno de los más libe-

rales sistemas despenalizadores, al no preverse limitación temporal alguna para practicar el aborto, ni ningún tipo de mecanismo administrativo para conceder la autorización. Basta que los médicos determinen que se da alguna de las indicaciones citadas y que la interrupción del embarazo se efectúe en hospitales del National Health Service o en clínicas privadas aceptadas por el Ministerio de Sanidad.

Una permisibilidad aún más amplia impera en Holanda en la práctica, a pesar de seguir en vigor los preceptos del Código Penal que castigan el aborto.⁵

V. PERMISIBILIDAD DEL ABORTO Y DERECHO A LA VIDA

En los países que han seguido la vía de la despenalización, en el momento de concretar su configuración, ha surgido el problema de hacer compatible la permisibilidad del aborto voluntario con el principio jurídico fundamental del derecho a la vida, que algunas Constituciones, y algunas declaraciones internacionales, consagran expresamente y que, en cualquier caso, se considera implícito en los textos constitucionales de Europa occidental.

El derecho a la vida se prevé de modo expreso, por ejemplo, en la Declaración Universal de Derechos del Hombre (1948), en el Pacto Internacional relativo a los Derechos Civiles y Políticos, adoptado por las Naciones Unidas en 1966, y, en particular, en el artículo 2,2 de la Convención Europea para la Salvaguarda de los Derechos Humanos. En ninguno de estos documentos se determina, empero, cuándo comienza el derecho a la vida. Derecho que tanto en la Declaración Internacional sobre Derechos del Niño, de 1959, como en la Convención Americana relativa a los Derechos del Hombre, de 1970, y en la Carta Europea de los Derechos de la Infancia, de 1979, se establece a partir de la concepción.

Asimismo se estatuye este derecho, sin determinar cuándo se inicia la vida humana, entre otras, en la Constitución de la República Federal de Alemania (artículo 2,2), y en la Constitución española (artículo

⁵ En la generalidad de los países del Este europeo se pasó sin transición, a partir de 1955, del sistema represivo al de plazos o a otro muy amplio de indicaciones. Ante una baja notable en la natalidad en unos o espectacular cifra de abortos legales (verbigracia, 1,115,000 en 1956, en Rumania) en otros, dictaron de nuevo leyes más restrictivas: Bulgaria en 1967, 1973 y 1974 (se prohíbe el aborto a las mujeres sin hijos, o con uno solo, salvo en situación de peligro para la vida o salud de la madre o alteraciones en el feto), Rumania en 1966, Checoslovaquia y Hungría en 1973, etcétera.

15). A este respecto es igualmente relevante la consagración constitucional del principio de inviolabilidad de la dignidad humana reconocido, verbigracia, en el artículo 1,1 de la ley fundamental de Alemania Federal, citada.

El problema jurídico planteado es el de si estos preceptos constitucionales relativos al derecho a la vida son en algún modo limitadores de la libertad del legislador para despenalizar o permitir la interrupción voluntaria del embarazo. Los tribunales constitucionales de Alemania Federal, Austria e Italia, el Consejo Constitucional de Francia y la Comisión Europea de Derechos Humanos, que han tenido que pronunciarse sobre el tema, lo han hecho de forma dispar. Todos ellos coinciden, sin embargo, en considerar lícito el aborto voluntario en los supuestos de indicación médica en sentido amplio, es decir, no sólo en el caso de hallarse en peligro la vida de la embarazada, sino también su salud física o mental.

El Tribunal Constitucional italiano (sentencia de 18 de febrero de 1975) y la Comisión Europea de Derechos Humanos (decisión de 13 de mayo de 1980) se limitaron en sus resoluciones a declarar compatible la indicación médica con la vigencia del derecho a la vida. Se abstuvieron, sin embargo, de examinar y resolver acerca de la compatibilidad de este derecho con otras indicaciones o con el sistema de plazos.⁶

El Consejo Constitucional de Francia (15 de enero de 1975) y el Tribunal Constitucional austriaco (11 de octubre de 1974) declararon la compatibilidad entre las respectivas Constituciones y el sistema de autorizar a la mujer, dentro de las diez primeras semanas, a interrumpir su embarazo si se halla en situación angustiosa.⁷ El Tribunal austriaco, que entró en el fondo del asunto, manifestó que el derecho a la vida, proclamado en el artículo 2 de la Convención Europea, no se refiere a la vida de los no nacidos, por tratarse de un derecho referido tan sólo a las personas (nacidos), al igual que ocurre con los demás derechos reconocidos en la Convención y en las Constituciones.

⁶ La importante sentencia del Tribunal Constitucional italiano declaró anticonstitucional el artículo 546 del Código Penal "en la parte que castiga a quien produce el aborto de una mujer con su consentimiento, y a la propia mujer, incluso cuando se pruebe la peligrosidad del embarazo para el bienestar físico o el equilibrio psíquico de la gestante", aunque no se den los extremos del estado de necesidad previstos en el artículo 546 del Código Penal.

⁷ Es paradigmático en este sentido que la ley francesa de 17 de enero de 1975 que, como se ha expuesto *supra*, es característica del sistema de plazos, establezca en su artículo 1, precisamente, que la "ley garantiza el respeto a todo ser humano desde el comienzo de la vida. No puede atentarse a este principio más que en caso de necesidad y según las condiciones definidas en la presente ley".

El Tribunal Constitucional alemán (25 de febrero de 1975) —que hubo de decidir sobre la constitucionalidad de una ley (26 de abril de 1974) que establecía el sistema de plazos—, se manifestó también sobre el problema de fondo, pero llegando a resultados distintos de los del Tribunal austriaco. Declaró incompatible con el derecho a la vida y a la dignidad humana un sistema de despenalización que permita como regla general dejar a la libre decisión de la mujer la interrupción del embarazo, aunque sea sólo en la primera fase del mismo (tres meses). Esta tesis se fundamenta en la consideración de que el derecho a la vida se garantiza a todo aquel que vive y sin que se pueda distinguir entre nacidos y no nacidos, entre fetos viables o no, o entre periodos anteriores o posteriores de la gestación. Con otras palabras, el Tribunal estimó que la vida del feto debe gozar de la protección que la Constitución dispensa a la vida humana en general y que el Estado está obligado, en consecuencia, a proteger la vida del feto en tanto dure el embarazo, incluso frente a la madre y a su derecho a la autodeterminación. El Tribunal reconoció, no obstante, la compatibilidad de esta tesis con un sistema de indicaciones amplio —tan amplio como el hoy vigente en Alemania Federal—, siempre que la decisión sobre el aborto corresponda a personas distintas de la mujer, que serán las encargadas de constatar si en el caso concreto se cumplen los requisitos legales.

Esta es, en síntesis, la situación actual en Alemania tras la reforma operada por ley de 18 de mayo de 1976, dictada en cumplimiento de la sentencia del Tribunal Constitucional. El Código Penal castiga, en principio, toda actividad abortiva intencional. Pena prevista para la mujer que aborta es privación de libertad hasta un año o multa. Mientras para el *extraneus* que lo efectúa la privación se extiende hasta tres años o multa, salvo que concurren particulares circunstancias agravatorias (realizarlo contra la voluntad de la embarazada o haber puesto en peligro la vida de la madre o causado graves daños a su salud de forma culposa), en que se puede privar de libertad al autor de 6 meses a 5 años.

Una pena especial se prevé para el médico que contra la *lex artis* (*wieder besseres Wissen*) determinó falsamente que se dan los presupuestos para interrumpir el embarazo (privación de libertad de hasta dos años o multa).

El legislador, sin embargo, exime de pena a la embarazada que, tras los asesoramientos previstos, se hace abortar por un médico, dentro de las 22 semanas del embarazo. Se prevé, asimismo, que el juez pueda

no imponer pena si la embarazada cometió el hecho impulsada por una situación particularmente angustiosa (*besonderer Bedrängnis*).

Fuera de estos supuestos, se permite el aborto, con consentimiento de la embarazada y realizado por el médico, si atendiendo a las circunstancias presentes y futuras de la embarazada y, de acuerdo con el criterio médico, se considera indicado interrumpir el embarazo para evitar un peligro para la vida o un grave perjuicio para la salud física o psíquica de la embarazada, siempre que este peligro no sea evitable de alguna otra manera exigible (indicación médico-social). De igual manera, se permite si, según criterio médico, existen fundadas razones para estimar que el niño, a consecuencia de disposición hereditaria o alteraciones sufridas durante el embarazo, padecerá de una lesión incurable en su salud, de tal entidad que a la embarazada no pueda exigírsele la prosecución del embarazo y éste es interrumpido antes de las 22 semanas (indicación eugenésica). Igualmente si la mujer ha sido víctima de un delito contra la libertad sexual y existen fundadas razones para admitir que este delito ocasionó el embarazo y éste es interrumpido antes de las 12 semanas (indicación criminológica o ética).

En todos estos casos la impunidad del aborto se hace depender de dos requisitos más: la previa visita de la embarazada al centro de asesoramiento tres días antes, al menos, de la intervención, y la certificación escrita, por parte de un médico distinto del que interrumpirá el embarazo, de la existencia de algunas de las causas que justifican el aborto.⁸

No se considera, por último, interrupción del embarazo las acciones realizadas antes de la anidación del huevo (*vor Abschluß des befruchteten Eies in der Gebärmutter*), es decir, si se produce en el curso de los trece primeros días.⁹

⁸ En 1980 se realizaron en Alemania 87,702 abortos legales: la mayoría, 63,289, en situación de emergencia; 20,099 por indicación médica; 3,053 por prescripción genética; 101 por indicación criminal; en 1,160 casos no consta la indicación. A esta cifra habría que añadir, según Hirsch, unos 20,000 abortos legales no dados a conocer por los médicos, y otros 30,000 realizados por alemanas en el extranjero, y los ilegales llevados a cabo en el interior, que elevan la suma a 150,000 aproximadamente.

⁹ En un sentido radicalmente distinto al europeo, y que por ilustrar la compleja problemática analizada merece cita, se manifestó el Tribunal Supremo de Estados Unidos de Norteamérica en el conocido caso *Roe versus Wade*, de 23 de enero de 1973 (también en el *Doe versus Bolton*, del mismo año), al declarar anticonstitucionales las leyes de los estados federales que sancionen penalmente el aborto. El Tribunal Supremo partió del argumento de que "*the unborn have never been recognized in the law as persons in the whole sense*", que el interés del Estado a la vida del feto no puede afectar "*the woman's right to privacy*", lo que no significa aceptar la tesis que la mujer posea un derecho absoluto a abortar sin tener en cuenta las circunstancias. En todo caso, el interés del Estado a la vida potencial del feto empieza a

VI. VALORACIÓN MÉDICO-DEONTOLÓGICA DEL ABORTO

El problema del aborto en el aspecto de la deontología médica se plantea en nuestros días con caracteres desconocidos en otros tiempos. El aborto entendido como interrupción voluntaria del embarazo, se encuentra en una especie de encrucijada de valores: entre el "respeto a la vida" —valoración moral aceptada en general— y el hecho brutal y concreto de que ese respeto choca a diario con otros valores que se desea vivamente realizar.

Este cuadro de conflictividad queda bien reflejado en una invocación de valores que subyace a las diversas motivaciones a las que se refiere la clasificación habitual de las indicaciones del aborto: indicación eugenésica, indicación terapéutica, indicación social e indicación criminológica o ética.

Dentro de esta encrucijada de valores, la jerarquización de los mismos en modo alguno resulta unitaria en la cultura multiforme que es típica de nuestra sociedad. En cualquier caso, es difícil encontrar hoy tomas de posición que, fuera del contexto polémico inmediato, sostengan que la vida del feto carece de todo valor.

La cuestión en la actualidad, por lo tanto, se centra en torno a la fuerza normativa derivante de cada uno de los valores en juego.

¿Es la fuerza normativa del valor de la vida del feto tan *absoluta* que los otros valores deben ceder ante ella siempre y en cualquier circunstancia? o, manteniendo la apreciación del valor respecto a la vida del feto, ¿no será legítimo en determinadas circunstancias conflictivas anteponer la salvaguarda práctica de otros valores procediendo al aborto?

En la problemática del aborto entran en juego los siguientes valores fundamentales: el reconocimiento de todo ser humano a las básicas condiciones de vida, así como a la vida misma; la protección de este derecho a vivir, sobre todo por parte de aquellos que han colaborado al surgimiento de esa vida incipiente; la defensa de una idea recta de la maternidad y la paternidad; el principio ético del médico "como el que protege y cuida la vida humana y nunca llega a ser su destructor".

Todos estos valores logran su centro y un particular dramatismo en la relación entre la madre y el hijo, y entre el padre y el hijo. La humanización de todo el género humano y la totalidad de las relaciones humanas no pueden ser separadas de esta relación fundamental.

partir del final del primer trimestre, sobre la base de que sea viable y sin que la proscripción del aborto entonces pueda afectar a la vida o la salud de la madre.

En el aborto coinciden, pues, una serie de valoraciones en cuya jerarquización logra discernimiento operativo en el orden ético el denominado "principio de conflicto de valores".

La recta aplicación de este principio obliga a tratar algunos problemas concretos que la realidad puede presentar. Y en primer lugar el aborto terapéutico.

A este respecto, hay que constatar la creciente disminución de las situaciones conflictivas que sustentaban la indicación del aborto terapéutico. De todos modos, en lugar de asumir y formular moralmente tales situaciones con la metodología tradicional de la "voluntariedad indirecta" o del principio del "doble efecto", resulta más coherente hacerlo mediante el examen ponderado de los valores que entran en juego de manera conflictiva.

Es difícil calificar como éticamente negativa una conducta que, en tales circunstancias, tiende a salvar los valores mismos de la vida humana, puesta en peligro por factores puramente biológicos sin intervención de otra voluntariedad humana.

Para el abordaje moral de la problemática planteada por las otras indicaciones, es necesario tener en cuenta un problema previo: el del comienzo de la vida humana. Esta cuestión no puede ser solucionada por la pura experimentación biológica y embriológica, ni por la especulación filosófica. En el primer caso nos encontramos fuera de la posibilidad de determinar la "humanidad" y en el segundo nos hallamos lejos de la determinación sobre la "vida". De todas formas, la reflexión crítica, punto de partida de la responsabilidad ética, ha de tener en cuenta tanto los datos provenientes de la ciencia, como los horizontes filosóficos sobre lo propiamente humano o personal.

En la situación actual resulta significativo, sobre el problema del comienzo de la vida humana, los conocimientos presentes sobre el desarrollo de la vida intrauterina: 1) la fusión de los gametos, con la aparición de un genotipo distinto; 2) la segmentación, con su importancia decisiva para la individuación; 3) la implantación en el endometrio con una nueva relación respecto al cuerpo de la madre; 4) la aparición de la corteza cerebral, sustrato biológico de la racionalización.

Sobre la base de estos datos, es necesario afirmar que hay vida humana desde el momento de la fecundación; pero, ¿hay que afirmar, asimismo, la presencia de una vida *personal* desde ese momento? La vida humana debe ser respetada desde el primer instante, pero ¿ha de ser respetada como un nuevo y distinto ser personal?

A esta pregunta fuertes corrientes de pensamiento actual responden que la vida humana debe ser respetada, con todos los derechos inherentes a la persona, desde el momento de la fecundación. Sin embargo, no faltan quienes matizan esta afirmación, teniendo en cuenta la dificultad de precisar exactamente la aparición de una vida propiamente personal. Tal incertidumbre no proporciona fundamento suficiente para privar al embrión del derecho básico a la vida, pero ha de ser tenida en cuenta en los casos que implican conflicto de valores.

Esto adquiere aplicaciones concretas en el supuesto de indicaciones eugenésicas o criminológicas, que pueden revestir el carácter de situación-límite para la persona humana.¹⁰

Llegados aquí, parece necesario subrayar algunos puntos prácticos que resultan orientadores para una deontología médica.

Estos puntos se refieren a la concretación necesaria de los principios generales, así como al derecho a preservar celosamente las exigencias de la conciencia personal y al deber de actuar de la forma más comunitaria y solidaria sobre la conciencia social ambiental.

Resulta superfluo afirmar que no se da ningún aborto en abstracto. La situación concreta tiene rostro y circunstancias delimitantes. Pertenecen a la orientación ética fijar el horizonte utópico de una coherencia general a los valores asumidos en absoluta seriedad. De ahí las exigencias de la conciencia y la fidelidad a la jerarquía de valores. Pero hay muchas situaciones concretas en las que el hecho inmediato no queda sin más iluminado por la línea general de esa coherencia ética. Siempre hay casos que no caben en los marcos de la tipología general. En este sentido, la moral del aborto asume esa dimensión de "sobrecarga humana" de la situación concreta dolorida, que puede tener algo de "irracional" y "oscuro". En esos casos hay que conceder al médico un suplemento de confianza en su capacidad de responsabilidad ante una situación límite que, de otro modo, resultaría desesperante y atrozadora. Él es, al fin, quien tendrá que realizar la difícil y arriesgada opción por unos valores que han entrado en el campo del conflicto.

Tanto los médicos como el personal sanitario auxiliar se encuentran muchas veces ante situaciones que resultan claramente interpelantes para sus convicciones éticas más profundas. Y en las que hay que reco-

¹⁰ Hasta el extremo de que no sólo desde el plano ético-individual, sino también desde el ético-social, tales situaciones extremas —inclusive dentro del respeto fundamental a la vida humana—, se solucionan en favor de la embarazada. En este sentido, el Tribunal Constitucional alemán advirtió que existen indicaciones que, conforme a las actuales concepciones valorativas, resultan en peso e importancia iguales o semejantes a la indicación médica (BVerfGE, pp. 48 y ss).

nocer su derecho a la objeción de conciencia ante la posibilidad de un aborto. Objeción de conciencia —que puede tener lugar tanto frente a la requisitoria de los clientes individuales, en régimen de clandestinidad, como ante las exigencias apoyadas en la permisividad o coacción de un ordenamiento jurídico— que se consagra por las legislaciones liberalizadoras del aborto, las cuales conceden, además, al médico funciones que en ocasiones exceden, incluso, de las propias de su competencia. Analizaremos a continuación, en primer lugar, estas funciones, para exponer, por último, la problemática legal de la cláusula de conciencia.

VII. LA POSICIÓN DEL MÉDICO EN LOS SISTEMAS DE DESPENALIZACIÓN: LA CLÁUSULA DE CONCIENCIA

En los sistemas de despenalización, la autorización para practicar interrupciones voluntarias del embarazo se reserva en exclusiva al médico. Junto a esta función básica se atribuyen al médico otras, más o menos amplias, que dependen de cada sistema legal concreto. En el sistema de plazos (verbigracia, en Francia) la ley suele conferir al médico una tarea puramente informativa y de asesoramiento. La solicitud de la mujer comporta la obligación por parte del médico requerido de informarla y, en su caso, de asesorarla acerca de los problemas que en el plano médico sanitario plantea la intervención abortiva en general, así como las que presenta su propio caso, con base en un reconocimiento médico previo. Por lo común, se suele acompañar esta información médica con otra de carácter jurídico y social, cuyo contenido viene prefijado en unos *dossiers* elaborados por las autoridades sanitarias.

En los sistemas de indicaciones la intervención que la ley reserva al médico es aún más relevante. Junto a la información y al asesoramiento corresponde al médico constatar si en el caso de la solicitante concurren los presupuestos que motivan las indicaciones legalmente previstas, supeditando la ley la interrupción del embarazo a la decisión al respecto del médico oficial. El problema que en este sistema surge es que sólo en los supuestos de indicaciones médicas en sentido estricto o en el más amplio de indicación médico-social o eugenésica, el facultativo interviene en el marco de su competencia profesional. Cuando se atribuye también al médico la decisión sobre la concurrencia o no de las indicaciones ética o social se impone a éste la responsabilidad de tomar una decisión que no se fundamenta sólo en los conocimientos de las ciencias médicas. En realidad, respecto de estas dos indicaciones la ley impone al médico algo que se encuentra más allá de sus deberes

profesionales, pues le fuerza a decidir acerca de la exigibilidad moral de que una mujer continúe o no su embarazo.

Junto a lo expuesto, en las leyes de despenalización revisten singular trascendencia las condiciones en las que se aborda la denominada "cláusula de conciencia". Las leyes suelen reconocer a los médicos y, en su caso, al restante personal facultativo, el derecho a no ser obligados a participar en interrupciones voluntarias del embarazo como consecuencia del cumplimiento de sus obligaciones laborales en un centro hospitalario, entre las cuales las interrupciones abortivas se equipararían a cualquier otra prestación sanitaria.

La consagración jurídica de la cláusula de conciencia radica en el reconocimiento, por parte del legislador, de que en nuestra sociedad el problema de la aceptación o rechazo de la licitud de la interrupción voluntaria del embarazo en los primeros meses del mismo es una cuestión que sólo puede y debe resolverse en el ámbito de la conciencia individual de la persona. Y aunque al legislador moderno le repugna privilegiar al individuo concreto frente a los deberes que se atribuyen a la generalidad de los ciudadanos, las leyes reconocen que si no se debe violentar la conciencia ética individual con una prohibición indiscriminada del aborto, no resultaría coherente imponer a todos los médicos la obligación de realizar o participar en abortos voluntarios, cuya verificación puede estar en contradicción con convicciones éticas fundamentales de alguno de los integrantes de la profesión médica.

En este sentido, el problema que preocupa a los legisladores no es tanto el de la acogida de la cláusula de conciencia, que se admite generalmente, sino el de evitar las consecuencias que la misma puede producir tanto en orden al posible bloqueo fáctico de la aplicación de la ley (por carencia de personal no acogido), como respecto del trastorno de la división del trabajo en los centros sanitarios y de los perjuicios profesionales para los médicos no acogidos a la cláusula, en quienes se concentraría la práctica de abortos como actividad profesional principal.

La preocupación del legislador se centra, pues, en establecer los correctivos que impidan los fenómenos mencionados. El primero de ellos es la exclusión de la cláusula de conciencia en los supuestos de abortos indicados por razones terapéuticas, por estimarse de modo generalizado que el valor jurídico y moral de la vida en formación es, en todo caso, inferior al de la vida —o la salud— de la mujer embarazada. Con la consecuencia de entender que la intervención abortiva por razones terapéuticas se encuentra entre las prestaciones obligatorias de quien tiene por profesión la defensa de la salud y de la vida.

Otros correctivos no encuentran, sin embargo, una acogida tan unánime; por ejemplo, los relacionados con la posible evitación de fraudes a la sanidad pública por parte de profesionales que alegan la cláusula de conciencia en su trabajo en centros sanitarios oficiales, mientras realizan prestaciones abortivas en el ejercicio privado.

Como muestra de cómo las legislaciones regulan este importante tema, exponemos a continuación la situación en Italia, a partir de la ley de 22 de mayo de 1978. La objeción de conciencia exonera al personal sanitario y auxiliar de llevar a cabo las actividades específicas y necesariamente dirigidas a determinar la interrupción del embarazo, pero no a la asistencia anterior y posterior a la intervención. La objeción, por otra parte, no exonera de las "intervenciones indispensables para salvar la vida de la mujer en inminente peligro". Al objetor le basta, para ser exonerado, presentar previamente una declaración escrita, sin necesidad de acompañarla de ninguna clase de motivación. Los hospitales y clínicas autorizadas tienen obligación de asegurar el cumplimiento del procedimiento previsto y de efectuar las intervenciones para interrumpir el embarazo en los supuestos establecidos. La objeción de conciencia se revoca si quien la ha alegado toma parte en los procedimientos o interviene en interrupciones de embarazo.

VIII. EL ABORTO DESDE EL PLANO MÉDICO

1. *Definición del aborto.* La definición del aborto, según criterios estrictamente médicos, se basa principalmente en la posibilidad de la viabilidad del producto de la concepción, en el momento en que se interrumpe el embarazo.

En los textos clásicos de obstetricia y ginecología, era habitual considerar como aborto todo feto nacido antes de las 24 semanas de gestación y que pesara menos de 1,000 gramos.

Actualmente los criterios han variado y se considera como aborto la interrupción del embarazo hasta el final de la semana diecinueve de gestación. De la 20 a la 28 será clasificado como parto inmaduro.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto la siguiente clasificación de la interrupción del embarazo:

- Grupo I: menos de 20 semanas
- Grupo II: de 20 a 28 semanas
- Grupo III: más de 28 semanas
- Grupo IV: otros casos

El aborto, a su vez, se puede distinguir en espontáneo cuando la interrupción no es deliberada, e inducido en el caso contrario. El segundo, a su vez, se subdivide en clandestino y preventivo. El último es la interrupción médicamente provocada de un embarazo con una de las finalidades legalmente reconocidas: terapéutica, eugenésica, ética o social.

2. *Epidemiología.* Se considera que cada año 55 millones de mujeres recurren en el mundo al aborto inducido.

En los países con aborto legalizado el total de usuarias del método alcanza a 3.5 millones anuales.

Estas cifras son lo suficientemente importantes, al margen de cualquier otro tipo de consideración, como para que desde el punto de vista médico representen un segmento numerosísimo de la población, sometido a un trauma o enfermedad circunstancial que el técnico en salud debe considerar en todas sus facetas y posibles problemas. Potts afirma que la mayoría de los medios contraceptivos, representan menos riesgos para la salud y son selectivamente más aceptables que la terminación del embarazo.

La obtención de cifras fiables es siempre difícil. Quizás una experiencia interesante se obtuvo en Rumania, donde en 1965 el aborto inducido se hallaba despenalizado. Se produjo una relación de 3.6 abortos por cada recién nacido. La ley sufrió una variante restrictiva, con lo que la tasa de natalidad ascendió de 14.3 a 40 por 1,000. En el momento en que los rumanos contaron con métodos efectivos de contracepción, la tasa de natalidad volvió a descender al 18 por mil (Tietze y Lewit).

Otras variables a considerar son la edad, paridad, periodo de gestación y estado civil en que se produce la interrupción del embarazo.

Se ha considerado que un número alto de pacientes jóvenes antes de los 20 años, reflejaría la insuficiente información sexual y contraceptiva, así como la dificultad o imposibilidad de procurarse medios contraceptivos.

En cuanto al estado civil, quizás la menor proporción de pacientes casadas, sea un exponente de la mayor aceptabilidad de estas de un embarazo no deseado.

La paridad es todavía un dato más difícil de analizar, pues en las encuestas suele manipularse enormemente, ocultando otras interrupciones.

La edad gestacional en que se produce el aborto suele tener relación con la accesibilidad a la interrupción del embarazo. Los abortos indu-

cidos a partir de las 14 semanas de gestación, suelen estar motivados por razones estrictamente médicas.

3. *Aborto en las jóvenes.* En un estudio que Dexeus y Forroll llevaron a cabo en Barcelona, en 1980, entre la población femenina de menos de 20 años, comprobaron que el 32% de las jóvenes entre 13 y 19 años practicaban relaciones sexuales. Cifra que se elevaba al 42%, según una encuesta realizada para "Blanco y Negro" en 1975.

Esta realidad, difícil de asumir por la mayoría de los padres, y más difícil todavía de tratar por los propios maestros, exigiría establecer una serie de factores educativos y asistenciales, tales como:

- Educación sexual e información anticonceptiva a nivel escolar.
- Posibilidad de consejo contraceptivo, sin consentimiento paterno.
- Apoyo económico estatal a los consultorios contraceptivos especiales para jóvenes.
- Educación de los padres y de la sociedad en general, sobre la sexualidad del joven, no asumida por él mismo, y de los peligros de una gestación no deseada.

Quizás con ello se conseguiría un notable descenso en las cifras de aborto inducido y embarazo no deseado en la joven.

Estos embarazos son de alto riesgo desde el punto de vista obstétrico. La incidencia de toxemia es 30% superior a una embarazada de otra edad; la de anemia, 25%; 13% mayor el riesgo de prematuridad... El riesgo de muerte materna durante el embarazo o parto es 60% mayor, y la probabilidad de muerte del recién nacido durante el primer año de vida es de dos o tres veces superior. Pero más grave aún es el embarazo de una adolescente desde el plano social. En países en que el aborto no está legalizado, como España, 80% de ellas no completa su educación; la dificultad para encontrar trabajo es 36% superior; y tres de cada cinco adolescentes casadas —para reparar la "falta"— se separan dentro de los seis primeros años de matrimonio (Gurrea).

4. *Técnicas del aborto.* Las diversas técnicas de aborto que pueden aplicarse están condicionadas principalmente por la época de la gestación en que vaya a procederse a la interrupción del embarazo. La semana doce de gestación marca el límite entre interrupción "temprana o tardía".

La mujer candidata a una interrupción de embarazo debe ser sometida a la anamnesis y exploración ginecológicas habituales a cualquier enferma que vaya a sufrir una intervención menor. Asimismo, el ginecólogo que vaya a intervenir procurará establecer la relación adecuada para tranquilizar a la paciente; darle confianza; crear, en suma, un

clima de psicoterapia superficial, pero suficientemente tranquilizador para aquélla.

Una vez tomada la decisión firmemente y efectuadas las pruebas habituales del examen ginecológico, se debe actuar según el siguiente procedimiento.

a) Ecosonografía. La exploración ultrasonográfica es obligada antes de proceder a toda interrupción de embarazo. En los países en que el aborto no se halla legalizado, la ecografía puede evitar un inútil turismo abortivo, descubriendo sea gestaciones no embrionadas, sea embarazos extrauterinos o, incluso, ausencia de gestación.

b) Anestesia. Se estima que la anestesia general es la idónea, no sólo porque permite una ejecución fácil y cómoda de las siguientes etapas de la evacuación uterina, sino también porque preserva mejor el estado anímico de la mujer, ausentándola totalmente de una situación que siempre es más o menos traumática para ella.

c) Dilatación del cuello uterino. Puede efectuarse según el método convencional con los clásicos dilatadores de Hegar, si a continuación va a emplearse el instrumental metálico de legrado. En la dilatación cervical no debe sobrepasarse los 7 milímetros en la nulípara y los 12 milímetros en la multipara. Todo diámetro superior puede causar lesiones cervicales.

Debe citarse aquí la posibilidad de dilatación paulatina y lenta, mediante los llamados tallos de laminaria. Su introducción, sin embargo, requiere una cierta experiencia, para evitar las colaciones incorrectas, que pueden dificultar la extracción del tallo una vez se ha completado su dilatación.

En las interrupciones realizadas por aspiración, la dilatación cervical puede obtenerse mediante un vibrador cervical, de dudosa efectividad, o prescindiendo de toda dilatación dada la facilidad de introducción de las cánulas de aspiración.

d) Vaciamiento uterino. Puede lograrse por legrado mecánico, por succión, o por la combinación de ambos métodos.

En el vaciamiento por aspiración (succión) se efectúan "gestos" quirúrgicos similares a los realizados en el legrado mecánico con la cucharilla. Las cánulas de succión se hallan conectadas a una bomba de vacío, con presión constante negativa, no inferior a 600 mmHg.

Una vez concluida la aspiración, es conveniente cerciorarse de la total vacuidad uterina, mediante la legra convencional que recorrerá sistemáticamente la cavidad del útero.

5. *Interrupción tardía del embarazo.* Es ésta una situación mucho más delicada que la precedente. Entre las doce y dieciocho semanas de gestación, puede intentarse procedimientos semejantes a los propuestos para la interrupción precoz. A partir de este momento, cualquier ginecólogo sabe que la inducción de un aborto, aunque sea por motivos estrictamente terapéuticos, tales como muerte fetal intraútero, anencefalia, etcétera, viene lastrada con una alta morbilidad.

Los primeros intentos consistieron en la instalación intraamniótica de diversas sustancias, principalmente solución salina hipertónica del 10 al 33%.

La técnica propuesta por la escuela de Ginebra consiste, en síntesis, en sustituir todo el líquido amniótico, mediante un dispositivo similar al empleado en la exsanguíneo-transfusión, por solución al 10% en extracciones de 20 mililitros.

Se han descrito numerosas complicaciones, tales como hipernatremia, coagulopatías, infecciones, etcétera.

Es posible que con la introducción de las prostaglandinas, los esquemas terapéuticos puedan variarse, consiguiéndose mayor efectividad y menor riesgo. El método que el doctor Dexeus propugna es mixto y en él se suman los efectos occitocios de la prostaglandina PGF_2 y el estímulo creado sobre el cérvix uterino.

1) Bajo protección antibiótica se procede a colocar *laminarias*, tantas cuantas sean posibles.

2) Entre las doce y dieciocho horas posteriores a la introducción de la sonda de Foley n. 16 y llenado de su vejiga con 30 c.c., se monta leve tracción sobre la misma por simple pesa.

3) Instilación de PGF_2 a través de la sonda a razón de 3.73 miligramos por hora (pauta recomendada por Hodgson).

Puede emplearse en lugar de la instilación extraamniótica, la solución intravenosa de prostaglandina o completar con estimulación occitócica.

6. *Regulación menstrual.* Suele definirse como "cualquier procedimiento empleado para terminar un embarazo sospechoso, no más tarde de los 14 días después de la amenorrea".

Esta definición debe ser modificada; actualmente los *test* de diagnóstico precoz del embarazo permiten la confirmación de éste el mismo día de la amenorrea.

La técnica consiste en la evacuación del útero mediante una jeringa manual de 50 mililitros o aparato de aspiración y cánulas de 4-6 milímetros.

Parece que el porcentaje de fallos (continuación del embarazo) está en razón inversa al grosor de la cánula (1.6% para la de 5 milímetros y 0.6 para la de 6 milímetros).

Es posible que la introducción de la *microhisterocolposcopia* permita la visualización temprana del trofoblasto y su destrucción selectiva. Es esta una posibilidad de la que no tenemos referencia alguna en la doctrina.

También las *prostaglandinas* administradas intrauterinamente o en forma de óvulos vaginales han sido empleadas como reguladores de la menstruación. Son todavía métodos experimentales que muy probablemente serán progresivamente efectivos en el futuro.

7. *Aborto y salud. Morbilidad y mortalidad.* Se han dado cifras escalofriantes referentes a la mortalidad por aborto clandestino. En un informe de la OMS se recogieron las aseveraciones del representante de Colombia, quien aseguró que el aborto provocado clandestino era la causa más frecuente de la mortalidad en las mujeres colombianas de menos de 35 años.

Armijo y otros daban la impresionante cifra de 39% de mortalidad por aborto provocado, entre todas las causas de mortalidad materna.

El aborto inducido legalizado es un procedimiento quirúrgico prácticamente inocuo, comparándolo con otros actos quirúrgicos de semejante envergadura o con los riesgos posibles que entrañaría la continuación del embarazo.

Existe una serie de variables que puede influir sobre el resultado de la intervención; las más importantes son las semanas de gestación (los abortos tempranos son más seguros que los tardíos) y la técnica que vaya a emplearse.

Cuando el método empleado en la interrupción del embarazo es la dilatación y legrado uterino, las cifras de morbilidad varían grandemente, debido a los diferentes criterios de valoración para cada una de las complicaciones consideradas como más frecuentes.

Así, por ejemplo, la hemorragia uterina alcanza en algunas estadísticas al 4.9% (Stewart *et al.*), mientras que en otras (Andolsek *et al.*) tan sólo llega al 0.1%.

La infección pélvica subsiguiente a un aborto inducido, puede valorarse a través del parámetro fiebre. Las cifras también oscilan ampliamente del 0.2 al 2%.

Semejantemente ocurre con las laceraciones cervicales, con incidencia similar a la anterior, pero reconociendo como factor de riesgo la nuliparidad.

Las perforaciones uterinas aparecen en la mayoría de las estadísticas con cifras parecidas oscilando entre el 0.1 al 0.7%. No debe olvidarse que probablemente el número sea mucho mayor, pero pasan inadvertidas al cirujano y a la paciente.

La morbilidad se acrecienta con otros procedimientos de aborto inducido y a partir de las 12 semanas de gestación.

Las cifras de mortalidad por aborto descienden espectacularmente en el momento en que éste se legaliza.

Las cifras que poseemos de los Estados Unidos de América demuestran claramente este punto: entre 1970 y 1972 la mortalidad por aborto era de 6.5 por 100 casos realizados. En 1977 la cifra descendió a 1.3.

Se considera han contribuido a la notable disminución en la mortalidad los siguientes factores:

- Abortos realizados antes de las primeras doce semanas.
- Mayor experiencia médica.
- Mejoría en los instrumentos utilizados.
- Mejor control médico-asistencial y estadístico.

Marino BARBERO SANTOS