

LENGUAJE Y ANTILENGUAJE EN ALGUNOS TEXTOS JURÍDICOS EUROPEOS RELATIVOS A LA REGLAMENTACIÓN DEL ABORTO

Paloma Chorro Vizcaíno

*Licenciada en Medicina y Cirugía, Master en
Ciencias del matrimonio y la familia.*

Leticia Grita

Licenciada en Ciencias Biológicas en Roma.

PRESENTACIÓN

El presente trabajo nace como aportación a un Seminario desarrollado durante el curso 1993-94 dentro del Master sobre Matrimonio y Familia, cursado en el Instituto Pontificio Juan Pablo II en Roma. Este material ha sido ordenado y está a disposición en la biblioteca del Instituto Juan Pablo II.

I. INTRODUCCIÓN

Las políticas demográficas concernientes al aborto en los Países europeos, vienen inauguradas en los años treinta por Islandia.

La reglamentación legislativa del aborto procurado en los distintos Países en que está aprobado, adopta una táctica de implantación en etapas progresivas. En primer lugar, se comienza hablando de su despenalización en casos límites, como por ejemplo, en peligro de la vida de la mujer, en caso de violencia; a continuación se introduce otro aspecto: el aborto legalizado viene presentado como solución del problema social que supone la práctica de abortos clandestinos. De esta forma progresiva, se llega a su completa liberalización por ley, en nombre de la denominada emancipación de la mujer.

En los países anglosajones, en los que las mismas Constituciones afirman fuertemente el derecho al *privacy*, el aborto es considerado y afrontado como un problema privado de la mujer.

De estudios estadísticos realizados en la Universidad de la *Sapienza* (Roma) por la Dra. Pia Angerame, investigadora de la Facultad de Ciencias Políticas, resulta que «(...) la liberalización de la política relativa a los abortos, se sigue casi siempre de un aumento de abortos convertidos en legales (...); además, se ha visto que no tiende necesariamente a la disminución de abortos ilegales». De estas estadísticas se deduce que la liberalización del aborto se sigue un inevitable aumento de abortos legales.¹

Considerando, a modo de ejemplo, el caso sueco, se observa que en el año 1864, la pena capital prevista para el aborto procurado, fue reducida a un máximo de seis años de trabajos forzados. En 1921 se admite oficialmente el aborto por motivos médicos y, el 1 de enero 1939, el aborto terapéutico se legaliza, transformándose en un acto lícito no punible. Desde el 1 de enero de 1975, el aborto está a completa discreción de la mujer hasta la duodécima semana de gestación, mientras que desde la duodécima semana a la decimoctava, debe consultar un asistente social. En periodos gestacionales posteriores, la decisión corresponderá a la Dirección General de Salud Pública y Previsión Social.

Estadísticamente en este país, la relación (*rate*) entre el número de abortos legales y población femenina en edad fértil aumentó del 0,4 por 1000 mujeres durante el periodo 1939-43, a 3,7 por 1000 diez años después. En los años 1957-63, tal relación desciende por

debajo del 2,5 por 1000, mientras en 1962 comenzó a ascender hasta 1972 con una tasa del 15,3 por 1000 mujeres en edad fértil.

En 1994, según datos ONU, actualizados por el Department of Economic and Social Information and Policy Analysis of the United Nations Secretariat, en el *World abortion policies* 1994 (New York, 1995), atribuyen a Suecia un *rate* de 20,4 abortos inducidos por 1000 mujeres en edad fértil.

En la normativa legislativa actual, el aborto procurado es afrontado como un problema de salud pública, por lo que al paciente (es decir, la mujer), se le permite acceder a las estructuras públicas autorizadas por ley, para procurarse esta prestación sociosanitaria. El jurista se preocupa de proteger al paciente de las posibles situaciones consideradas por ley como irregulares, reconociendo en el técnico (el médico) la referencia más competente y autorizada. Al mismo tiempo, establece sanciones en el caso de violación de las diversas disposiciones.

El lenguaje usado en los textos legislativos es coherente con el proceder médico que se atribuye a tal materia, siguiendo el esquema propio del léxico técnico diagnóstico-terapéutico.

Tal uso por parte de la ley, manifiesta la intención de transferir la objetividad característica de la terminología técnico-científica al texto legislativo, delimitando así la misma esfera del Derecho, superándose las posibles valoraciones subjetivas que, por definición, el Derecho no está llamado a ocuparse.

Mucho se juega en este campo, usando vocablos estrictamente técnicos, objetivos y científicos, privados de cualquier matiz *metafísico* o *personalístico* por mínimo que fuese,

revelándose así cuan problemático e inaccesible es el entramado legislativo en este ámbito (no sólo técnico sino profundamente deontológico), en el que surgen inevitablemente preguntas sobre el sentido último de la vida.

De este modo el instrumento legislativo invade el campo propio de la deontología médica, por ejemplo parece anómalo y no justificado la necesidad de autorizar sólo a algunos médicos y estructuras hospitalarias para ejercer ciertas funciones respecto al tratamiento abortivo, que de por sí deberían entrar en los deberes del médico. También aparece el tema de la objeción de conciencia, presentado como la necesidad según la ley, de declarar la no disponibilidad por parte del médico a realizar un acto médico permitido por ley, que por otro lado, contrasta de *per se* con su conciencia profesional.

Se ha estudiado los textos legislativos tanto del Este como del Oeste europeos, intentando encuadrarlos dentro de las posiciones ideológicas dominantes que ellos mismos han producido; y, a su vez, se ha analizado sintéticamente su estructura aislándose algunos términos-clave, considerados como iluminantes para leer entre líneas la intención del legislador de eludir el problema real: el derecho a la vida de la persona humana apenas concebida.

Hemos construido una tabla cronológica de la promulgación de las leyes abortistas en Europa (Tabla 1)

AÑO	NACIÓN	MODIFICACIÓN
1920	URSS	1936, '55
1935	ISLANDIA	1963, '64, '72, '74
1939	DINAMARCA	1970, '73, '75
1939	SUECIA	1963, '64

1950	ALEMANIA	
	ORIENTAL	1965, '72
1950	FINLANDIA	1970, '75
1950	HUNGRÍA	1973, '82, '86, '88 (1992 proyecto reforma)
1954	CHECOSLOVAQUIA	1957, '61, '62, '63, '65, '66, '69, '73, '80, '82, '86
1954	SUIZA	1966
1956	POLONIA	1959
1957	RUMANÍA	1966, '73
1960	NORUEGA	1970, '75
1967	GRAN BRETAÑA	
1968	BULGARIA	1973, '74
1974	ALEMANIA	
	OCCIDENTAL	1992
1975	FRANCIA	1979
1978	ITALIA	
1981	PAÍSES BAJOS	
1984	PORTUGAL	
1985	ESPAÑA	
1986	GRECIA	
1990	BÉLGICA	

Tabla 2: Cronología de la promulgación de las leyes abortistas en Europa.

1. LA IDEOLOGÍA ABORTISTA, CLAVE DE LECTURA DE LA LEGISLACIÓN

A la ideología abortista, que ha sido el origen de la negación del hombre, se puede atribuir una doble faceta que podemos definir con dos expresiones usadas quizás en la Literatura.

— posición **de liberación**: retiene el aborto indiferente desde el punto de vista ético y, a una completa discreción de la mujer.

— posición **humanitaria**: en que se afirma el aborto como un mal, pero necesario en algunos casos, exigiendo un control por parte de terceros, y además, una protección de la madre y adopción facilitada³.

La posición «humanitaria» corresponde, en algunos casos, con las declaraciones de principio expresadas en los artículos introductorios de las leyes³, pero la orientación de la ley es, en definitiva, «de liberación» (Checoslovaquia, L. 66/86, art.4).

De la lectura de los textos jurídicos emerge un riguroso **legalismo**, evidente por la ausencia de voluntad en afirmar un **derecho a la vida**, en su fundamental inalienable indisponibilidad a cualquier individuo que preceda a la misma ley. Por tanto, la ley se revela como **creadora** de derechos humanos como y cuando, las circunstancias contingentes lo requieran; siendo **ilegal** el comportamiento que no se adecúa a este procedimiento.

Recientemente, se ha detectado un cierto esfuerzo por parte de la Corte Constitucional Alemana, que ha emitido una sentencia con fecha 28 de mayo de 1993⁴, con el fin de mantener en ámbito jurídico la tutela de la vida prenatal (fundado en el art.1, §1 de la Constitución), y de tal modo que el derecho a la vida no esté sometido al arbitrio de la madre (n 1): el aborto viene considerado “en línea de principio” un acto ilícito (n 4). Por tanto, los derechos de la mujer no anulan, «en general» la obligación jurídica de llevar a término el embarazo; sólo en situaciones «excepcionales», se admite eximiendo a la mujer de este deber, cuando «graves dificultades» la impongan tales renunciaciones y sacrificios para poder mantener el propio valor de la vida (n 7). Se afirma, por tanto que el Estado tiene la

obligación de mantener vivo en la conciencia social el derecho a la tutela jurídica de la vida prenatal (n 10) y se prohíbe considerar la presencia del niño y la consiguiente obligación de alimentarlo, como fuente de daño (n 14).

Las investigaciones de los requisitos de excepcionalidad, que legitiman la interrupción del embarazo están bajo la responsabilidad del Estado, en nombre de los principios irrenunciables del Estado de derecho (n 15). Como es de notar el Parlamento alemán ha aprobado recientemente la nueva ley abortista (Entrará en vigor el 1 octubre 1995).

En las legislaciones de los países del norte de Europa y en general en los países anglosajones, es evidente, recurrir a la **moral del consentimiento**, a la mentalidad **consecuencialista**, e incluso a la afirmación de la existencia de un derecho de la mujer a interrumpir el embarazo, siempre en términos de ley (Noruega, L.50/75, art.1; Dinamarca, L. 350/73, art.1).

2. CRITERIOS IMPUESTOS POR LA LEY PARA DEFINIR LA LICITUD DEL ABORTO

Surge claramente el recurso a la estructura profunda del actuar médico (anamnesis, diagnóstico, tratamiento, prevención), pero vaciándolo del contenido deontológico original y reduciéndolo a un quehacer técnico. Los criterios impuestos por la ley pueden ser clasificados de la siguiente forma:

2.1 Las condiciones previstas son:

2.1.1 El *consentimiento de la mujer*, formalmente expresado (excepto en el caso de urgencia).

2.1.2 La *prestación del médico*, que va desde la certificación extendida, tras la petición de

interrupción del embarazo en presencia o no de eventuales estados patológicos, a la ejecución material de la intervención, incluidas todas las atenciones postoperatorias, hasta la distribución gratuita de anticonceptivos como medio de prevención para sucesivos embarazos no deseados e incluso, los abortos repetidos practicados en la misma mujer.

2.1.3 Las condiciones terapéuticas y eugenéticas

—Peligro de vida y/o de salud psicofísica de la mujer a causa del embarazo o parto o posteriores cuidados necesarios para el niño. (Italia, L. 194/78, arts 4, 6; Francia, L. 17/75, art 162, §1; España, Proyecto de ley Orgánica 92, art 153, §1; Yugoslavia, Decreto 33/60, art 2, n.1; Dinamarca, L. 350/73, art 3, §1, nn.4, 5; R.F.Alemana, L.27/7/92, art 13; Reino Unido, Abortion Act, 1967, art 1, §1a).

—La presencia o probabilidad de graves malformaciones o patología del embrión (Italia, L. 194/78, art 6; Francia, L. 17/75, art 162, §12; España, Proyecto de ley Orgánica 92, art 153, §§ 1-4; R.F.Alemana, L. 27/9/92, art 13; Reino Unido, Abortion Act, 1967, art 1, § 1b).

—Las mencionadas técnicas de diagnóstico prenatal (Finlandia, L. 572/85, modificación a la ley 239/70).

2.1.4 El *estado de salud del padre y de desunión familiar* (Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 2, §§ 2e, 2g).

2.1.5 La *situación socioeconómica* familiar o de la mujer, actual o previsible, considerada demasiado gravosa (Yugoslavia, Decreto 33/60, art 2, n 4; Polonia, O.M. 19/11/59, art 1, § 2).

2.1.6 La *ausencia prolongada del cónyuge* por servicio militar o por detención (Ungría, O.M. 4/73, art 2, §§ 2b, 2c).

2.1.7 *Edad de la mujer* (Finlandia, L. 239/70, art 1, §4; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 2a; Bulgaria, O.M. 188/68, art 1c).

2.1.8 *el número de hijos vivos* (Bulgaria, O.M.0-27/73, art 10; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 2b)

2.1.9 *El caso de violencia*

2.1.10 *La ausencia de contraindicaciones* para la salud de la mujer (Checoslovaquia, L. 66/86, art 4; Bulgaria, O.M. 188/68, art 2), entre las cuales el aborto practicado recientemente (Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 2.)

2.1.11 *El fracaso del anticonceptivo*, previendo también el caso de experimentación autorizada por el Ministerio de la Salud (Ungría, O.M. 15/88, art 2; Checoslovaquia, Anexo al Decreto 71/73, n.13j; Bulgaria, Anexo de O.M. 188/68, n.9f).

En particular se recuerdan algunas leyes de Países del Este europeo, que hacen referencia a anexos específicos en los que se enumera la patología considerada como «indicaciones de orden sanitario» para interrumpir el embarazo (Rumania, O.M. 819/66; Checoslovachia, Decreto 71/73; Bulgaria, O.M. 188/68).

2.2 El procedimiento, que puede ser resumido en los siguientes pasos:

2.2.1 *Solicitud escrita* de la mujer

2.2.2 *Certificado médico* extendido por uno o más médicos, a veces, examinado por una o más Comisiones⁷.

2.2.3 *Consulta* en Centros autorizados a suministrar información médica (en cuanto a riesgos, contraindicaciones) y jurídicos-sociales (derechos, ayudas, adopciones, ventajas garantizadas por la ley a las madres)(Italia, L.194/78, art 5; Francia, L.1204/79, art 4; R.F.Alemana, L. 27/7/92, art 1 §§ 1-4, art 13 §1).

2.2.4 *Recurso*, que es a veces posible, en caso de ser negada la autorización la primera vez (Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 8; Ungría, O.M. 4/73, art 10, §3).

2.2.5 *Posible papel del padre* que expresa la opinión sólo si la mujer lo consiente (Italia, L. 194/78, art 5; Finlandia, L. 239/70, art 7; Noruega, L 2/60, art 4 que en la ley posterior n.50/75 no viene mencionado).

2.2.6 *Secreto profesional*.

2.2.7 *Reglamentación de la publicidad* del material ilustrativo sobre los métodos y medios abortivos.

2.2.8 *Objeción de conciencia*.

En caso de urgencia este procedimiento no es solicitado.

2.3 Edad gestacional. El procedimiento se modifica en función del progreso del embarazo. En particular, se distinguen dos fases:

—fase precoz (dentro de la 12ª semana), en la cual las condiciones solicitadas y el procedimiento previsto se reducen al mínimo, siendo el elemento decisivo: la voluntad de la mujer.

—fase tardía (entre la 12ª y 22ª - 24ª semana), en la que la función del médico es más relevante, en el sentido que la petición de la mujer debe ser considerada por una indicación médica.

2.4 Sanciones. De carácter administrativo o penal, aplicadas en caso de no cumplir el procedimiento prescrito. Sólo en raros casos, se sanciona a la mujer⁸; teniendo principalmente en cuenta los ejecutores materiales.

2.5 Gastos. Vienen cubiertos normalmente por el servicio sanitario público.

II. ESTUDIO DE LA TERMINOLOGÍA

El estudio se ha desarrollado sobre una muestra de leyes europeas, representativas

de las distintas áreas: occidentales, orientales y septentrionales.

Han sido extraídas y analizadas algunas expresiones usadas en los textos de ley, con la finalidad de esclarecer el esfuerzo legislativo de justificar, a través de una reinterpretación forzada y a veces «original» del lenguaje técnico científico, la licitud de un acto que es en sí contrario tanto al derecho como a la ciencia médica.

El orden elegido para comentar estas voces o expresiones ha sido intencionado con el fin de desentrañar la lógica de la ley, a su vez, creadora o receptora de una cierta mentalidad.

**** Derecho a la vida**

Viene expresado como «respeto a la vida humana» o «tutela de la vida humana» (Francia, L. 17/75, Tit.I, art 1; Italia, L. 194/78, art 1). Se pasa de un derecho a una tutela, asignándose el Estado la posibilidad de derogar tal respeto o tutela en *caso de necesidad*. Por tanto, la ley se autoriza a sí misma afirmar el derecho a la vida en función de las exigencias sociales, en particular referido a la situación demográfica nacional (Francia, L.17/75, Tit III, sec 4, art 16).

Es de notar que en la ley del Reino Unido (Abortion Act 1967) falta cualquier referencia a la existencia de este derecho.

**** Derecho a la salud**

Al contrario de la voz anterior se constata el paso de la tutela de la salud, que el médico o el Estado debe tener, a un derecho.

La categoría «derechos humanos» se aplica sobre la mujer dándole la posibilidad de solicitar la interrupción del embarazo, considerada como un tratamiento médico (Reino Unido, Abortion Act 1967, art 4). Así pasa a

un segundo plano toda la temática del derecho a la vida del que va a nacer, del cual no se hace prácticamente referencia como co-protagonista.

La lógica de la ley sería ésta: el embarazo no es deseado a causa de una patología o en cuanto «patología» misma. Por esto, dado que la salud es considerada un derecho fundamental, la ley permite interrumpir este «proceso patológico» a fin de restablecer la salud de la mujer.

En realidad, no existe un *derecho absoluto* a la salud, en el sentido de ser curado, sino más bien un derecho a ser atendido, es decir, a recibir las atenciones sanitarias necesarias para que la salud personal sea restablecida o mejorada en los límites del conocimiento de la ciencia médica. Por tanto y paradójicamente, para garantizar el derecho a la salud de una persona (la madre) se niega el derecho más fundamental de otra (el hijo), como es el derecho a nacer (Reino Unido, Abortion Act 1967, art 1, §3).

**** Salud física y mental**

El campo de aplicación de la licitud, se dilata de la esfera objetiva con la manifestación de parámetros clínicos, a la subjetiva como es el «estado de ansiedad», aventurando consideraciones que alejan de la poder juzgar uniformemente el caso singular. Como comenta la Federación Nacional de Colegios Médicos italiana. «No son pocas las divergencias de opinión en relación a los criterios y a la modalidad de exámenes clínicos para determinar el grave peligro para la salud de la mujer, en su aspecto psíquico»¹⁰.

**** Paciente**

Si la mujer embarazada es considerada paciente, esto hace pensar que el embarazo

fuese un acontecimiento en algún modo patológico. Se aprecia en este sentido relación médico-paciente, no es que la mujer acuda al médico por una patología de su embarazo, sino que sería su propia voluntad manifestada de no desearlo donde residiría la patología, que por otra parte se reclama del técnico su apoyo y ciencia. Lo que parecería infiltrarse en el pensamiento del legislador es el intento de atribuir tal caso patológico a la voluntad de la mujer que pide la IVG. Toda la problemática latente en esta solicitud es simplificada reduciendo la prospectiva a la medicalización, con el consiguiente tratamiento técnico, de desarrollar según la práctica corriente de toda intervención quirúrgica. Es digno de notar, que el que ha de nacer (incluso cuando presenta alguna patología) nunca es considerado como paciente al cual el médico esté estrictamente obligado a prestar una atención para incrementar su salud.

**** Embarazo, gestación**

Según la definición médica consiste en: un estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto. Este proceso hace necesariamente referencia al desarrollo de un individuo diferente de la madre y del padre, implicado directamente en este proceso.

**** Aborto¹¹**

Desde el punto de vista médico se define como *expulsión del feto no viable, antes del término del sexto mes de embarazo*. Desde el punto de vista legal, el feto no es viable hasta 180 días después de la fecundación.

La ciencia médica distingue netamente entre causas naturales y patológicas del aborto espontáneo (en el que la intervención médica sería preventiva del mismo aborto o

terapéutica en relación a la mujer y al niño) y, otras causas provocadas o inducidas que no son objeto de la medicina sino como tratamiento de sus consecuencias.

En los textos legislativos se introduce el concepto y el término de aborto *como tratamiento* curativo y preventivo, de tal forma es así que está prescrito que se desarrolle en un hospital, precedido de un certificado médico que afirme tal necesidad, en caso de peligro de salud de la mujer, acompañado de la debida información de las posibles complicaciones, indicaciones y contraindicaciones médicas, se pide el consentimiento de la mujer que accede a tal operación y como tratamiento preventivo de las malformaciones fetales, ciertas, futuras o probables.

La expresión **indicaciones eugenéticas** previstas por la ley como *prevención* en caso de evidentes o probables malformaciones fetales, deriva de la interpretación del término médico **aborto genético** que tiene un significado diferente: *la muerte espontánea del embrión en los primeros estadios de desarrollo, atribuible a alteraciones genéticas tan graves que impiden su supervivencia. Este aborto que frecuentemente pasa inobservado por la madre, eliminado rápidamente un embrión no viable constituye un proceso natural de selección. Esto representaría, que durante las primeras diez semanas de embarazo el 60% de las fecundaciones no consiguen llegar a término y constituiría abortos espontáneos*.

A través de la ley, por tanto, se introducen en la conciencia profesional del médico dos modalidades desconocidas a la medicina como son el aborto médico o terapéutico ya comentado (que nunca será un tratamiento preventivo o curativo ni para la madre ni para el hijo), y el aborto ético.

En cuanto a la expresión conocida comúnmente como «aborto ético», se refiere a la interrupción de la gestación originada por una violación. En primer lugar, señalar que el médico está preparado profesionalmente para afrontar estas situaciones humanas dolorosas, interviniendo en las *primeras horas* ocurrido el acontecimiento para evitar la posible y poco probable concepción. La ley dilata este quehacer médico hasta las doce primeras semanas¹² desde la violación, con lo que se le imposibilita poder diagnosticar con certeza el origen violento de la gestación: su función se limita a certificar la gestación y/o su interrupción.

**** Consentimiento de la mujer**

Puesto que se trata de un derecho de la mujer a solicitar una «intervención quirúrgica» (interrupción del embarazo), según la práctica médica, es la paciente la que debe firmar la petición de tal intervención. También aquí no existe ninguna preocupación de tutelar a otro sujeto de alguna forma implicado (España, Proyecto ley 23/9/92, Tit II, art 153, n 1).

**** Dignidad de la mujer**

Se reduce a la interpretación subjetiva de la libertad, en la que se funda la ideología abortista.

La ley pide al trabajador sanitario o social no interferir ni intervenir en la decisión de la mujer que quiere interrumpir su embarazo, porque entra dentro del campo de su intimidad privada que debe ser respetada (Italia, L. 194/78, arts 5, 14).

**** Interrupción voluntaria del embarazo**

Tal expresión introduce un *elemento subjetivo* en el ámbito de la reglamentación del aborto procurado: la voluntad individual

expresada *como criterio* de acceso a un *derecho*. En realidad, el término voluntaria vendría sustituido con uno más técnico como artificial, expresado en los textos de ley de los países ex-comunistas.

**** Derecho a la interrupción del embarazo**

Recientemente algunos abortistas italianos han rechazado la culpa a ellos dirigida de sostener el aborto como un derecho, precisando que lo que quieren es defender el *derecho de la mujer a la autodeterminación, y a la maternidad «consciente»*¹³. La confrontación parece desplazarse, de esta forma, al campo más específico del debate bioético, en el cual el objeto de la contienda es más bien la pregunta sobre cuándo el «producto de la concepción» es persona humana, sujeto de derechos propios que la ley debe defender ante posibles agresiones por parte de otros sujetos (incluso de su propia madre).

Las legislaciones producidas por países en que predomina la posición de liberación, hacen más libremente referencia a un derecho de la mujer a la interrupción (Dinamarca, L.350/73, art 1).

**** Practicada por un médico**

La ley parece promover la dignidad profesional del médico reconociendo su exclusiva competencia en este «acto terapéutico». Es obligatorio, excepto en caso de urgencia que extienda un documento oficial (certificado) que abre el camino a la mujer a las estructuras sanitarias autorizadas.

**** En buena fe, decisión en conciencia**

Expresión típica de la tradición jurídica anglosajona. Debería sugerir un sentimiento de rectitud personal, pero en realidad oculta una renuncia concreta que el personal médi-

co debe hacer de su propia ética profesional (Reino Unido, Abortion Act 1967, art 1).

**** Peligro de vida, indicación médica o circunstancias particularmente graves**

Estas expresiones constituyen las condiciones primarias para el acceso a la interrupción de la gestación. En caso de «peligro de vida», los mismos procedimientos previstos por la ley y, el derecho del médico a la objeción de conciencia son suprimidos. En este punto convendría recuperar el significado propio de esta expresión médica: *por peligro de vida se entiende el compromiso pasajero de las funciones vitales (respiratoria, circulatoria, nerviosa) tales de hacer retener como inminente el acontecimiento letal*¹⁴

En realidad, una mujer sana no se expone a tal riesgo inminente a causa de su embarazo, pues éste es un proceso fisiológico para el cual el organismo de toda mujer está preparado por naturaleza. Muchos más riesgos tiene el nuevo ser de no llegar a término.

Otra situación sería un embarazo patológico por causa materna o fetal (estos embarazos en medicina son designados con el término de embarazos de alto riesgo, el alto riesgo se refiere a que el niño tiene muchas posibilidades de no nacer). En este caso, el médico podrá todo su arte y su ciencia al servicio del hijo y de la madre, para mejorar la situación (se da por supuesto que mejorando la salud materna se favorece la salud del hijo, que podría estar en realidad en peligro). Desde el punto de vista médico, no existe «conflicto de intereses» entre la salud de la madre y la salud del hijo, al contrario prevalecen los intereses comunes por la total dependencia biológica del hijo a su madre. Estas situaciones particulares *boderline* vienen recogidas en el

Código Deontológico médico, y por tanto entrar en el marco de su responsabilidad, sin necesidad de crear una ley que lo reglamente.

Se puede observar que en los últimos años se tiende a un compromiso en algunos Códigos Deontológicos Nacionales con las exigencias de las legislaciones abortivas¹⁵.

**** Objeción de conciencia**

En las Constituciones de los Países liberal-democráticos, ha sido introducida como «postura del individuo a rechazar un precepto, al cual está obligado a observar por ley. Por otra parte, tal rechazo debe tener una causa psicológica por motivos de conciencia personal»¹⁶.

En el caso de estas leyes abortistas, el médico no se encuentra de frente a una causa psicológica personal, sino ante una causa intrínseca al propio ser médico. Es interesante apreciar que en países como Portugal y Luxemburgo en los que es masiva la objeción de conciencia de todo el personal sanitario, estas legislaciones logran con dificultad ser aplicadas. Frecuentemente es reconocida una objeción “parcial”, es decir suspendida o no admitida en caso de peligro de vida de la mujer o en las atenciones pre o postoperatorias; en estas situaciones el personal sanitario es obligado a una cooperación material o formal a esta interrupción del embarazo (Italia, L. 194/78, art 9 ; Reino Unido, Abortion Act 1967, art 4). Junto a esta objeción individual se reconoce otra institucional, en aquellas estructuras sanitarias privadas (adheridas al sistema sanitario público) que rechazan la propia cooperación. Sin embargo, este reconocimiento de la objeción está subordinado a la necesidad de atención de las mismas (Francia, L. 17/75, Tit II, sec I, art 162/8).

**** Prevención**

La prevención del aborto coincide en estas leyes con la información y la prescripción de medios anticonceptivos a la población, además del adiestramiento del personal sanitario en la anticoncepción (Francia, L. 17/75, Tit III, art 13; Italia, L. 194/78, arts 2, 14; R.F.Alemana, L. 27/7/92, art 1, §§ 1, 2 y art 2, § 24a). En algunos casos se reconoce la posibilidad de recurrir incluso a la esterilización (Finlandia, L. 239/70, arts 3, 4 y O.M. 359/70, art 12); en otros, se mencionan a las personas competentes para informar a la mujer de los servicios sociales a que tiene derecho «como madre» (Italia, L. 194/78, art 5; Francia, L. 1204/79, art 4).

En ciertos textos legislativos se habla de una prevención del embarazo atribuyendo a este último un acento patológico (Checoslovaquia, L.66/86, arts 2, 3; Bulgaria, O.M. 0-27/73, Tit IV, art 14).

1. En el lenguaje médico se distingue una prevención primaria, secundaria y terciaria.

1.1 La primaria considerada como educación sanitaria de la población acompañada de un correcto comportamiento deontológico del médico.

1.2 En la prevención secundaria se trata de hacer un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad ya iniciada.

1.3 Un nivel terciario, la rehabilitación de las secuelas que las enfermedades crónicas dejan y son difíciles de curar.

2. Partiendo de esta descripción de la prevención médica veamos cuál es la interpretación que viene aplicada en la ley. La prevención primaria se realizaría a través de la educación sanitaria de la población (información sexual de los jóvenes y parejas), el adies-

tramiento del personal sanitario (R.F.Alemana, L. 27/7/92, art.2 § 24a; Italia, L. 194/78, arts 14, 15) y protección materna a través de ayudas sociales: alojamiento, trabajo, guarderías, adopciones (Austria, L. 21/74, art 97, §2; R.F.Alemana, L. 27/7/92, arts 1, 5, 6 §§ 1a, 2, 3b, arts 7, 8, 9, 10 §2, art 11§1, art 12). El nivel secundario consistiría en la interrupción del embarazo en la fase precoz, además del diagnóstico prenatal de las probables anomalías fetales con posibilidad de interrumpir el embarazo, incluso en la «fase tardía». En el caso de fracaso de las medidas preventivas precedentes, se recurre en última instancia a la esterilización. Esto estaría en una clara contradicción con el intento rehabilitativo de la salud que es la finalidad de la supuesta prevención terciaria.

**** Presunción, probabilidad**

Se aplica el lenguaje «cuantitativo» de la estadística en el ámbito de los derechos humanos fundamentales, con la intención de hacerla más accesible a la ley, llamada a expresarse en situaciones concretas. La estadística es una ciencia que estudia los fenómenos «incierto», buscando en ellos valorar el grado de certeza. Es incorrecto transferir tal lógica a la problemática de la legalización del aborto, por ejemplo.: los límites de probabilidad en las malformaciones genéticas o congénitas, que permitirían por ley la interrupción del embarazo, no pueden ser definidos de modo **objetivo**, sino que están unidos a criterios de sensibilidad individual, aunque mediados a través de instrumentos legales (Checoslovaquia, Anexo al Decreto 71/73, n 14, §b; Ungría, Anexo de la O.M. 15/88, n 1, §§ 1, 2).

**** Demografía, planificación familiar, control de la natalidad**

La cultura abortista implica inevitablemente un recurso a los medios anticonceptivos, y en última instancia a la esterilización, para garantizar la **planificación familiar**¹⁷

Entra así en juego un elemento de cálculo aplicado principalmente para evitar los embarazos no deseados. Se citan con este fin los tratamientos para la infertilidad, con el uso de anticonceptivos, la interrupción del embarazo, la información sexual de los jóvenes, política sanitaria y ayuda familiar (Ungria, O.M. 1040/73; Francia, L. 1204/79, art 1; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 1).

**** Procreación responsable y consciente**

Esta expresión posee un significado rico y complejo, que en el texto legislativo viene reducido a planificación familiar (Italia, L. 194/78, art 1).

Significa la colaboración racional y libre **de ambos padres** a la creación de un nuevo ser humano. En realidad, el sentido de la ley abortista es que la limitación de los nacimientos se debe conseguir en orden a la decisión **individual** de la mujer.

**** Familia**

Se hace mención a este concepto sólo en el ámbito de control sobre el número de nacimientos. Por lo demás, las personas implicadas no son casi nunca vistas en sus relaciones familiares sólo cuando tales relaciones familiares son necesarias e imprescindibles para hablar de la misma interrupción gravídica¹⁸. No hay padre, no hay madre, no hay hijo. Con frecuencia el **hijo** es mencionado con las siguientes expresiones: *feto, embrión, producto de la concepción, huevo fecundado*¹⁹. La relación **madre-hijo** sólo se reconoce respecto a los

individuos ya nacidos y vivos²⁰. El **padre** es siempre excluido de toda decisión definitiva, y al mismo tiempo, absuelto de cualquier responsabilidad tanto en relación a la mujer como al niño. La ley italiana pone de relieve la figura "persona indicada como padre del concebido" exclusivamente en el curso del coloquio previsto por el artículo 5: el padre puede participar sólo "cuando la mujer lo consienta". En el curso de todo el proceso el padre no tiene ninguna autonomía para oponerse a la decisión de la mujer; ni siquiera se puede considerar dañado en caso de interrupción del embarazo.

La misma afirmación del derecho a la **maternidad** consciente y responsable, es anulada puesto que se persigue tal maternidad interrumpiéndola.

III. CONCLUSIONES

El lenguaje usado en los textos de leyes examinados es el propio del derecho y el de la ciencia médica. Sin embargo, el presente estudio ha puesto en evidencia la funcionalidad de la ideología abortista.

Se entiende que con esta manipulación del lenguaje aun queriendo expresar la objetividad del legislador en regular una materia técnica, es en realidad muy ambiguo y muchas veces anticientífico. En particular, la figura profesional del médico resulta contradictoria en sus fundamentos deontológicos: como está expresado claramente en los Códigos de diversos Colegios Médicos y, en particular, por el Juramento de Ginebra adoptado por la II Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Sydney, 1986) y por la 35^a Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983) la tarea del médico es el de respetar absoluta-

mente la vida humana desde su origen, incluso en peligro y de no utilizar sus conocimientos contra la naturaleza humana. Se trata de respetar toda vida humana sin discriminaciones esforzándose en utilizar su arte y ciencia para curar, mejorar o incrementar la salud del paciente²¹.

Por otro lado, es contradictorio pedirle por ley la objeción de conciencia ante un acto que por esencia es contrario a su propia profesión (se trata de favorecer la vida y no de eliminarla). Es significativo recordar que el mismo Juramento Hipocrático afirma textualmente "no suministraré veneno alguno aunque me fuese pedido, (...) no daré a mujer alguno un pesario abortivo".

Es necesario subrayar también, la necesidad afirmada por los Códigos Deontológicos, de la libertad diagnóstico terapéutica médica. En estos Códigos se declara firmemente que no se puede reglamentar por ley el acto médico estableciendo además los medios por los cuales, una determinada enfermedad (en este caso el embarazo) deba ser curada o con qué técnica deba ser realizada una determinada intervención quirúrgica, (...) es necesario dar siempre mayor espacio a la función deontológica del médico (...), salvo en casos muy particulares no es admisible la intervención del legislador²².

Existe gran diversidad entre el lenguaje usado en la legislación del bloque occidental en relación con el bloque oriental europeo, sobre todo en los textos de ley que todavía reflejan un planteamiento colectivista.

En efecto, los países liberal-democráticos se expresan a través de un lenguaje científico; pero obligado a mantenerse fiel a los principios del contractualismo y asegurar el difícil

equilibrio entre utilitarismo y moral pública, entendida esta última como sentimiento impersonal de benevolencia confiado a la sensibilidad individual (Cfr. Informe Warnock sobre la reglamentación legislativa en materia de fertilización y embriología humana, elaborado por el Gobierno del Reino Unido con fecha 26/6/84 en los números 2, 3, 4 de su presentación).

Al contrario, donde tal preocupación falta por prevalecer los intereses del Estado sobre los individuales, paradójicamente parece que es más realista la lectura del fenómeno aborto.

Las expresiones lingüísticas están menos manipuladas y más trágicamente tecnicizadas: se habla de interrupción artificial del embarazo, en vez de voluntaria (Ungría, O.M. 4/73, art 1); se incluyen apéndices con el elenco de las posibles patologías, consideradas como indicación médica para el aborto provocado; a veces, incluso una lista de enfermedades consideradas contraindicaciones a la misma intervención (Bulgaria, O.M. 188/68, art 2; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 3, §1). Se recurre a los intereses demográficos nacionales (Checoslovaquia, Decreto 71/73, art 1), lo que impone una vigilancia médica y socio-legal en vista a la defensa del embarazo y de los nacimientos cuando el permiso de interrupción del embarazo es denegado por las Comisiones previstas (Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 14). En algunos casos, el recurso al aborto provocado, a través de su legalización descubre una gran pobreza y miseria humanas, en el sentido que se da libre acceso a familias desprovistas de casa (Hungría, O.M. 4/73, art 2, § 1d), a mujeres sin remuneración (Checoslovaquia, Disposicio-

nes metodológicas n. 6/80), en casos de incesto (Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 1c; Rumanía, Decreto 770/66, art 2f). La misma situación sanitaria general precaria emerge como uno de los motivos latentes de esta legalización.

El cuadro que se ofrece a la conclusión de tal visión sintética sobre la legalidad abortista europea parece, en el fondo caracterizada por una soledad y aislamiento entre las personas que deben formar el tejido vital de las comunidades nacionales.

Es significativo el acento individualista que caracteriza el lenguaje de los textos examinados: tanto del Norte, como del Sur y Este, incluso por ideologías distintas y quizás opuestas, los sujetos implicados en este drama son personas abstractas, desligadas de todo contexto de relaciones humanas. También cuando hace referencia a *situaciones sociales o familiares o personales difíciles*, se subraya la indiferencia más absoluta del ambiente social actual que no quiere en absoluto tomar conciencia de su responsabilidad y trabajar para solucionarlo. Todo se resuelve en la asepsia más total de una sala operatoria en que es prohibida la entrada a las solidaridad humana más elemental.

Esto parece ser el resultado de un camino histórico que ha elegido la senda de la emancipación y el individualismo: tanto exaltando la autonomía personal como el centralismo estatal. Ambos son significativamente desvalorizados o evidentemente suprimidos los grupos sociales intermedios, el primero de ellos la familia, que salvaguarda este equilibrio necesario de las relaciones entre el individuo y la sociedad.

El peso de tal disgregación gravita inevitablemente sobre los sujetos más débiles

(menos respetados y protegidos), entre los que podemos contar significativamente a la mujer²³.

También la aportación del jurista y del médico está contagiada de esta patología: predomina una interpretación subjetivista de la tarea ética en la esfera profesional.

En esta perspectiva, parece insuficiente limitarse a delegar la solución de graves problemas sociales a la figura de un técnico, aunque si ciertamente es loable que se proceda a una profundización ética unida a adecuada formación profesional en todos los ámbitos sanitarios.

La civilización europea debe madurar en sí misma una respuesta cultural nueva, en la que el cuerpo social sea valorado a cada nivel y al mismo tiempo se mantengan vivas las ricas y múltiples relaciones humanas que garantizan la existencia de una red capaz de sostener los miembros más débiles.

Es urgente trabajar con gran esfuerzo y tenacidad para que todas las expresiones y categorías de la sociedad se revaloricen con una auténtica experiencia de vida cristiana.

Como el Papa mismo ha proclamado con fuerza es necesario volver a descubrir en el Evangelio para encontrar nuevas ideas adecuadas para ofrecer respuestas a los tiempos de hoy. Es necesario establecer ante todo en la misma comunidad cristiana, las relaciones que unen un hombre a otro. Es importante constituir un «laboratorio» extendido a toda la humanidad en el que el objeto de experimentación sea la práctica del amor recíproco, base de la sociabilidad cristiana y, por tanto, humana.

En un tiempo en que los medios de comunicación social llegan a todo el mundo

penetrando en la familia y contagiándola a menudo con mensajes negativos, tal experiencia se radicará en el tejido social sólo si sus frutos no se viven en la restrictiva esfera privada sino si que sean comunicados uno a uno, grupo a grupo, siendo la semilla que a su tiempo dará fruto en los distintos campos de la sociedad civil, en la que los cristianos están también inmersos, incluidos el campo sanitario y jurídico²⁴.

Bibliografía

1 P.F.ANGERAME-M.BARBERI, *Abortività in alcuni Paesi del mondo: statistiche e legislazioni*, Veschi, Roma 1979, p 14-16,91.

2 L.VALLAURI, *Abortismo libertario e sadismo*, Scotti Camuzzi, Milano, 1976

3 Francia L.17/75, art. 1; Italia L. 194/78, art.1; Checoslovaquia, Decreto 71/73, art.1 y L. 66/86, art.1

En la forma de nombrar las leyes seguiremos este método: 1º país, 2º Nº de la ley o de la Orden Ministerial (O.M.) o Decreto / año de publicación de la ley o de la Orden Ministerial o del Decreto , 3º especificaciones de la ley: título, artículo, parágrafo...

4 CÁMARA DE DIPUTADOS, *Materiales de legislaciones comparadas. La interrupción voluntaria del embarazo*, Roma,1994, p 51

5 Suecia, Circular de la Dirección General de Salud y Seguridad Social del 15/9/72

6 Reino Unido, *Abortion Act*, 1967, art.1, §1a

7 Yugoslavia, Decreto 33/60, arts 4-9; Checoslovaquia, Decreto 71/73, arts 5,6; Bulgaria O.M. 188/68, arts 12-15; Italia, L. 194/78, art 5; España, Proyecto ley Orgánica 23/9/92, Tit II, art 153, § 2b; Francia, L.17/75, Tit II, sec II, art 162.12

8 Rumanía, revisión del Código Penal, relativa a los artículos 185 - 188, Boletín Oficial de la República

Socialista de Rumanía 23/4/73, parte I, nn 55,56, pp 1-59; R.F.Alemana del 27/7/92, art 13, § 1; Italia, L. 194/78, art 19.

9 Francia, L. 162/79, arts 1,12, de los trabajos preparatorios de la L. 17/75 resulta que la salud mental es equiparada a la salud física; Italia, L. 194/78, art 4; España, Proyecto ley 23/9/92, art 153, n 1, § 2b.

10 FNOMCeO, *Guía para el ejercicio profesional de médicos- cirujanos y odontólogos*, Médico Scientifiche s.r.l., Torino, 1994, p 235. ,

11 M.GARNIER,V.DELAMARE, *Dizionario dei termini tecnici di medicina*, Marrapese DEMI, Roma, 201979, pp 12,13

12 España, Proyecto ley 23/9/92, Tit II, art 153, n 1, § 2;Italia, L. 194/78, art 4.

13 Baldassarre, *l'aborto non è un diritto costituzionale*, periódico Il Messagero 6/7/95; Italia, L. 194/78, art 1.

14 FNOMCeO, op. cit, p 79

15 Código deontológico médico italiano,1989, Tit. III, c.VII, art 46.

16 FNOMCeO, op. cit., p 54.

17 Dinamarca, L.350/73, art.13 y Decreto 632/86; Finlandia, L.239/70, art 3; Yugoslavia, Decreto 33/60, art.14; Checoslovaquia, L. 66/86, arts 2,3 y la O. M. 29/66, art 2; Rumanía, O.M. 819/66, art 14; R. F. Alemana, L. 27/7/92, art 2, §§ 24a, 24b; Polonia, O.M 19/11/59, art 3.

18 Francia, L. 17/75, Tit III, sec IV, art 13.

19 Italia, L. 194/78, art 7; Bulgaria, O.M. 0-27/73, art 1a.

20 Reino Unido, *Abortion Act* 1967, art 1, § 1a.

21 FNOMCeO, op. cit., p 50.

22 Idem, p 53.

23 JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, nn 8,59; Carta a las mujeres, n 5.

24 Cfr. JUAN PABLO II, Carta Encíclica *Evangelium Vitae*, nn. 79, 80, 90, 95, 101.