
Leyes y políticas sobre el aborto: retos y oportunidades

Rebecca J. Cook

I. Las leyes de aborto

A. Generalidades

El pensamiento moderno acerca del aborto, según se refleja en las recientes tendencias legales surgidas en todas las partes del mundo, ha pasado de una concentración en la criminalidad a un interés por la salud de la mujer y el bienestar de la familia. En las dos últimas décadas, por lo menos 65 jurisdicciones han liberalizado las leyes sobre el aborto y posteriormente cuatro países han limitado los motivos justificativos de la intervención. El mayor ritmo de cambio se ha observado en Europa, con 24 reformas legislativas, en tanto que en África han tenido lugar diez cambios, en Asia y Oceanía se han producido 13 reformas (de las cuales cinco se hicieron en jurisdicciones subnacionales de un mismo país), en el Oriente Medio y África del Norte se han dado ocho cambios y el Hemisferio Occidental ha experimentado reformas en diez países (véase el Cuadro de Cambios Regionales en Leyes sobre el Aborto: 1967-88).

Pueden encontrarse ejemplos de reformas en todos los principales sistemas legales del mundo (Tietze y Hensham), tales como el Derecho Islámico (Abd El Fatah Labana), la Jurisprudencia Consuetudinaria (Cook y Dickens 1986) y en el Derecho Civil, incluyendo los países francófonos (Knoppers y Brault) e ibéricas (española —Stith— y portuguesa —Hummerfeld).

*Ponencia presentada en el Symposium Internacional "Christopher Tietze", Río de Janeiro, Brasil, 29-30 de octubre de 1988. Agradecemos a la autora habernos enviado esta ponencia para su publicación.

La mayor parte de las modificaciones legislativas han extendido la opción de abortar desde las indicaciones tradicionales, tales como el peligro para la salud de la madre o anomalía fetal, a numerosas indicaciones adicionales que se han establecido, tales como adolescencia, edad materna avanzada, circunstancias familiares, SIDA o infección por VIH. Reconociendo que más vale prevenir que curar, un buen número de países ha dado una nueva forma a las leyes referentes al aborto, como parte de un amplio programa para facilitar la accesibilidad y prestación de los servicios de anticoncepción, esterilización voluntaria y aborto.

Los litigios referentes a abortos han aumentado, estimulando la liberalización de las disposiciones acerca del aborto y el apoyo a la elección autónoma de la mujer dentro del marco de la ley (véase el Apéndice referente a Decisiones judiciales sobre el Aborto por regiones). En Canadá, la prohibición penal del aborto en su totalidad se declaró anticonstitucional por infringir la libertad y la seguridad de la mujer (caso de Morgentaler, Smoling y Scott contra La Reina). En consecuencia, el aborto ha sido despenalizado en Canadá y, mediante enmiendas al código penal, también se despenalizó en China, Cuba, Togo y Vietnam. A grandes rasgos, esto significa que en estos países el aborto no se rige directamente por el derecho penal, con sanciones penales, sino que se rige por el derecho civil y por reglamentaciones, como intervención médica rutinaria, permitiendo a las mujeres el reembolso de compensaciones en caso de servicios de aborto deficientes o realizados por personal no capacitado.

Las normas referentes a la prestación de servicios pueden ser restrictivas, de modo que en la práctica resulte limitado el acceso a los medios de aborto legales y seguros, teóricamente puestos a disposición del público. Puede imponerse el requisito de que sólo personal médico con una calificación profesional innecesariamente elevada pueda realizar las intervenciones o que éstas puedan llevarse a cabo solamente en establecimientos que cumplan normas más estrictas que las requeridas para atenciones médicas de orden similar. Se pueden establecer procedimientos de aprobación que requieran una segunda opinión médica o comisiones para controlar el cumplimiento de la ley, lo cual puede demorar el aborto y en consecuencia aumentar su riesgo. Asimismo, pueden existir requisitos de autorización de los padres o del cónyuge a efectos de demorar o prohibir la solicitud de una mujer embarazada. No obstante, las reglamentaciones también pueden emplearse de manera más positiva, con el fin de requerir que los servicios de aborto se proporcionen en

la etapa más temprana posible y para recomendar asesoramiento y servicios anticonceptivos en la etapa posterior al aborto para la mujer y su pareja. Un aspecto decepcionante de la reforma legal es que, si no se suministran los recursos públicos o si los profesionales de la salud no toman la iniciativa para proporcionar los servicios recientemente legalizados, es posible que no se logre mejorar las circunstancias. Puede persistir la práctica ilegal, con todos los riesgos que implica para la salud de la mujer.

A pesar de los progresos logrados en algunos países, en muchos otros, las leyes referentes al aborto conservan una perspectiva predominantemente moralizante o de base religiosa poco influida por la opinión de perjuicio e injusticia social que suscitan las legislaciones prohibitivas referentes al aborto. Es irónico que, en muchos países independientes en vías de desarrollo, las leyes punitivas contra el aborto se mantengan como parte de la herencia colonial, mientras que los países occidentales que antes aplicaban sus propias leyes penales en las colonias, las han reformado o liberalizado en base a principios de justicia social y política sanitaria.

Las recientes aportaciones epidemiológicas en cuanto a las consecuencias del embarazo en la mujer y la familia han situado en una perspectiva distinta las disposiciones legales sobre el aborto. Se ha demostrado, en particular en los países en vías de desarrollo, que los embarazos que ocurren en mujeres en etapas tempranas o demasiado tardías de su vida reproductiva, demasiado cerca de otro embarazo o con demasiada frecuencia elevan las tasas de mortalidad y morbilidad materna (Rosenfield y Maine). En 1987, el Dr. Halfdan Mahler, entonces director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recalcó lo siguiente en una Conferencia sobre Maternidad sin Riesgo, patrocinada por la OMS, el Banco Mundial y el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población:

Lo más notable acerca de la salud materna en el mundo actual es la diferencia extraordinaria existente en las tasas de mortalidad materna entre los países industrializados y los países en vías de desarrollo. En los países industrializados, las muertes maternas son raras hoy en día: el riesgo medio de morir por causas relacionadas con el embarazo es de entre uno por 4 000 y uno por 10 000. Para una mujer en los países en vías de desarrollo, el riesgo medio se halla entre uno por 15 y uno por 50. Estos países comúnmente presentan tasas de mortalidad materna 200 veces mayores que los países de Europa y América del Norte, lo que constituye la mayor disparidad entre todas las estadísticas de salud pública.

Esta conferencia sobre Maternidad sin Riesgo concluyó que el aborto clandestino de embarazos no deseados "causa aproximadamente del 25 al 50% de estas muertes, simplemente porque las mujeres no tienen acceso a los servicios de planificación familiar que desean y necesitan o no tienen acceso a intervenciones seguras y/o a tratamiento humanitario para las complicaciones del aborto". La tasa diferencial de reformas legales relativas al aborto entre los países industrializados y en vías de desarrollo que resulta tan patente en el cuadro, constituye un factor importante en las tasas diferenciales de mortalidad y morbilidad materna entre estas dos partes del mundo.

B. Leyes básicas

Las leyes penales que tratan el aborto sólo de modo prohibitivo pueden describirse como leyes básicas. Una legislación tan puramente negativa tiende a proceder de un pequeño número de modelos occidentales y se caracteriza por la criminalización y fuertes sanciones penales. Los abogados pueden hallar excepciones para las prohibiciones penales o formas de interpretar la ley que hagan difícil la aplicación de sanciones penales. El Código Penal Hindú de 1860, que se aplicó en numerosos países, consolidó la legislación Inglesa, pero penalizó el aborto sólo en el caso de que se probara que realmente había estado embarazada la mujer que presuntamente había abortado (Bhiwandiwalla *et al.*). Por ende, muchos textos legislativos establecieron que el aborto era sancionable sólo cuando se llevaba a cabo "ilegalmente". En algunos países esta expresión sólo distinguía entre el aborto accidental y el aborto deliberado. En la mayoría de los países, no obstante, la expresión reconocía que podía conseguirse que un aborto deliberado pudiera no ser "ilegal". En otras palabras, podía haber situaciones en las que el aborto podía ser "legal". Los tribunales llegaron a declarar que el aborto inducido de modo deliberado era legal cuando la intención primaria del mismo no era acabar con la propia vida fetal o embrionaria sino la de preservar la vida de la madre que estaba en peligro si el embarazo continuaba. Otros tribunales han determinado que la preservación de la vida significaba no sólo la preservación del hecho de vivir sino también de la calidad de vida. por ello, se permite el aborto para impedir estados de salud deteriorados que pongan la vida en peligro o que conduzcan a intensos dolores y molestias.

Por lo tanto, cuando la legislación se expresa sólo de forma básica, las técnicas jurídicas que aprueban los tribunales o proponen los juristas del estado, reputados abogados o profesores universitarios (Williams) pueden indicar los límites en los que puede llevarse a cabo legalmente el aborto. Puesto que algunas de estas interpretaciones se basan en sentencias revocables de tribunales de primera instancia, o en proposiciones de ley especulativas, los centros médicos de mayor reputación y los profesionales de salud pueden declinar arriesgar su buen nombre y su libertad personal para proporcionar atención médica en este campo. Por tanto, las leyes básicas constituyen una barrera fáctica entre las mujeres y los servicios sanitarios que de hecho sería lícito proporcionarles.

C. Leyes desarrolladas

Las leyes desarrolladas difieren de las básicas no tanto en substancia como en contenido. Permiten una respuesta a la petición del profesional de salud "muéstrame dónde dice que puedo llevar a cabo un aborto para salvaguardar la vida o la salud de una mujer". Las leyes del aborto se desarrollan a través de decisiones judiciales o de enmiendas legislativas. En Inglaterra, en el año 1938, el famoso caso de *R. contra Bourne* desarrolló la ley básica inglesa en el sentido de que se permitiera el aborto para preservar la salud física y mental de la mujer. Este desarrollo se ha seguido en casi todos los países de la Comunidad Británica de Naciones en Asia, África y en el Caribe y se ha citado en procesos judiciales específicos como por ejemplo en Nigeria (*R. contra Edgal* en 1939), en Zambia (*El Pueblo contra Gulsham, Smith, Finlayson* en 1971) y en las Fiji (*R. contra Emerson y Emerson* en 1976).

El éxito de una ley desarrollada es a menudo difícil debido a la falta de comprensión de la ley básica. Se supone normalmente que la legislación que se expresa sólo con un lenguaje negativo o punitivo hace que el aborto sea ilegal en todas las circunstancias. Aunque está claro para jueces y abogados que la ley no demanda que una mujer, cuya vida corre peligro si el embarazo continúa, se exponga a morir, este hecho no es siempre tan diáfano para los profesionales de salud. La autorización que la ley concede para practicar un aborto en caso de que

exista riesgo o peligro para la futura salud de la madre ha sido siempre implícita. No obstante, a menudo se produce una resistencia a expresar la ley de forma explícita, debido a la creencia de que esto puede abrir las puertas a disposiciones más liberales sobre el aborto o quizás porque se teme situar el tema en el filo de la navaja o en terreno resbaladizo.

La legislación de todos los países debiera ser al menos "desarrollada" para que todas las personas sujetas a la misma pudieran conocerla fácilmente. Bajo una legislación incierta, los profesionales de salud pueden arriesgar la salud o la vida de las mujeres negando un servicio que podrían proporcionar de modo seguro, conveniente y legal. Cuando se niega un servicio de ésta naturaleza, las mujeres a menudo se dirigen hacia practicantes de abortos no calificados o intentan autoinducirse el aborto. Una consecuencia legal de la negación de atención médica legalmente justificada es que quienes posteriormente practican el aborto pueden argumentar que su comportamiento es legalmente excusable en base a la defensa legal de estado de necesidad (esta defensa está al alcance, por ejemplo, de alguien que no siendo médico ha de atender a otra persona en peligro de atragantarse y la golpea en la espalda o en el estómago. En el caso de que la víctima no pueda respirar, puede excusarse que se intente su salvación abriendo la tráquea con un cuchillo de cocina). De modo análogo, cuando se cree que la salud o la vida de una mujer están en grave peligro debido a un embarazo y los médicos rehusan actuar por miedo a las consecuencias legales, personas no expertas, inclusive las propias mujeres, pueden argumentar con éxito que su conducta es defendible bajo la doctrina de la necesidad legal.

Una ventaja de las leyes desarrolladas para los profesionales de salud es que establecen claramente las condiciones en que se les permite siempre interrumpir un embarazo. Tales leyes reflejan el principio bajo el cual los hospitales salvan las vidas de mujeres embarazadas. Incluso los hospitales católicos interrumpen los embarazos ectópicos invocando la doctrina del doble efecto, por medio de la cual subrayan la salvación de la vida y consideran la previsible pérdida de un embrión como una segunda consecuencia no intencionada pero inevitable.

D. *Leyes avanzadas*

Las leyes avanzadas van más allá de las leyes desarrolladas, haciendo explícitas las justificaciones para el aborto y especificando asimismo las condiciones bajo las cuales puede tomarse de modo apropiado la decisión de abortar. Las leyes avanzadas pueden impedir que se lleven a cabo abortos en términos más amplios que los que permiten las leyes desarrolladas y los procedimientos de toma de decisiones específicos que establecen pueden ser de hecho más restrictivos que los que podrían utilizarse bajo una ley desarrollada. No obstante, no es raro que los países que están dispuestos a promulgar una ley avanzada aprovechen la oportunidad para especificar indicaciones de aborto que exceden los casos de peligro para la vida o la salud.

En conformidad con lo anterior, las leyes avanzadas pueden permitir llevar a cabo un aborto en una o (a menudo) más de las indicaciones siguientes:

Riesgo para la vida de la madre (indicación de peligro para la vida), el cual se haya implícito en todas las leyes fundamentales.

Riesgo para la salud de la madre (indicación de peligro para la salud de la madre), ya sea físico o mental, como consecuencia de la continuación del embarazo, el cual, está implícito normalmente en la ley fundamental. Ciertas legislaciones definen el riesgo como todo aquel que excede el que se asocia normalmente con el embarazo, mientras que otras legislaciones lo definen como todo riesgo que excede claramente el riesgo del propio embarazo.

Algún grado de probable malformación física o mental del niño que nacería al concluir naturalmente el embarazo (indicación fetal). Algunas legislaciones especifican que el riesgo debe ser de extrema o grave malformación.

Embarazo debido a violación, incesto o delito sexual específico (indicación jurídica). La violación y el incesto se combinan frecuentemente pues aunque el incesto suele ser un delito con consentimiento, puede darse incesto sin consentimiento (es decir violación incestuosa).

El efecto del nacimiento del niño en la salud y bienestar de la familia y de los hijos ya nacidos de la mujer (indicación social, médico-social o socio-económica). Las leyes en que falta esta indicación pueden permitir el aborto por indicación de salud cuando la propia salud y bienestar de la madre esté en peligro.

Peligro para la posición social de la mujer en su familia (indicación familiar). La legislación a la que le falte esta indicación puede permitir el aborto mediante una aplicación liberal de las indicaciones sociales, etcétera.

Fallo de un método anticonceptivo empleado de modo consciente (indicación contraceptiva). Esta indicación intenta alentar la práctica rutinaria de la contracepción y permite el aborto para apoyarla y no como sustituto de la misma.

A petición de la madre, normalmente durante el primer trimestre.

Puede permitirse el aborto a petición de la madre durante el estadio inicial del embarazo (el primer trimestre) y después del mismo la madre puede cumplir los requisitos para el aborto si satisface una de las indicaciones convencionales, como la indicación de peligro para la vida de la madre o la indicación fetal en el caso de que el diagnóstico prenatal revele una grave anomalía o enfermedad fetal. El enfoque trimestral se basa no en indicaciones particulares sino en el punto de vista de que el aborto en un estadio inicial es diferente cualitativamente del aborto en un estadio posterior y que no precisa justificarse o excusarse en ningún supuesto particular. Algunas leyes avanzadas, como la ley finlandesa del año 1970, exigen que el aborto se lleve a cabo lo más tempranamente posible de la gestación y que por tanto, se eliminen las barreras que lo retrasen.

Algunas leyes del aborto recientemente liberalizadas, han desarrollado nuevas indicaciones que exceden a las descritas o que constituyen aplicaciones ampliadas de las anteriores (véase el cuadro). Dichas indicaciones incluyen:

La indicación de adolescencia, la cual puede formar parte de las indicaciones familiares, sociales o de peligro para la salud.

La indicación de angustia, la cual puede formar parte del supuesto de peligro para la salud, particularmente respecto a la salud mental.

La indicación de alojamiento, que puede formar parte de las indicaciones sociales o familiares.

La edad materna o la indicación de multiparidad que puede formar parte de la indicación social o de peligro para la salud y puede coincidir con la indicación de adolescencia.

La indicación de virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que incluye el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La indicación de estado civil que es aplicable a una mujer soltera o separada y que puede formar parte de las indicaciones sociales o familiares.

Las leyes de aborto avanzadas pueden clasificarse de modo general en las categorías siguientes:

a) indicaciones restrictivas (indicación de peligro para la vida de la madre e indicación de peligro para la salud de la madre).

b) indicaciones desarrolladas (las indicaciones restrictivas más la indicación fetal y la indicación jurídica).

c) indicaciones ampliadas (las indicaciones desarrolladas más las indicaciones sociales, familiares y anticonceptivas).

E. Leyes despenalizadas

Varios países han despenalizado el aborto rechazando la regulación mediante leyes básicas, desarrolladas o avanzadas del aborto criminal. Dichos países lo han logrado volviendo a promulgar sus códigos penales o bien por medio de sus tribunales constitucionales. China, Togo y Vietnam por ejemplo, han vuelto a codificar sus leyes penales omitiendo de modo intencionado cualquier referencia al aborto. Canadá estableció que su ley del aborto era anticonstitucional y por ello ha despenalizado el aborto hasta que tengan éxito los esfuerzos para volverlo a penalizar. Cuba ha despenalizado el aborto pero aún mantiene las penas legales en el caso de que el aborto se lleve a cabo por dinero, por una persona no calificada, en un lugar no autorizado y sin el consentimiento de la mujer. En líneas generales, en estos cinco países el aborto se contempla como cualquier otro procedimiento médico similar. Es ilegal sólo cuando lo efectúa una persona que no posee la debida calificación médica o cualquier otra calificación necesaria. De modo similar, el aborto que se practica sin el libre consentimiento de la mujer, o en caso de que ésta no pueda darlo, continúa siendo punible en beneficio de la embarazada como una grave agresión contra la mujer.

F. Derechos humanos y constitucionales

La legislación sobre el aborto se adapta a un amplio contexto legal de constituciones nacionales y de convenciones internacionales de derechos humanos. Estas pueden invocar el derecho a la vida, pero tal derecho a menudo no es específico respecto al nonato, como ocurre en el fallo del año 1980 (Bebé Niño) de la Comisión Inter-Americana de Derechos Humanos (Véase el Apéndice) y respecto al momento en que comienza la protección de la vida. Son más específicas respecto al derecho de las mujeres a proteger su vida y su salud —tal y como se hizo evidente en el fallo de la Comisión Europea de Derechos Humanos del año 1980 de Paton contra UK (Véase el Apéndice)—, la salud de sus hijos y la integridad de la familia. La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres capacita expresamente a las mujeres a acceder a los servicios de planificación familiar en los cuales está ampliamente reconocido que se incluya el aborto, al menos en el caso de fallo en los métodos anticonceptivos.

Cierto número de países ha modificado sus constituciones nacionales para incorporar disposiciones de convenciones internacionales de derechos humanos y en el caso de los que no lo han hecho explícitamente, pudiera ser que los tribunales sostuvieran que se han incorporado por alusión. Además, los tribunales nacionales se inclinan a interpretar la legislación nacional de modo compatible con los compromisos internacionales que han contraído voluntariamente (Cook y Dickens, *Evolución Internacional de las Leyes de Aborto*, 1988). De manera concordante, los tribunales nacionales pueden convertir la protección de la vida, salud e integridad de la familia que disfrutaban las mujeres con arreglo a las convenciones de derechos humanos, de un compromiso legal internacional cuyo cumplimiento no es obligatorio a un principio de ley que puede hacerse cumplir nacionalmente (Cook, 1988).

El derecho a la planificación familiar se ha recogido en las constituciones de diversos países aunque sin manifestar específicamente si se incluye el derecho al aborto. Tales disposiciones pueden ser implícitas al referirse a los derechos a la integridad de la vida familiar, incluyendo tamaño de la familia y distribución de nacimientos, pero alguna de ellas hace referencia explícita a la planificación familiar como tal. En algunos casos la legislación que pone en vigor los derechos constitucionales da cabida a la interrupción del embarazo en su etapa inicial. Aquellos países

que están particularmente preocupados por la presión demográfica que soportan, imponen, tanto al marido como a la mujer, la obligación de practicar la planificación familiar y restringen el derecho a la integridad familiar manteniendo relativamente alta la edad mínima para contraer matrimonio. No obstante, es más habitual que la obligación de facilitar la planificación familiar sea asumida por el propio Estado y no que ésta se imponga a las parejas.

Bastante más comunes son las garantías constitucionales de los derechos individuales a la intimidad, como los que pueden encontrarse en las constituciones de Nicaragua de 1986 y de Vietnam de 1980. No obstante, es materia especulativa si dichas garantías pueden utilizarse para despenalizar abortos en el primer y segundo trimestre como se hizo en el famoso fallo del Tribunal Supremo de los Estados Unidos (*Roe contra Wade* de 1983). Además de la intimidad, las garantías constitucionales sobre la libertad y la seguridad de la persona pueden despenalizar el aborto como hizo el Tribunal Supremo de Canadá (*Morgentaler, Smoling y Scott contra La Reina*, de 1988) al dictaminar como anticonstitucionales las disposiciones de leyes avanzadas que condicionaban el acceso de las mujeres al aborto a la aprobación de un comité hospitalario que no respetaba necesariamente "las prioridades y aspiraciones de la mujer".

Las constituciones nacionales y las convenciones de derechos humanos difieren en el grado en que proporcionan recursos legales. Algunas constituciones nacionales y convenciones internacionales son prescriptivas estableciendo las fuentes de derecho que ha de aplicar el poder judicial o los tribunales de derechos humanos. Otras muchas son sólo descriptivas, estableciendo los objetivos a los que aspiran los diferentes países, objetivos que no pueden conseguir realmente. Algunas constituciones o convenciones establecen un estándar mínimo de objetivos a alcanzar bajo amenaza de sanciones o recursos legales; otras declaran los más altos ideales por los que los distintos países se comprometen a luchar.

Las disposiciones constitucionales sobre los derechos a la atención médica pueden caer más en la categoría descriptiva que en la prescriptiva y carecer de medios específicos para ponerlas en vigor. Aunque los países no tienen la obligación de asignar recursos para conseguir tales objetivos, pueden en cambio tener la obligación legal de actuar de buena

fe para no obstruir la consecución privada de dichos objetivos y no utilizar o permitir la utilización de sus recursos de forma que ponga en peligro las finalidades referidas.

II. Ejercicio profesional inflexible bajo leyes avanzadas

Un dilema se presenta al pasar de una ley desarrollada a una ley avanzada y es que mientras la ejecución de las leyes desarrolladas es incierta, las leyes avanzadas ofrecen un plan de ejecución que, de modo casi invariable, proporciona condiciones o mecanismos que por sí mismos generan incertidumbre (Cook y Dickens 1978). Dejando a un lado las leyes avanzadas que simplemente despenalizan el aborto efectuado antes de una determinada fase de la gestación, la experiencia con legislación avanzada revela algunas dificultades de interpretación como las que se exponen a continuación:

El aborto pueden practicarlo normalmente sólo los doctores licenciados para el ejercicio de la medicina por las autoridades competentes locales o nacionales. La utilización racional de los escasos servicios de salud se consigue a través del nombramiento de enfermeras y de personal auxiliar sanitario debidamente entrenado cuya posición desde el punto de vista de la legislación del aborto puede ser incierta. Las más altas autoridades judiciales han sostenido que las enfermeras que actúan a las ordenes de un doctor están protegidas por la inmunidad legal de dicho doctor de todo tipo de responsabilidad legal, pero existe la incertidumbre de si el resto de personal disfruta de las mismas ventajas (Real Colegio de Enfermería del Reino Unido contra Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1981). Además, en casos en que las enfermeras actúan de manera relativamente independiente basándose en autorizaciones genéricas de un doctor, puede parecer que no actúan a las ordenes del citado doctor sino bajo una autorización general no específica para el diagnóstico y tratamiento de un paciente individual por parte del susodicho médico. Por consiguiente, los profesionales de salud pueden carecer de la inmunidad que se deriva de la protección del doctor. La utilización racional de los profesionales de salud habrá de volver a revisarse cuando, por ejemplo, puedan utilizarse en los primeros estadios del embarazo, técnicas médicas (es decir no quirúrgicas) para abortar como el Mifepristone (Reino Unido 486) (Couzin et al.; Roger y Baird).

*La ejecución de la interrupción del embarazo está a menudo reservada a instituciones concretas o específicamente definidas. Algunas leyes avanzadas controlan los servicios de aborto despenalizados sólo cuando se llevan a cabo en hospitales públicos u otros hospitales aprobados por el gobierno, o a través de regulaciones emitidas y corregidas por una autoridad, como por ejemplo la del Ministerio de Sanidad. De modo ocasional, se incrementan los recursos de estas instituciones, pero incluso en tales casos, la demanda puede exceder la oferta y las mujeres, particularmente de áreas rurales, pueden hallar que las instituciones no son económica o cómodamente accesibles. Por tanto tendrán que recurrir a las prácticas acostumbradas, las cuales no están aprobadas por la ley avanzada. Resulta problemático cuando las mujeres se presentan en estos hospitales padeciendo un aborto inducido de modo incompleto (incluyendo el autoinducido); los hospitales capacitados para llevar a cabo abortos legalmente pueden resistirse a legitimar lo que se inició como una práctica ilegal. Por consiguiente, las mujeres que en un principio podrían haber recibido allí un servicio legal llegarán a no poder beneficiarse de la pericia especializada de los profesionales como último recurso. También se originan dificultades adicionales cuando un hospital autorizado declina realizar abortos en régimen de ambulatorio. En ese caso, puede negarse un servicio conveniente para las mujeres, a las que se obliga a permanecer en el hospital de modo innecesario y dejando quizás solos niños pequeños sin la debida vigilancia. La inclinación de los hospitales a llevar a cabo abortos por medios quirúrgicos se verá contestada por el esperado desarrollo de abortos médicos (no quirúrgicos) que se consigue utilizando antiprogestágenos como el Mifepristone (Reino Unido 4486) (Couzinnet *et al.*; Roger y Baird). Algunas legislaciones, como la de Singapur del año 1974, han previsto este desarrollo renunciando a exigir las calificaciones adicionales necesarias para abortos quirúrgicos a los abortos efectuados mediante drogas.*

Se precisan a menudo procedimientos de aprobación especial para los abortos. Aunque se obliga a los médicos a que profesionalmente actúen en buena fe y dicha buena fe se supone hasta que se pruebe lo contrario, las leyes avanzadas, como la de Zambia del año 1972, a menudo incluyen comprobaciones acerca de la honestidad de juicio de cada doctor obligando a que se obtenga una segunda e incluso una tercera opinión médica para autorizar un aborto. Pocos sistemas legales exigen los mismos requisitos para cualquier otro procedimiento médico, reflejando

quizás la sospecha de que el aborto lo llevan a cabo los doctores para servir a las conveniencias de las mujeres y/o por elevadas minutas profesionales. Los tribunales aseguran a la honradez profesional médica confiando en que un médico supervisará la honestidad y buen juicio clínico de cualquier otro médico. Las dificultades que comporta tal requisito se experimentan particularmente en las zonas en que los médicos son escasos. Dos médicos pueden estudiar un mismo caso sólo de modo poco frecuente y a costa de obligar a otros pacientes a renunciar a la atención médica. El problema se agrava cuando debe reunirse un comité con más de dos doctores. Los comités suscitan problemas adicionales tales como: si sus decisiones han de tomarse por mayoría simple, mayoría absoluta o por unanimidad.

A menudo se promulgan disposiciones que obligan a un período de reflexión. Para poder abortar, una mujer primero ha de solicitarlo y posteriormente volver después de un mínimo período de reflexión, normalmente de una semana, para obtenerlo. Tales disposiciones de períodos de reflexión no se precisan normalmente para otros procedimientos similares y el Tribunal Supremo de los Estados Unidos las ha prohibido por ser una interferencia indebida en el derecho a la vida privada de las mujeres (Zbaraz contra Hartigan, 1987). Desde un punto de vista clínico, los períodos de reflexión son sólo factibles cuando no se perjudica el acceso a tiempo a los servicios de aborto. Pueden ser contra-terapéuticos cuando retrasan indebidamente el acceso al aborto más seguro, que es el que se realiza en las primeras semanas. Las disposiciones de períodos de reflexión contienen normalmente —como en la ley francesa de 1979— una excepción expresa o implícita cuando el aborto es necesario de modo inmediato para la vida o la salud permanente de la madre. Cuando el período de reflexión lleva a una mujer a un avanzado estado de gestación —por ejemplo al segundo trimestre— implícitamente se renuncia a los criterios adicionales que habrían de satisfacerse para el aborto en dicho estado avanzado.

Se establecen con frecuencia requisitos de autorización. Dichos requisitos pueden establecer que, además de la mujer que ha de ser operada, otra persona ha de dar autorización, por ejemplo el marido de la mujer, como ocurre con la ley turca de 1983, o si la mujer es menor de edad y no está casada, uno de sus padres, como ocurre con la ley de Barbados del año 1983. Tales disposiciones son inconsistentes con las indicaciones del aborto para salvar la vida o la salud y contradicen las leyes

promulgadas o naturales por las que los maridos deben proporcionar a sus mujeres (Cook y Maine) y los padres deben proporcionar a sus hijos los servicios sanitarios que se indiquen médicamente (Paxman y Zuckerman). El padre o el marido que rehuse dar la autorización bajo tal ley avanzada puede ser acusado del delito de negligencia voluntaria en proporcionar o permitir la atención médica a una mujer embarazada. Tales leyes avanzadas pueden asimismo ir contra las leyes de derechos humanos internacionales y de otro tipo que garantizan a cada persona el derecho a proteger su salud. Aún más, la jurisprudencia está reconociendo cada día más que la minoría de edad legal no niega la capacidad para la elección médica autónoma (Paternidad Responsable del Missouri Central contra Danforth, 1976), sino que meramente suscita una presunción de incapacidad rebatible ante la evidencia de la capacidad del menor para entender la naturaleza y consecuencias del probable ejercicio de la elección médica (Gillick contra Departamento de Salud de West Norfolk y Wisbevc, 1985).

Más allá de los problemas más detallados del cumplimiento de las leyes de aborto avanzadas que acabamos de exponer está el problema trascendente de que tales leyes son permisivas, es decir, permiten que se lleve a cabo el aborto pero no obligan a que se cumplan los procedimientos. Los servicios que son legales en teoría, a menudo, no llegan a estar disponibles en la práctica debido a que las autoridades sanitarias y otras autoridades administrativas que controlan los recursos sanitarios deciden no invertirlos en estos servicios. Cuando las leyes no están apoyadas por los recursos necesarios para proporcionar los servicios que autorizan, el ejercicio de la reforma legal no tiene sentido. Los derrotados opositores al cambio legislativo pueden triunfar a nivel administrativo al negarse a las pacientes el acceso a los servicios legales. Los gobiernos que han vencido la oposición religiosa y de otro tipo para que la mujer pueda optar por el aborto son, de modo casi invariable, reacios a situar a los profesionales de salud y a las instituciones sanitarias bajo el deber positivo de llevar a cabo abortos. Sin un compromiso gubernamental de cubrir la demanda de aborto legal, el aborto ilegal mantiene su frecuencia y el aborto médico seguro queda al alcance sólo de los ricos y privilegiados.

III. Ejercicio profesional flexible bajo leyes corrientes

En los casos en que sea poco probable que la legislación nacional sobre el aborto vaya a liberalizarse, debido a que la reforma sea poco prioritaria, o debido a que suscite mucha oposición o, por ejemplo, debido al miedo de que una reforma legislativa desencadene una resaca reaccionaria, puede hacerse bastante para liberalizar las prácticas de aborto, especialmente explicitando lo que se entiende por salud. La indicación de salud para el aborto puede entenderse y aplicarse bajo la legislación corriente a través de la práctica médica, de aclaraciones del poder ejecutivo o de interpretaciones judiciales dentro del marco de referencia establecido por las ciencias de la salud y no por las tradiciones de la jurisprudencia penal. En los lugares en que la ley del aborto se declara como un modo de proteger la salud de la mujer, puede animarse a los países que suscriben los Principios y Constitución de la Organización Mundial de la Salud, a que apliquen la palabra "salud" de modo compatible con el enfoque de la OMS. Ésta reconoce que:

La salud es un estado de completo bienestar, físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedades o dolencias.

Por consiguiente, la prohibición penal puede aplicarse de una forma que respete la capacidad de los profesionales de la salud para aplicar su talento de modo compatible con la ciencia y destreza de su disciplina. Por ejemplo, en los lugares en que la práctica de la medicina incorpore el impacto en la salud de las pacientes de sus circunstancias sociales y económicas, la ley debería respetar dicha práctica médica. La ley no debería obstruir o condicionar la disponibilidad de un servicio sanitario que trata de minimizar el impacto en la salud de los niños ya nacidos o el impacto negativo del nacimiento de un nuevo hijo en los hijos ya nacidos.

A. Práctica profesional

En los casos que la ley no traslada invariablemente a los profesionales de salud las resoluciones sobre qué conductas son apropiadas, se respeta siempre la manera en que dichos profesionales establecen los criterios internos sobre conveniencia. Pero, aunque se describe a menudo a los profesionales de salud como auto-regulados, no hay que olvidar

que son licenciados por las autoridades, que actúan bajo mandato legislativo para proteger a la sociedad formulando y obligando a cumplir criterios de práctica profesional. Asimismo, las asociaciones médicas nacionales o regionales pueden establecer las directrices profesionales sobre la oferta y ejecución de servicios de aborto apropiados e inapropiados. Además, las asociaciones de médicos especialistas, como las de obstetras y ginecólogos pueden establecer criterios para su especialidad y para su interacción con profesionales auxiliares.

Los profesionales de salud pueden, por consiguiente, establecer los criterios que encuentren apropiados y satisfactorios para la provisión de servicios de aborto. Las directrices profesionales estarían, por supuesto, sujetas a la legislación local y a la manera tradicional en que los tribunales entienden y aplican las leyes locales, a su vez los tribunales pueden suponer que los legisladores conocen la práctica regular de la profesión médica y así interpretar la legislación de modo compatible con dicha práctica siempre que sea posible. Aun más, los tribunales pueden estar dispuestos a aplicar la presunción de que la profesión médica actúa convenientemente y a dictaminar la Ley de acuerdo con los criterios profesionales y con la presunción de buena fe.

Cuando las asociaciones profesionales, las autoridades encargadas de emitir las licencias profesionales y las asociaciones de especialistas establecen las circunstancias en que la oferta y provisión de servicios de aborto son apropiados desde el punto de vista profesional; dichas declaraciones pueden influir y guiar la interpretación judicial de la Ley, aunque obviamente no regirán los tribunales ni limitarán el poder de los legisladores. Cuando la opinión política está ampliamente polarizada, la posición adoptada por profesiones relevantes puede influir en políticos independientes que así encontrarán una posición públicamente responsable basada en la aceptación del punto de vista profesional.

B. Aclaraciones del poder ejecutivo

Sin necesidad de rectificar la legislación existente, los miembros ejecutivos del gobierno pueden querer hacer o verse obligados a hacer declaraciones sobre el ámbito de la Ley de aborto de la nación. Tales declaraciones clarificadoras del ejecutivo no son vinculantes con respecto al poder legislativo ni limitan una futura opción de reforma legal, ni son

tampoco vinculantes para los tribunales. Los jueces mantienen toda su autoridad para interpretar la legislación con arreglo a la tradición y la jurisprudencia. No es raro que los jueces conozcan y respeten la práctica ejecutiva, aunque son libres de corregir la falta de comprensión de la Ley haciendo uso de sus funciones judiciales. No obstante, dentro de estos límites, el poder ejecutivo del gobierno juega un papel importante clarificando cómo entiende que es la Ley y cómo debe aplicarse convenientemente.

A un destacado ministro de Sanidad, por ejemplo, se le puede preguntar si la legislación sobre el aborto que contenga una indicación para el aborto por causa de salud, suscribe la definición de salud de la OMS, y si el ministro cree que las valoraciones de salud con objeto de poder abortar pueden hacerse con arreglo a criterios de salud determinados médicamente.

A un responsable legal, preferiblemente a un fiscal general o a un ministro de Justicia se le puede preguntar de modo análogo que declare o bosqueje las circunstancias en las que los profesionales de salud podrían estar en peligro de ser procesados por su participación en procedimientos de aborto. Puede determinarse, por ejemplo, que un médico, que trate de modo rutinario abortos espontáneos o inducidos, no será procesado por evacuar el contenido del útero para asegurar la supervivencia y la salud de la mujer.

De modo más significativo, podría preguntársele a dicho responsable que identifique las circunstancias en las que la interrupción del embarazo se entenderá que se ha llevado a cabo dentro de la ley imperante. Un requisito frecuente, por ejemplo, de una valoración médica de peligro para la vida o la salud que justifique un aborto terapéutico, es que ésta se haga de buena fe. La evidencia de buena fe puede intentarse mediante la búsqueda intencional de una segunda opinión médica cuando ello sea posible. El caso podría haberse llevado de forma rutinaria, en un hospital público o en uno privado abierto a la supervisión ministerial sobre la calidad y la corrección del servicio (manteniendo el debido respeto a la confidencialidad de la paciente). Facturar minutas modestas, escribir cartas de referencia para el especialista, utilizar historias clínicas habituales y programar los servicios en horas de trabajo habituales, pueden ser asimismo evidencias de que el procedimiento se está llevando a cabo como cualquier otro cuidado sanitario (Cook y Senanayake, etcétera). Algunas desviaciones de la programación rutinaria pueden, no obstante,

ser explicables debido a la reserva consciente del equipo médico, de enfermería o auxiliar, sobre los abortos que no se practican para preservar la vida de la mujer contra un peligro inmediato.

La técnica de conseguir una aclaración ejecutiva de la legislación sobre el aborto se ha utilizado de modo significativo en el Reino Unido, donde las organizaciones anti-abortistas presionaron al ministro de Sanidad para que declarase que la inserción post-coital de un DIU la regulaba la ley del aborto. La negativa del ministro a hacer esa declaración ayudó a establecer que tal método anticonceptivo era legalmente discernible del aborto. En 1983, los mismos activistas le preguntaron al Fiscal de la Corona si la inducción post-coital para hacer fracasar la implantación era ilegal a menos que se hiciera de conformidad con la ley del aborto. En una respuesta parlamentaria por escrito, el Fiscal de la Corona aclaró que actuar a efectos de impedir la implantación de un pre-embrión no constituye un aborto legalmente. Los ejemplos ilustran como los miembros del ejecutivo pueden clarificar la Ley existente de forma que permita una mayor flexibilidad para proporcionar servicios de planificación familiar.

Las declaraciones ministeriales respecto a qué servicios de aborto se aceptarán como legítimos y cuáles pueden provocar un proceso judicial pueden ayudar a clarificar aspectos en que los servicios de aborto pueden proporcionarse de modo responsable. La vía de conseguir una declaración del Ejecutivo puede ser menos cara y llevar menos tiempo que abrir un proceso o iniciar casos de prueba, los cuales normalmente impelen a los gobiernos a sostener una interpretación restrictiva de la Ley. En el Reino Unido se puso de manifiesto una estrategia mejor cuando el Real Colegio de Enfermería litigó para conseguir una declaración que dijera que las enfermeras no estaban legalmente protegidas cuando participaban en un aborto inducido por prostaglandinas. El gobierno presentó su alegato oponiendo que las enfermeras podían participar en tales procedimientos cuando actuaban bajo supervisión médica, amparadas por la ley del Aborto del año 1967. El efecto del litigio fue el de confirmar la legalidad de la práctica rutinaria del aborto mediante prostaglandinas.

En algunas jurisdicciones, una condición previa al proceso por abortos ilegales es la evidencia de que el procedimiento se llevó a cabo en una "mujer embarazada". Ello es particularmente cierto en muchos países de la América Latina cuya legislación deriva de la española. Por

ejemplo, los Tribunales de Argentina (F. contra C., 1955) y del Brasil (Capirani contra Filho, 1954) han dictaminado que en ausencia de pruebas legales de embarazo, los procedimientos que se lleven a cabo sobre las mujeres no pueden ser objeto de proceso por aborto. Puede solicitarse a los ministros de Justicia o a los Fiscales Generales encargados de hacer cumplir la Ley, que, conforme a lo anterior, den instrucciones a los fiscales para los tipos de pruebas y criterios que deben establecerse antes de iniciar cualquier procesamiento.

C. Interpretaciones judiciales

En los sistemas jurídicos basados en la jurisprudencia se produce un desarrollo legal cuando los tribunales supremos toman decisiones vinculantes para los tribunales de instancias inferiores. No obstante, los fallos de tribunales de instancias inferiores pueden tener también influencia, debido a que aunque no pueden vincular a otros tribunales —ni siquiera los del mismo nivel—, pueden empero influir y persuadir a otros tribunales, incluso los de instancias superiores. Por consiguiente, un fallo que tenga un rango modesto en la jerarquía judicial puede convertirse en altamente influyente. En el contexto del aborto en los países de leyes consuetudinarias, la decisión de un juez de primera instancia de Inglaterra en el año 1938 (caso de R. contra Bourne) estableció la jurisprudencia rectora en las jurisdicciones del Reino Unido, Austria, Canadá, Nueva Zelanda, Nigeria, Kenia y Fiji. De hecho, el fallo sobre Bourne no ha sido rechazado por ningún tribunal, y las autoridades judiciales lo citan frecuentemente como la representación de la Ley en su propia jurisdicción (Cook y Dickens, 1986).

En los países que tienen leyes codificadas, la influencia de la jurisprudencia no es tan fuerte como en el caso de sistemas de Leyes dictaminadas desde los tribunales. Sentencias bien razonadas que exponen la forma en que va a interpretarse y aplicarse el código pueden, no obstante, tener una gran influencia. Bajo sistemas codificados, el lugar de un fallo en la jerarquía judicial es menos rígido y una sentencia de un tribunal de igual o inferior instancia puede influir en un tribunal superior, siempre que la sentencia esté bien razonada o tenga en cuenta factores significativos que otras sentencias hayan pasado por alto. En consecuencia, un fallo que incorpore datos que otros tribunales hayan ignorado,

como por ejemplo los datos de naturaleza científica o epidemiológica, puede llegar a ser muy influyente. Información como la del impacto negativo en las mujeres, niños y familias de los nacimientos poco espaciados puede persuadir a un juez de que un aborto concreto fue médicamente apropiado e influir en otros jueces para que incorporen esta percepción en sus propias valoraciones de las excepciones terapéuticas a una norma que generalmente prohíba el aborto.

Tanto en las leyes consuetudinarias como en los sistemas codificados, las sentencias individuales que no son estrictamente vinculantes pueden ser muy influyentes sin entrar a considerar el empuje o dirección del fallo judicial. Es decir, tanto las sentencias liberales como las conservadoras pueden influir en el ámbito del aborto legal. No obstante, las sentencias sucesivas pueden ser igualmente influyentes tanto para restringir sentencias anteriores de cariz liberal como para liberalizar otras de cariz conservador. Los partidarios de una ley liberal no pueden, por tanto, tener la seguridad de que las sentencias que les favorecen perdurarán, pero pueden consolarse pensando que las sentencias restrictivas pueden a su vez ser liberalizadas. La dirección del conjunto de las interpretaciones judiciales ha tendido hacia la liberalización de todas las regiones del mundo y en la mayoría de los sistemas legales a nivel tanto de los tribunales nacionales como de los internacionales de derechos humanos (Véase el Apéndice). Un cierto número de tribunales ha establecido que la fuerza que compite contra el derecho de la mujer al aborto no es la del derecho del feto a la vida sino el derecho de los mismos Estados a proteger la vida no nacida. Aunque esto pueda parecer en principio limitar la opción de la mujer, los Estados que invocan su responsabilidad respecto a la vida no nacida, aceptan asimismo su responsabilidad por la vida y bienestar de la mujer embarazada. Cuando se contraponen los intereses del feto con los de la mujer, los intereses de ésta para preservar su vida y salud general contra un riesgo calculable son suficientes para ver que los intereses de la mujer prevalecen (Morgentaler, Smolin y Scott contra La Reina, 1988; Tribunal Constitucional Español, 1986).

IV. Los temas clave de la reforma legislativa

En muchos países, la cuestión del aborto continúa siendo o se ha convertido en un campo de batalla de fuerzas opuestas en que unas favorecen la autonomía reproductiva de las mujeres y otras exigen una mayor protección de la vida humana no nacida. El punto focal de la reforma legislativa puede ser los cambios en las indicaciones de aborto legal. De modo alternativo, o complementario, puede proponerse despenalizar el aborto hasta una determinada etapa de la gestación, como por ejemplo el final del primer trimestre. Al proponer tal reforma han de tomarse en consideración algunos aspectos de carácter pragmático.

A. Asesoramiento previo al aborto

Cuando se propone, por ejemplo, despenalizar el aborto en la etapa inicial del embarazo, debe tomarse en consideración el efecto de difusión que produce reducir esa etapa. Cuando una mujer puede actuar sólo en un corto período de su gestación, puede negársele indirectamente la oportunidad de tomar en consideración sus alternativas y dar los pasos necesarios para continuar el embarazo o interrumpirlo. La oportunidad de abortar circunscrita a un período de tiempo muy corto, puede impedir que la mujer tenga el tiempo preciso para asesorarse, al forzarla a actuar con indebida prisa. Puede, por tanto, anulársele la opción de continuar un embarazo y dar a luz un hijo, si ello hubiera sido lo más apropiado en su caso. Pueden cumplirse tanto los objetivos de los activistas de grupos abortistas como los de los grupos anti-abortistas si se permite a las mujeres que tengan la oportunidad de recibir consejos y orientaciones no tendenciosas y, no se las obliga a tomar decisiones rápidas.

B. Utilización racional de los recursos sanitarios

En los casos en que está permitido realizar abortos en base a indicaciones establecidas médicamente, debería prestarse atención a la distribución de personal sanitario en diferentes especialidades. Hacer que los servicios dependan del acceso de la paciente a médicos que de hecho no están disponibles niega en la práctica lo que la reforma legislativa ofrece en principio. El papel del personal sanitario auxiliar debería

tenerse en cuenta en los servicios de aborto que se propongan, por ejemplo, ampliando la delegación de autorizaciones para servicios médicos. La perspectiva de desarrollo del aborto médico (no quirúrgico) mediante la utilización de progestágenos, muestra la necesidad de anticiparse a los acontecimientos si no se quiere que se dé la penosa incertidumbre que, sobre la prestación de servicios se dio en el Reino Unido y que no se resolvió hasta el caso del Real Colegio de Enfermería del Reino Unido contra el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. En los países que cuentan con el concurso de comadronas apropiadamente calificadas, sus servicios podrían incorporarse al patrón de cuidados propuestos legislativamente, para llevar a cabo por ejemplo, servicios clínicos con fines de asesoramiento.

Las leyes avanzadas confinan a menudo la ejecución del aborto a lugares específicos tales como hospitales públicos o clínicas gubernamentales. Un riesgo sanitario en tal legislación es que puede favorecer centros que llevan a cabo abortos por procedimientos quirúrgicos y que no tienen experiencia en métodos menos molestos. Aún más, tales instalaciones suelen ser inaccesibles para una parte importante de la población debido a la distancia, costo y visibilidad pública del viaje. Por consiguiente, las propuestas para garantizar la regularidad de los servicios podrían disminuir su accesibilidad y exacerbar las desigualdades en el acceso al aborto entre ricas y pobres, mujeres adultas y adolescentes, residentes en zonas urbanas y rurales, que pretendían conjurarse con la reforma legislativa (Cook y Dickens, 1978).

Los requisitos pesados para acceder al personal e instalaciones sanitarias pueden ser contraterapéuticos al obstruir y retrasar los servicios. Se sirve mejor a las mujeres que desean abortar si, bajo el asesoramiento apropiado, se permite que aborten en la etapa más temprana posible de la gestación. La experiencia de un gran número de países muestra que los intentos de supervisión de la honradez de los profesionales de salud puede perjudicar el bienestar de la mujer al obligarla a requisitos administrativos que no se aplican a ningún otro procedimiento de atención sanitaria. Este es un punto en el que la Ley se entromete de modo indebido en la salud de la mujer. Existen estrategias alternativas para supervisar la honradez médica, tales como efectuar inspecciones médicas rutinarias de la práctica clínica de cada doctor.

C. Cláusulas de conciencia

Debido a la sensibilidad especial en torno al tema del aborto, una jurisdicción que proponga la despenalización del aborto puede considerar correcto reconocer las objeciones morales de los profesionales de la salud, legislando una "cláusula de conciencia" por la cual los profesionales de salud pueden exonerarse de toda relación con el aborto sin que ello perjudique el desarrollo de su carrera. Algunas personas, pueden considerar que tales cláusulas entran en conflicto con la ética de los doctores y demás profesionales de salud en el sentido de que los profesionales de salud lo primero que deben tomar en consideración es el bienestar de la paciente. Otras lo considerarán un compromiso aceptable que permite a los profesionales conceder prioridad a sus propias creencias cuando la vida o la salud permanente de una paciente no está en peligro.

Una condición habitual de tales cláusulas es que no son aplicables cuando la vida o la salud permanente de la madre está en peligro, y que la tarea de probar la objeción moral recae sobre la parte que la invoca. Además, normalmente se requiere a los objetores de conciencia que anuncien dicha objeción por adelantado y por escrito. Tales cláusulas de conciencia se hallan normalmente confinadas al ámbito del aborto, la asistencia a la ejecución de un aborto y, por ejemplo, hacer un raspado vaginal, pero no se aplican al cuidado pre y post-operatorio de los pacientes o a la prestación de cuidados de enfermería rutinarios o a la distribución de comidas.

D. El aborto por indicación de sexo específico

La potencia del aborto por indicación de sexo específico se está ampliando y se ha observado que supone un especial desafío en los lugares en los que las mujeres están devaluadas. Se ha expresado una particular preocupación, por ejemplo en la India, donde el aborto de fetos femeninos parece haberse convertido en algo frecuente (Dickens, Aborto, Amniocentesis y la Ley) y los trabajos pioneros que se han llevado a cabo en China sobre la biopsia del vello coriónico parece que se han realizado bajo la misma inspiración (Dickens, Diagnóstico Prenatal y Aborto Femenino). Los miedos iniciales a que la amniocentesis se utilizara en el mundo desarrollado para practicar aborto selectivo en función del sexo y

no relacionado con trastornos genéticos asociados al mismo han resultado infundados, respecto al número de abortos de fetos femeninos. Se han avanzado proposiciones para penalizar la ejecución de diagnósticos prenatales cuyo único objeto sea la identificación del sexo. Este enfoque puede tener un valor simbólico, pues es fácilmente evitable utilizando como justificación para las pruebas un plausible trastorno genético. Un enfoque alternativo sería que las autoridades sanitarias iniciasen procedimientos disciplinarios contra los profesionales de salud en base a una falta de conducta ética o profesional por llevar a cabo, por ejemplo, servicios inapropiados o por ejecución desmedida de procedimientos agresivos.

E. Disposiciones contraceptivas

Cierto número de jurisdicciones han reformado su ley del aborto como parte de un paquete más amplio de reformas afines que tratan de la anticoncepción y la esterilización voluntaria. Los activistas moralmente opuestos al aborto están a menudo igualmente opuestos a la esterilización voluntaria y a los métodos anticonceptivos artificiales, pero cuando la reforma legislativa se lleva a cabo sobre una base pragmática, normalmente se entiende que la esterilización quirúrgica voluntaria y la mejora en la disponibilidad de asesoramiento y servicios anticonceptivos puede reducir el volumen de demandas de aborto. De modo similar, el requisito de que la oferta de servicios de aborto vaya acompañada de servicios de anticoncepción para la mujer y/o su compañero ayuda a reducir la incidencia de abortos repetidos. Puesto que muchas mujeres tienen abortos durante la adolescencia, los cuidados anticonceptivos subsiguientes pueden extenderse durante dos o más décadas en las que experimentarán el índice intrínseco de fallos de los métodos anticonceptivos. Por lo tanto, es probable que hayan de practicarse un segundo aborto, pero éste no se deberá necesariamente a la ignorancia de los métodos anticonceptivos o a la incapacidad para utilizarlos apropiadamente sino al fallo intrínseco del método anticonceptivo.

V. Retos futuros

A. Contragestación

La palabra "contracepción" se ha convertido en un término médico que incluye los medios, tanto para prevenir la concepción como para impedir que finalice la implantación de un óvulo debidamente fertilizado. Éste a menudo se llama embrión de pre-implantación o pre-embrión. La palabra "contragestación" se ha desarrollado para describir la pérdida inducida del pre-embrión, por ejemplo realizando la aspiración menstrual post-coital o utilizando antiprogestágenos. Los antiprogestágenos son drogas esteroideas manufacturadas que bloquean el funcionamiento de la progesterona, la hormona que prepara el útero para la implantación del pre-embrión y que lo sustenta una vez que éste se ha implantado en el útero. Los antiprogestágenos impiden que finalice la implantación del óvulo fertilizado o impiden la gestación del embrión, una vez implantado.

El punto en el que la contracepción se convierte en aborto no está delimitado claramente en la mayoría de las leyes y varía con arreglo a las diferentes jurisdicciones. La palabra "aborto", tal como se utiliza comúnmente no es necesariamente lo que la ley considera aborto ilegal. En otras palabras, mientras que algunos consideran que un procedimiento es de hecho un aborto, esto no es necesariamente así para la Ley. Antes de que pueda haber responsabilidad varía con arreglo a las leyes locales y a si una persona actuó sobre la mujer o ésta actuó sobre sí misma. Por tanto, los métodos utilizados antes de que pueda probarse la existencia de un embarazo son legales en tanto que prácticas anticonceptivas en muchos países.

La definición médica de embarazo determina que este comienza con la finalización de la implantación del pre-embrión en el útero de la madre. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos indica que el embarazo comienza con la finalización de la implantación (Hughes ed.). El Comité sobre los Aspectos Médicos de la Reproducción Humana de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia "acordó por unanimidad que la definición científica fuera que el embarazo sólo se establece con la implantación del óvulo fertilizado" (FIGO). Este comité enfatizó la diferencia básica con "la definición del comienzo de la vida que es una cuestión moral, religiosa y ética que no puede responderse científicamente" (FIGO).

Esta definición científica del embarazo coincide con la práctica médica al respecto de la reproducción asistida, a través, por ejemplo de la fertilización in vitro en la que se indica que el embarazo comienza al finalizar la implantación del óvulo fertilizado in vitro. Al menos cinco informes muy influyentes sobre reproducción asistida han propuesto medios por los cuales los pre-embriones humanos pueden desecharse de modo legal. El Comité Warnock del Reino Unido, por ejemplo, recomendó que bajo permiso legal, las clínicas de fertilización in vitro dispongan de los pre-embriones sobrantes o que no puedan implantarse (Reino Unido, Warnock). Dichos informes no consideran que planificar el desecho de pre-embriones sea lo mismo o parecido al aborto criminal.

Un cierto número de jurisdicciones han reconocido esta definición de embarazo implícita o explícitamente en sus leyes. En Nueva Zelanda, por ejemplo, la ley de Modificación Penal de 1977 en su sección 128 A define el significado de aborto de esta manera:

"a) La destrucción o muerte de un embrión o feto después de la implantación; o

b) la expulsión prematura o eliminación de un embrión o feto después de la implantación, con un fin diferente al de inducir el nacimiento de un feto que se creía viable o de eliminar un feto que hubiera muerto".

Legislaciones similares se han puesto en vigor en Austria, Alemania Occidental, Liberia y, por ejemplo, en Holanda (Véase el Cuadro).

Existe un reto respecto a la forma en la que los antiprogestágenos estarán disponibles para un propósito terapéutico no abortivo, lo que incluye no sólo la anticoncepción legal sino la preparación cervical a efectos de diagnóstico. No se ha denegado la aprobación de ningún producto terapéutico con potencial abortivo ni ha sido retirado del mercado debido simplemente a dicho potencial, pero el movimiento anti-abortista está señalando los antiprogestágenos como blanco de una cerrada oposición política y objeto de sanciones comerciales contra quienes los fabriquen. Los fabricantes de la antiprogesterona, Mifepristone (Couzinet *et al.*; Roger y Baird) tratan de obtener la aprobación para su comercialización en Francia como abortivo a fin de controlar y supervisar su utilización. Sería irónico si el enfoque conservador respecto a esta droga creara obstáculos que no aparecerían si se pusiera en el mercado como droga no abortiva, cuyo caso podría usarse de modo ilícito como píldora abortiva en forma de automedicación.

B. Controles constitucionales

Algunas constituciones de determinados países expresan compromisos morales trascendentes y articulan los objetivos y la misión del Estado. Celebran el principio de la santidad de la vida mediante la afirmación de que la vida es sacrosanta desde su comienzo, y estos países, particularmente los de tradición católica, pueden hacer constar que la protección de la vida comienza desde la concepción. Estas disposiciones constitucionales pueden rebasar los compromisos internacionales, en los cuales el "derecho a la vida" normalmente significa que un proceso legal con garantías debe preceder a la pena capital. Los tribunales de tales países, se hallan por tanto ante un dilema cuando la legislación nacional permite las prácticas anticonceptivas y el aborto. Por otra parte, las leyes consuetudinarias que toleran el aborto en el caso de que la salud de la madre se encuentre en peligro pueden ser contestadas por medio de argumentos constitucionales que protegen la vida no nacida.

Las prácticas legales internacionales difieren en la interpretación y aplicación constitucional. Muchos países enfocan sus propias constituciones, no como instrumentos de constante impacto legal a través de los tribunales de justicia sino como instrumentos que expresan los objetivos últimos del gobierno y de la sociedad. Leyes teóricamente incompatibles son legítimas constitucionalmente como medio de conseguir los objetivos establecidos por la constitución. Las constituciones así enfocadas imponen compromisos morales en vez de estrictamente legales y éstos pueden de hecho existir en forma no codificada o "no escrita". No obstante, también hay un cierto número de países cuyas constituciones tienen un efecto en los tribunales que interpretan la conducta de los poderes legislativo, ejecutivo y judicial a la luz de los principios y valores constitucionales.

Los países cuyas constituciones proclaman proteger la vida humana desde la concepción tienen posiciones pragmáticas. Algunos países ven sus constituciones como una exhortación moral, no necesariamente de efecto legal inmediato. Otros países tienen constituciones que han sido formuladas a efectos de su inmediata aplicabilidad legal. Por tanto, varía el status de la legislación nacional que permite la contracepción y el aborto. En algunos países, la legislación es efectiva porque el respeto a la vida desde la concepción es un objetivo preferente pero no

un compromiso legal vinculante de modo inmediato. En otros, sin embargo, la legislación o las prácticas que obstruyen la gestación pueden estar limitadas por la protección constitucional de los no nacidos. Algunos países como Chile, Honduras, Irlanda y Filipinas aparentan contrapestar intereses concurrentes. La Enmienda Constitucional de la República de Irlanda de 1983 contrapone "el derecho a la vida de los no nacidos. . . con la consideración debida al igual derecho a la vida por parte de la madre".

Cuando el análisis se hace a nivel del individuo específico, la permisibilidad de la contragestación posterior a la concepción y del aborto es incompatible conceptualmente con el "derecho a la vida". No obstante, a nivel social o epidemiológico, las estadísticas muestran que el control de la fertilidad que se consigue por tales medios, protege la supervivencia de mujeres, niños y familias. Desde este punto de vista podemos argumentar que las leyes permisivas, aunque no sean sencillamente compatibles con el principio de la santidad de la vida, son de hecho un instrumento mediante el que puede aplicarse dicho principio. Los analistas cuya prioridad es el individuo se resistirán a tal interpretación y urgirán la protección de la vida y quizás del alma de cada ser concebido sin tener en cuenta el costo de tal política para las familias y la sociedad. Los analistas cuyo enfoque sea más amplio lamentarán pero tolerarán la pérdida de vidas humanas concebidas por el bien de la salud de las mujeres, los niños y de la propia sociedad. Entre los dos extremos están aquellos que buscan un equilibrio, mediante la tolerancia de la contracepción incluyendo la contragestación y el aborto basado en principios liberales durante las primeras etapas del embarazo y, el aborto en base al riesgo para la vida de la madre en etapas más tardías.

En los países donde las constituciones tienen disposiciones expresas respecto a la protección de la vida humana desde la concepción, es un reto la determinación del nivel al que se aplicarán tales disposiciones. Donde la tradición nacional de interpretación constitucional es general y no específica, la legislación relativa a la contracepción y al aborto es probable que se considere compatible con la constitución o como una excepción legítima, por ejemplo, porque respeta el derecho de las mujeres a la vida, la salud, la libertad y la seguridad. Donde las constituciones se aplican a niveles específicos, el derecho a la vida de los no nacidos puede convertir en anticonstitucionales las disposiciones que permiten

el aborto en general, pero permitirlo cuando exista un peligro para la propia vida de la mujer embarazada.

Otros enfoques constitucionales y legislativos sobre el aborto recurren a los valores comunitarios (Glendon). Así intentan identificar los puntos en que las respectivas comunidades encuentran tolerable el aborto sin castigarlo y cuando estas abogarían por la protección de los intereses fetales por encima de los de la autonomía de las mujeres. Por ejemplo, tanto la ley italiana como la francesa tienen disposiciones que plantean la necesidad de proteger y respetar el valor de la vida fetal. El Tribunal Constitucional Español invocó asimismo un enfoque comunitario cuando dijo que la vida fetal tiene valor, pero no necesariamente derechos y que dicha vida puede suprimirse cuando la autonomía de la mujer está en peligro (Tribunal Constitucional Español, 1986; Stith).

Lo que la Ley entiende que es la "concepción" está a menudo sin resolver en las disposiciones constitucionales. Muchas leyes reflejan una comprensión poco sofisticada de la concepción humana y reflejan los conceptos de "movimiento fetal" o prueba clínica del embarazo. Ningún sistema legal obliga a la mujer a someterse a la prueba del embarazo para proteger la vida concebida y muy pocos sistemas legales prevén sanciones para la mujer que se ha comportado de modo negligente y ha sufrido un aborto accidental. En la práctica se recurre a las garantías constitucionales de protección de la vida desde la concepción contra conductas deliberadas pero no contra conductas negligentes o irreflexivas. Aún más, tales disposiciones constitucionales se invocan raramente para obligar a los gobiernos a que proporcionen cuidados prenatales o apoyo financiero o nutricional a las mujeres embarazadas, o, por ejemplo, para obligar a los patronos a que proporcionen permisos prenatales para promover la supervivencia y el bienestar de los no nacidos. Por consiguiente, las disposiciones constitucionales dan lugar a diferentes niveles de obligatoriedad, e incluso cuando se hacen cumplir específicamente, se hacen cumplir de modo selectivo. Pueden limitar las opciones reproductivas de la mujer, pero rara vez imponen obligaciones que hayan de cumplir los patronos, las agencias de bienestar social o los propios gobiernos. Como instrumentos del fuerte contra el débil, suscitan interrogantes éticos de justicia y como instrumentos que proclaman tener una significación moral, suscitan provocativos interrogantes sobre su propia moralidad.

C. Perspectivas clínicas y epidemiológicas

Los comentarios y los análisis de las leyes reproductivas proceden de posiciones y niveles lógicos muy diferentes, lo que puede explicar las contradicciones o incoherencias de las propias políticas. Dichas posiciones ofrecen asimismo un potencial para el compromiso. La defensa del "niño no nacido" se concentra sobre el individuo, y a menudo refleja conceptos religiosos sobre el alma humana y el imperativo de salvar a los no bautizados de la eterna degradación. De modo similar, la preocupación médica hacia los embarazos individuales puede suscitar insatisfacción cuando se interrumpe un embarazo aparentemente viable en base a motivos diferentes al de salvar la vida o la salud permanente de la madre. Puede parecer que a nivel clínico o individual, la santidad de la vida no nacida tenga prioridad sobre los intereses contrapuestos de la autonomía y calidad de vida de una mujer embarazada.

Una aproximación a la legislación sobre contracepción y aborto basada en el punto de vista social o epidemiológico produce resultados que demuestran como las leyes que facilitan el control de la fertilidad y del embarazo promueven la vida y la salud humanas. Los índices de mortalidad relacionada con el embarazo son más altos cuando las mujeres conciben precoz o tardíamente en sus vidas reproductivas, cuando conciben de modo muy frecuente en un determinado espacio de tiempo o cuando sus embarazos están espaciados por intervalos de tiempo inferiores a los 24 meses (Mahler). Aún más, los datos muestran que el índice de mortalidad infantil es más alto cuando otro niño ha nacido con anterioridad o posterioridad a dichos 24 meses (Maine y McNamara). Por tanto, los índices de supervivencia maternal e infantil parecen ser mejores bajo leyes que permiten la contracepción, la esterilización voluntaria y el aborto, que cuando se prohíben tales prácticas, y esto sin tomar en consideración la incidencia de muertes por aborto no calificados o autoinducidos.

Cuando la preocupación por el individuo no se dirige hacia las colectividades y la preocupación hacia la población general no se dirige hacia los casos individuales, los defensores de valoraciones particulares de las leyes pueden no entender las posiciones opuestas y pueden dudar no sólo del buen juicio sino también de la integridad de los puntos de vista críticos.

Pueden creer que existe fanatismo y cruel indiferencia al sufrimiento humano entre quienes se les oponen. Cuando las personas que

defienden enfoques diferentes aceptan la buena fé del contrario, existe la posibilidad de un diálogo constructivo y de desarrollar un análisis que acogiera las influencias recíprocas. Pues, tanto el papel de la ley como el papel de la moral pueden compararse y contrastarse.

Existe un desacuerdo fundamental respecto a la relación de la moral con la ley. Un punto de vista es que los preceptos morales deben reflejarse en la ley que ha de hacerlos cumplir, y que la función de la legislación es poner en vigor los valores morales sociales y trascendentes. Este enfoque se reflejó recientemente en la Congregación Vaticana para la Doctrina de la Fe, que hizo esta observación:

Es parte de las obligaciones de la autoridad pública el asegurar que la ley civil (es decir secular) se regule con arreglo a las normas fundamentales de la ley moral en lo que concierne a los derechos humanos, la vida humana y la institución de la familia.

Los políticos deben comprometerse a través de sus intervenciones sobre la opinión pública, a asegurar en la sociedad el más amplio consenso posible sobre tales puntos esenciales. . .

CONGREGACIÓN PARA LA DOCTRINA DE LA FE

Esta afirmación sobre la obligación legislativa de tener un liderazgo moral contrasta con la filosofía liberal democrática donde la legislación es un instrumento mínimo de intrusión del Estado en el juicio y la responsabilidad individual. Históricamente, la visión filosófica diferencial de la relación entre moral y ley se expresa en el Informe del Comité Wolfenden del Reino Unido, que ha desencadenado un profundo debate en muchos países del mundo y se ha ganado un amplio respeto por su enfoque (Reino Unido, Wolfenden). Este ve la ley como un instrumento pragmático y no moral que ha de utilizarse no tanto para promover el bien moral como para limitar los perjuicios demostrables. Se duda de que haya una moral pública en una sociedad pluralista, y de que la ley deba ser un instrumento de instrucción moral. En vez de eso, la ley se ve como una influencia en las relaciones de causa y efecto que debería utilizarse para reducir efectos perjudiciales en poblaciones vulnerables.

Una aplicación pragmática de la ley deja la guía moral de la comunidad a las fuerzas religiosas y de otro signo, y se concentra sobre la reducción de los perjuicios sociales. Las leyes orientadas a la eliminación

de los prejuicios sobre los miembros de la sociedad en lugar de los prejuicios sobre los valores sociales tienden a reflejar enfoques epidemiológicos. La reducción de la mortalidad maternal e infantil por medio de la puesta en práctica de programas de planificación familiar que puedan incluir el aborto, aparece, con arreglo a esto, como un objetivo apropiado de la legislación. Aquellos cuya moral resulta ofendida por el aborto serán libres de no recibir, ni participar en servicios de aborto. El desafío de resolver los enfoques individuales y colectivos puede cumplirlo una legislación que desarrolle una perspectiva epidemiológica pero que respete y acoja los enfoques de tipo individual o clínico. Es decir, los profesionales de la salud se ocuparán del aborto sólo cuando las mujeres den libremente su consentimiento. Esto puede ser preferible a otro tipo de legislación cuyo objeto sea la protección de cada ser concebido individualmente, pero que de hecho induce o tolera muertes evitables de mujeres o niños debidas a embarazos que de modo demostrable acaecen demasiado pronto, demasiado tarde, demasiado frecuentemente o demasiado próximos unos a otros.

D. La respuesta al SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tiene una relevancia mundial a gran escala, inclusive a nivel de la atención médica reproductiva. Se ha reconocido de modo creciente que las mujeres afectadas por el SIDA, el complejo relacionado con el SIDA (ARC) o que tienen el virus de inmunodeficiencia humano (HIV o VIH) pueden transmitir el virus a los niños antes del nacimiento (Friedland y Klein). Sus perspectivas en la vida pueden ser patéticas. Muchas leyes de aborto avanzadas establecen el riesgo de graves daños en el feto como indicación para el aborto, y el riesgo de transmisión del VIH y las incapacidades a las que da lugar pueden considerarse incluidas en tales leyes.

Aún más, aunque las mujeres con SIDA, ARC o VIH no transmiten necesariamente su estado a los fetos, su propio bienestar puede resultar gravemente perjudicado por el embarazo. Existe la evidencia de que el VIH se convierte casi invariablemente en ARC y/o en SIDA. Aunque las mujeres que estén infectadas por el VIH no presenten por el momento síntomas de la enfermedad, su estado inmune está gravemente comprometido y tienen un alto riesgo de convertirse en enfermas de SIDA o de

ARC. El embarazo reduce la inmunidad de la mujer y la continuación del embarazo depende de la reducción de la respuesta inmunológica de la mujer. Cuando la ya comprometida inmunidad de una mujer infectada por el VIH se ve todavía más reducida por el embarazo, la mujer afronta el grave peligro de contraer ARC o SIDA. Es decir, aunque el feto no contrajera el VIH, el propio embarazo pone en peligro la vida y la salud de la mujer. Por tanto, incluso bajo una ley de aborto básica, dichas mujeres pueden elegir si abortan o no.

La elección es aquí la palabra operativa, ya que puede haber un potencial coercitivo o al menos puede estimularse el aborto en las mujeres embarazadas con SIDA. Como consecuencia de este potencial, los políticos que estén redactando nuevas leyes o disposiciones en vista de la epidemia de SIDA, deberían considerar la obligatoriedad del asesoramiento previo de las mujeres embarazadas con SIDA que quieran abortar, para evitar o al menos reducir el potencial coercitivo respecto a este grupo de mujeres embarazadas altamente vulnerables.

Hasta el momento, muy pocas jurisdicciones han incorporado expresamente en su legislación una indicación para el aborto por causa del SIDA, el ARC o el HIV, aunque, por ejemplo, así lo ha hecho la Polinesia francesa (Véase el Cuadro). No obstante, aparte de en las Leyes de aborto avanzadas, cuando una mujer tiene el SIDA, el ARC o el VIH, cumple los requisitos para abortar que plantee cualquier ley básica o desarrollada que permita el procedimiento en base a la indicación de que la continuación del embarazo suponga un peligro para la vida o la salud permanente de la madre. En otras palabras, cuando la ley permita el aborto por causas terapéuticas, los médicos pueden llevar a cabo legalmente un aborto a petición de una mujer que tenga el SIDA o que sea seropositiva. Si existen razones para un aborto terapéutico, el SIDA y la seropositividad lo son. No debería ser necesario enfatizar más este punto. Hay bastante falta de comprensión entre los profesionales de salud sobre lo que las leyes de aborto les permiten o prohíben en el caso de las mujeres embarazadas con SIDA. En palabras llanas, cuando la ley permite en general el aborto terapéutico o el aborto en situaciones que suponen un riesgo para la vida, las mujeres embarazadas con SIDA o seropositivas pueden abortar legalmente. Donde esto no esté claro para los profesionales de salud, la situación podría clarificarla el Ministerio de Sanidad por medio de una circular siguiendo quizás el consejo del Fiscal General.

No obstante, el reto que plantean el SIDA, el ARC y el VIH no puede contestarse tan sólo a través de la legislación del aborto, sino mediante la promoción de la accesibilidad a los preservativos. Hay que señalar como las leyes e instituciones, que por mucho tiempo se han resistido a permitir los anuncios de preservativos destinados a la comunidad en su conjunto y a la población adolescente, han cambiado su política bajo el impacto del SIDA y están dispuestas a ofrecer educación pública y más directa sobre prácticas sexuales que reducen la incidencia tanto del SIDA como de embarazos no deseados. Puede resultar irónico que se abra paso un efecto de planificación familiar a través de medidas destinadas a reducir la transmisión sexual de una enfermedad, pero de ese modo se establece el criterio de que tanto las leyes de control de las enfermedades como las leyes de planificación familiar (incluyendo el componente del aborto) son instrumentos legislativos importantes de la salud pública.

E. Discriminación contra las mujeres

Mediante la constitución y otros instrumentos legales, los países —con muy pocas excepciones— se han comprometido a la eliminación de la discriminación existente entre hombres y mujeres. Los principales instrumentos de derechos humanos internacionales se han desarrollado a tal fin; incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos. A esta Declaración se le ha dado vigencia legal por medio de dos convenios internacionales que han sido ampliamente aceptados por los diferentes países del mundo y que son, el Convenio Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos y el Convenio Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Las convenciones de derechos humanos y regionales, como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Convención Europea de Derechos Humanos y la Convención Inter-Americana sobre Derechos Humanos, refuerzan los Convenios Internacionales con poderosas disposiciones contra la discriminación sexual. La Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra las Mujeres (La Convención de las Mujeres) es la que de forma más completa prohíbe la discriminación sexual. Esta Convención merece destacarse, no sólo por haber sido más ampliamente adoptada que la mayoría de las convenciones internacionales de derechos humanos, sino por haberse puesto asimismo en vigor legal más

rapidamente que la mayoría de las convenciones de derechos humanos (Cook y Haws).

La posibilidad de un embarazo distingue a las mujeres de los hombres desde un punto de vista biológico, y, por consiguiente, puede ser difícil presentar las distinciones basadas en la gestación como ilegalmente discriminatorias contra la mujer. Hay ciertos derechos fundamentales que una mujer puede conseguir con más dificultad que un hombre y que sin embargo, no se deben a la biología sino a las leyes que reducen el poder de la mujer para avanzar y proteger su salud cuando está embarazada. El hombre puede defender, sin estar sometidos a los riesgos del embarazo, la consecución del derecho a la vida, el derecho al cuidado sanitario y el derecho a fundar una familia, pero cuando las mujeres están embarazadas, hay leyes restrictivas que pueden dañar su derecho y capacidad para proteger sus vidas (Yew y Need) y para fundar familias con un tamaño y estructura más protectora para su salud. En este sentido, las leyes restrictivas sobre planificación familiar, incluyendo el aborto, tienen un impacto que discrimina a las mujeres con respecto a los hombres. Por esta razón el Artículo 12(1) de la Convención de la Mujer señala:

Los Estados tomarán todas las medidas apropiadas para la eliminación de la discriminación contra las mujeres en el campo de la atención sanitaria para asegurar, en base de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, incluyendo los de planificación familiar.

El objetivo de la Convención de la Mujer, que es el de facilitar los medios legales y de otro tipo para eliminar la discriminación de la mujer, puede conseguirse a través tanto del nivel de análisis clínico como epidemiológico. Cuando una mujer está en peligro a consecuencia de un embarazo concreto, la interrupción del mismo está indicada clínicamente. Cuando una población se arriesga a perder un número calculado y evitable de vidas humanas debido, por ejemplo, a embarazos espaciados inapropiadamente, inhibición de su prevención e interrupción por medio de una legislación punitiva y restrictiva, se produce un perjuicio desproporcionado contra la salud de la mujer, ya que comparativamente no se restringe el acceso de los hombres a los servicios sanitarios apropiados.

La puesta en práctica de la norma de no discriminación sexual que se expresa en la Convención de las Mujeres y demás convenciones de

derechos humanos internacionales depende de la naturaleza imperativa del ordenamiento legal internacional y de la voluntad política de los Estados para poner en vigor por medio de leyes nacionales las obligaciones asumidas internacionalmente. Se ha visto que las leyes moralistas sobre el aborto pueden defender sus valores imponiendo un costo, sobre vidas de mujeres y niños que podrían salvarse accediendo a servicios de planificación familiar que incluyeran el aborto. Los países que intenten poner en vigor de buena fe los valores y la práctica de la no discriminación entre hombres y mujeres decretarán una legislación nacional que proporcionará a las mujeres y a los profesionales de salud la oportunidad de hacer que los derechos de la mujer a la vida, la salud y la familia, sean iguales funcionalmente a los que disfruta el hombre. Dichos países decretarán disposiciones de planificación familiar y leyes del aborto que reducirán la desventaja biológica asociada con la gestación y eliminarán las barreras construidas legislativamente que impiden que la mujer pueda desarrollar la vida, salud y composición familiar que prefiera. El reto es educar e inspirar a los gobiernos para que sirvan a las mujeres y a los hombres por igual en pos de los valores morales y legales fundamentales de la vida, salud y familia que profesen.

VI. Conclusiones

La lucha para la reforma de las leyes de aborto es invariablemente difícil y la experiencia muestra que el éxito, conseguido a costa de grandes dificultades, de lograr un cambio legislativo puede tener como resultado una amarga decepción. Una estrategia política y social que tiene como resultado un cambio en el lenguaje de una ley de un país puede resultar inútil respecto al avance del bienestar de la mujer si los servicios que se declaran legales siguen sin estar disponibles en la práctica. Muchas reformas legales han cambiado los requisitos legales prohibitivos por permisivos en relación a la oferta de servicios de aborto. El estilo de las reformas legales debería ser hacer los servicios no meramente permisivos sino obligatorios. Es decir, deben movilizarse recursos y enfocarlos legalmente para obligar a las autoridades sanitarias gubernamentales a que proporcionen servicios de planificación familiar tanto a las mujeres

como a los hombres y para asegurar, cuando sea necesario, que las mujeres tengan derecho a petición propia a un asesoramiento no obligatorio sobre el aborto y que puedan acceder a servicios de buena calidad, rápidos, accesibles, seguros y efectivos.

Las doctrinas legales que pueden argumentarse para persuadir e inspirar a las autoridades sanitarias a ofertar dichos servicios incluyen cláusulas de derechos humanos internacionales, tales como los derechos a la atención sanitaria, los derechos de las mujeres a optimizar sus oportunidades de fundar familias del tamaño que prefieran sin arriesgar sus vidas o su salud de modo indebido, y el derecho que mujeres y hombres tienen a controlar su fertilidad y su vida familiar. Los hallazgos de la epidemiología sobre los efectos perjudiciales en la vida personal, infantil, familiar, social y nacional, del embarazo que llega demasiado pronto o demasiado tarde, demasiado a menudo o demasiado próximo, refuerzan dichos principios.

La ley es una fuerza entre muchas otras que puede influir en el bienestar reproductivo de la mujer. Es un instrumento que está tanto a disposición del libertador como del opresor. Una paradoja de la ley es que, debido a que interacciona con diferentes filosofías, puede poner de relieve que el pretendido libertador es un opresor. La utilización de la ley para proteger el bienestar individual puede negar la libertad de elección a los individuos que quieren arriesgar su bienestar en pro de una causa que perciban como más inmediata, más urgente o más valiosa. Un peligro de las leyes avanzadas para el bienestar colectivo es que las citadas leyes pueden crear un involuntario paternalismo y convertirse en un instrumento mediante el que los reformadores ejercen su voluntad y reivindican que su capacidad de juicio es mejor que la de aquellos a quienes pretenden beneficiar. El beneficio está a menudo en el ojo del espectador y los reformadores legales deben tener siempre en cuenta y respetar las percepciones de aquellos a los que intentan ayudar. Lo que el supuesto reformista ve como beneficioso para los demás, los demás lo pueden ver, por ejemplo, insensible culturalmente, mal documentado histórica o religiosamente, o inapropiado en el tiempo o lugar para sus probables beneficiarios. El derecho a posponer u olvidar un beneficio es parte de la libertad de elección e imponer un beneficio puede ser una forma de cautividad disfrazada.

Por ello, la prosecución de la reforma legal, incluso en un área tan importante como la de la elección reproductiva de la mujer, debería llevarse a cabo mediante procesos consultivos y de cooperación, en vez de a través de la aplicación del buen juicio de una persona, un grupo o una nación sobre otra. Una recompensa de los procesos genuinamente interactivos es que sensibilizan mutuamente a los participantes y los que tienen algo que enseñar pueden asimismo aprender. La creciente contribución al entendimiento legal que se está logrando a través de la jurisprudencia feminista es que una reforma legal alternativa se consigue con la fuerza y la lógica del razonamiento objetivo, con la sensibilidad abierta hacia hechos y sentimientos y mediante la consecución de enfoques mutuamente respetuosos y pactados por reformadores y sujetos de la reforma.

La autora agradece a Bernard Dickens, Adrienne Germain y María Isabel Plata sus comentarios sobre un borrador anterior a este documento. Todo error, empero, es de su única responsabilidad.

*Bibliografía**

Abd El Fatah Labana, M., 1987, *Abortion Laws in Islamic Countries*, Unpublished dissertation (in Arabic).

Bhiwandiwalla, P.P., et al., 1982, "Menstrual Therapies in Commonwealth Asian Laws", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, núm. 20, pp. 273 -278.

Cook, R.J. 1988, "United States Population Policy, Sex Discrimination and Principles of Equality Under International Law", *New York University Journal of International Law and Politics*, núm. 20.

Cook, R.J. y Dickens, B. M. 1988, "International Developments in Abortion Laws: 1977- 1988", *American Journal of Public Health* 78, núm. 10, pp. 1305 -1311.

Cook, R.J y Dickens, B.M. 1978, "A Decade of International Change in Abortion Law: 1967-1977", *American Journal of Public Health* 68, núm. 7, pp. 637-644.

*Por razones de espacio no pudimos incluir la bibliografía completa que ofrece Cook. Esta es sólo de los libros citados

Cook, R.J. y Haws, J.M., 1986. "The United Nations Women's Convention on the Rights of Women: Opportunities for Family Planning Providers", *International Family Planning Perspectives* 12, núm. 2, pp. 49-53.

Cook, R.J. y Maine, D., "Spousal Veto Over Family Planning Services", *American Journal of Public Health* 77, núm. 3, pp. 399-444.

Cook, R.J. y Senanayake, P (eds), 1979. "The Human Problem of Abortion: The Medieval and Legal Dimensions", en *The Report of the Ad Hoc Expert Panel on Abortion*, Londres, International Planned Parenthood Federation.

Couzinnet, B. et al., 1986, "Termination of Early Pregnancy by the Progesterone Antagonist RU 486 (Mifepristone)", *The New England Journal of Medicine* 315, nú. 25, pp. 1565-1570.

Dickens, B.M., 1986, "Abortion, Amniocentesis and the Law", *American Journal of Comparative Law* 34, pp. 249 -270.

Dickens, B.M. 1986. "Prenatal Diagnosis and Female Abortion - A case Study in Medical Law and Ethics", *Journal of Medical Ethics* 12, núm. 3, pp. 143-145.

Freidland, G.H. y Klein, R.S., 1987, "Transmission of the Human Immunodeficiency Virus" *New England Journal of Medicine* 317, núm. 18, pp. 1125-1135.

Glendon, M.A., 1987, *Abortion and Divorce in Western Law: American Failures, European Responses*, Cambridge: Harvard University Press.

Hughes, E.C. (ed), 1972, Committee on Terminology of the American College of Obstetricians and Gynecologists, *Obstetric-Gynecology Terminology*, Philadelphia: F.A. Davis Co: 299, 327; ver también Protection of Human Subjects. U.S. Code of Federal Regulations (1983) 46, p. 12.

Hünerfeld, E., 1988, "Portugal" en *Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich* (El aborto: una comparación internacional). ed. Eser, A. and Koch, H-G. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, pp. 12-47.

Knoppers, R. y Brault, I., 1988, *L'Avortement et la Loi: Dans les Pays Francophones*, Montreal, Edition Themis, Université de Montreal

Mahler, H., 1987, "The Safe Motherhood Initiative: A Call to Action", *The Lancet*, Marzo, 1987, pp. 668-670.

Maine, D. y McNamara, R., 1985, *Birth Spacing and Child Survival*, New York Columbia University Center for Population and Family Health.

Paxman, J.M. y Zuckerman, R.J., 1987, *Laws and Policies Affecting Adolescent Health*, Ginebra, World Health Organization.

Roger, M.W. y Baird, D.T., 1987, "Induction of Therapeutic Abortion in Early Pregnancy with Mifepristone in Combination with Prostaglandin Pessary", *The Lancet* 19, Diciembre, 1987, pp. 1415-1418.

Rosenfield, A. y Maine, D., "Maternal Mortality-A Neglected Tragedy: Where is the M in MCH?", *The Lancet* 13, Julio, 1985, pp. 83-85.

Stith, R., 1987, "New Constitutional and penal Theory in Spanish Abortion Law", *American Journal of Comparative Law* 35, pp. 513-558.

Tietze, C y Henshaw, S.K., 1986, *Induced Abortion: A World View*, 6a ed., Nueva York, Alan Guttmacher Institute.

United Kingdom, Chair: M. Warnock, 1984, Report of the Committee of Inquiry into Human Fertilization and Embryology, 54-6 HMSO Cmnd. 9314

United Kingdom, Chair: J. Wolfenden, 1987, Report of the Committee on Homosexual Offences and Prostitution, HMSO Cmnd. 247.

Williams, G., 1958, *The Sanctity of Life and the Criminal Law*, Londres, Faber and Faber

Yew, L. y Need, J.S., 1988, "Women's Health Need", *The Medical Journal of Australia*, 148, pp. 110-112.

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decretos y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
AFRICA								
Burundi	X	X	X			X		Ley 4 abril/1981, 1/6, Sección 357
Las Comores	X							Ley 19 de noviembre/1982, 82-03/P/AF
Ghana	X	X	X	X	X			Ley 22 febrero/1985, Reforma del código Penal
Liberia	X	X	X	X	X			Ley 3 abril/1978, Código Penal, Sección 16.3
Ruanda	X	X						Ley 18 agosto/1977, 21-77 Sección 327
Las Seychelles	X	X	X	X	X	X		Ley /1981, Interrupción del embarazo

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decretos y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
País								
Sudáfrica	X	X	X	X	X			Ley 2/1975 de Aborto y Esterilización
Ciskei	X	X	X	X	X			Ley 16/1985 de Aborto y Esterilización
Zambia	X	X	X	X		X		Ley 26/1972
Zimbabwe	X	X		X	X			Ley /1977 de Interrupción del Embarazo
ASIA Y OCEANIA								
Australia territorio de la capital	X	X	X					1971 R. contra Wald Código Penal Sección 82-4
Nueva Gales del Sur	X	X	X					1971 R. contra Wald Código Penal Sección 82-4

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decretos y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
Territorio Septentrional	X	X	X	X				1973 Ordenanza de Consolidación del Código Penal, Sección 79A
Australia Meridional	X	X	X	X		X		Ley/1989 de Reforma consolidada del Código Penal, Sección 82A
Victoria	X	X	X					1989 R. contra Davidson, Código Penal, Sección 10, 65-66
Polinesia Francesa ^{2,3}	X	X	L-3	X				Ley 13 noviembre/1986, Deliberación 86-80
Hong Kong ⁴	X	X	X	X	X	X		Reforma/1981 de la Ordenanza de Crímenes contra las Personas, Sección 47A,47B

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decreto y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
Unión India	X	X	X	X	X	X		Ley/1971 de Interrupción Médica del Embarazo
Nueva Zelanda	X	X	X	X	X			Ley 16 diciembre/1977, de Reforma Criminal
Singapur	X	X	X	X	X	X	X	Ley/1974 del Aborto
Corea del Sur	X	X		X	X			Ley 10 mayo/1973, de Sanidad Maternal e Infantil
Taiwan ⁴	X	X	X	X	X	X		Ley 1 enero/1985, de protección eugenésica
Vanuatu	X	X						Ley 7 agosto/1981, de Reforma del Código Penal 17, Sección 117

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹ fetal	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decretos y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
País								
EUROPA								
Austria	X	X	X	X			X	Ley Federal 23 enero/1974
Bulgaria	X	X		X	X			Reformas/1974 y cláusulas adicionales del Ministerio de Ordenación Sanitaria (1973)
Chipre ⁴	X	X	X	X	X	X		Ley/1986, 186 Sección 167-169 A
Checoslovaquia	X	X	X	X				Ley 73, 23 octubre/1986
Dinamarca	X	X	X	X	X	X	X	Ley 350/1953
RFA (Alemania Occidental)	X	X	X	X	X	X		Ley 15, 18 mayo/1976, Sentencia del 25 de febrero de 1975 del Tribunal Constitucional Federal

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decretos y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
País								
Finlandia	X	X	L-3	X	L-3			Ley 239,24 marzo/1970; Ley 564, 14 julio/1978; Ley 572, 12 julio/1985
Francia ³	X	X	L-3	X				Ley 79-1204, 31 diciembre/1979, Artículo 162-1-14; Ley 75-17, 17 enero/1975
D.R.A. (Alemania Oriental)	X	X	X	X		X	X	Ley 9 de marzo/1972, sobre Interrupción del Embarazo
Grecia	X	X	X	X	X		L-3	Ley 1609,28 junio/1986, Sección 2-5
Groenlandia	X	X	X	X	X	X	L-3	12 junio/1975
Hungría ⁴	X	X	X	X	X	X		23 julio/1986, Ordenanza 3

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decreto y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
País								
Islandia	X	X	X	X	X	X		Ley 22 mayo/1975 sobre Asesoramiento y Educación sexual y familiar y sobre la interrupción del embarazo y la esterilización
Italia ^{3,4}	X	X		X	X	L-3		Ley 194, 22 mayo/1978, Sección 1-22
Liechtenstein	X	X	X					24 junio/1987
Luxemburgo ³	X	X	X	X	L-3			Ley 15 noviembre/1978 Reforma del Código Penal, Artículo 353
Holanda	X		X					Ley 1 mayo/1981, de interrupción del Embarazo
Noruega	X	X	X	X	X	X		Ley 60, 13 junio/1975

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹ fetal	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decretos y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
País								
Portugal	X	X	X	X	X			Ley 6, 11 mayo/1984, Sección 139-141
Rumania	X	X	X	X	X	X		26 diciembre/1985 decreto 411
España ³	X	X	X	X	L-3			Ley Orgánica 9, 5 julio/1985
Suecia	X	X	X	X	X	X	X	Ley 14 junio/1974, del Aborto 595
Reino Unido	X	X	X	X		X		Ley/1967, del Aborto

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decreto y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
------------	----------------------------------	-----------------------------------	---	--	--------------------------------	--	--	--

Yugoslavia	X	X	X	X	X		L-3	Estas ocho jurisdicciones modificaron sus leyes del aborto siguiendo una indicación del Artículo 191 de la Constitución Federal de 1977. (Croacia, Bosnia-Herzegovina, Kosovo, Macedonia, Montenegro, Serbia, Slovenia, Vojvodina. . .) Basado en la Ley de Croacia 212 abril/1978, 18 Sección 15-24
------------	---	---	---	---	---	--	-----	--

ORIENTE
PRÓXIMO Y
NORTE DE
AFRICA

Argelia	X	X	X				Ley 85-05, 16 febrero/1985, Artículo 72
---------	---	---	---	--	--	--	---

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹ fetal	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros ilícitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decreto y casos vigentes y año en que se prolujo el último decreto o fallo
Israel	X	X	X	X	X			16 diciembre/1979 Reforma de 31 enero/1977, Reforma del Código Penal sobre Interrupción del Embarazo
Kuwait	X	X	X	X				Ley 25/1981, Sección 12
Marruecos	X	X						1 julio 1967, Decreto de la Corona
Qatar ³	X	L-3	L-3	L-3				Ley 3, febrero 1983
Túnez	X	X	X	X	X	X	X	1973 Código Penal
Turquia	X			X			L-3	Ley 24 mayo/1983 de Planificación Familiar Sección 5-6
Emiratos Arabes Unidos	X							Ley federal/1975, número 7 sobre la Práctica de la Medicina

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹ (fetal)	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario debido a	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decreto y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
------------	----------------------------------	-----------------------------------	---	--	--------------------------------	--	--	--

HEMISFERIO OCCIDENTAL

Barbados	X	X	X	X	X	X		Ley/1983, de Interrupción Médica del Embarazo Sección 4-14
Belize	X	X	X	X		X		Ordenanza/1980, del Código Penal 33, Sección 108-110
Islas Bermudas	X	X	X	X	X			Ley/1983, de Reforma del Código Penal, Secciones 1-2
Canadá	X	X	X	X	X	X	X	1988, Morgentaler, Smorling y Scott contra la Reina (1988) 37 C.C.C. (3a. ed.) 440
Chile	X	X						11 diciembre/1967, Código Sanitario Sección 119
Guatemala	X							Reforma/1973 del Código Penal Artículos 133-140

Indicación	Peligro para la vida de la mujer	Peligro para la salud de la mujer	Peligro para la salud mental de la mujer ¹	Peligro para la salud del feto o anomalía violación u otros delitos sexuales	Embarazo involuntario	Social socio-médica o socio-económica ²	A petición de la mujer (en el primer trimestre) ³	Decretos y casos vigentes y año en que se produjo el último decreto o fallo
Honduras	X							Decreto 26 febrero/1985, 13-85
Montserrat	X	X	X	X				Reforma/1983 del Código Penal 12, Sección 139
Perú	X	X	X					Decreto 12 junio/1981, Legislativo 121, Sección 21
Estados Unidos	X	X	X	X	X	X	X	1973 Roe contra Wade 410 Estados Unidos 113

* Puede hallarse la traducción inglesa en el Resumen Internacional de Legislación Sanitaria, Organización Mundial de la Salud, 1211 Ginebra 27 o en la Revista Anual de Leyes de la Población, Cambridge, Ma.02138. Se confía en que la información de este cuadro sea general y exacta, pero a la vista de los problemas de documentación e interpretación de nuevas legislaciones, la autora agradecería cualquier corrección. Este cuadro se basa en los cuadros extraídos de las publicaciones siguientes: R.J. Cook y B.M. Dickens, Una Década de Cambios en la Ley del Aborto (A Decade of Change in Abortion Law); 1967- 1977 (American Journal Public Health) 68(7): 637-644 (1978); Desarrollo Internacional de las Leyes del Aborto (International Developments in Abortion Laws); 1977-1988 (American Journal Public Health)(Public Health) 78: (9) (1988); Temas sobre la Salud Reproductiva en la Commonwealth (Issues in Reproductive Health Law in the Commonwealth), Londres: Secretariado de la Commonwealth, 1986; B. Knoppers e I. Brault, El Aborto y la Ley en los Países Francófonos (L'Avortement et La Loi des les Pays Francophone, Montreal; Ed. Themis, próxima edición). este cuadro sólo señala los países que han modificado sus leyes del aborto en las dos últimas décadas. Para un cuadro que señale las leyes del aborto de todos los países del mundo, véase la publicación de C. Tietze y S.K. Henshaw, El Aborto Provocado: Una visión Mundial (Induced Abortion: A World View) 1986 (6a. edición) Nueva York: Instituto Alan Guttmacher.

1. Se entiende que donde la legislación proporciona una indicación sanitaria para el aborto, incluye causas físicas y mentales con arreglo a la costumbre médica generalmente imperante. La salud mental se excluye, no obstante, cuando la legislación califica la salud como "física" o una expresión parecida. Una indicación para la salud mental puede acoger las consecuencias de una violación y, por ejemplo al temor a que el feto padezca una grave anomalía fetal en los casos que tales indicaciones no estén incluidas por sí mismas.

2. Se señala esta columna cuando la ley explica si ha de tenerse en cuenta el entorno o las circunstancias económicas o sociales de la madre al decidir proseguir su embarazo o determinar el impacto del mismo sobre su salud.

3. L-3 significa que la indicación se limita a los abortos efectuados durante los primeros tres meses de embarazo. Los países calculan por lo general la gestación a partir del primer día del último período menstrual de acuerdo con la práctica médica habitual.

4. Hay indicaciones adicionales para el aborto:

Indicación de adolescencia: La indicación incluye la condición de adolescencia que se da por ejemplo en Hong Kong.

Indicación de angustia: la indicación de salud mental incluye la situación de angustia de las mujeres embarazadas como por ejemplo en el caso de Francia y de Holanda.

Indicación familiar: la indicación social incluye la amenaza a la posición social de la mujer y su familia como por ejemplo el caso de Chipre, Italia y Taiwan.

Indicación de alojamiento: la indicación social cubre la falta de alojamiento, como en el caso de Hungría.

Indicación de edad maternal o de paridad: la indicación social incluye la edad maternal o diversos embarazos (paridad); en Hungría una mujer de 35 años o mayor que haya tenido al menos tres hijos o que ha sufrido 3 partos; o que tiene dos hijos vivos y al menos ha sufrido un evento obstétrico o en Rumania una mujer de 45 años o mayor o que haya tenido cinco o más embarazos cumple los requisitos para esta indicación.

Indicación por SIDA o seropositividad: la indicación de salud fetal o maternal incluye el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o seropositividad al virus de inmunodeficiencia humano (HIV) como ocurre por ejemplo en la Polinesia Francesa.

Indicación de estado civil: la indicación social incluye el estado civil de solteras y separadas como ocurre por ejemplo en Hungría.