



EL ABORTO. ANÁLISIS CRÍTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL



Guillermo
López García

SUMARIO: Hechos biológicos fundamentales. Propagación del aborto. «Justificantes» del aborto. Tácticas para la legalización del aborto. Eutanasia y aborto. Consecuencias de las legislaciones actuales sobre el aborto.

La indiferencia que se advierte ante la progresión de aborto a escala mundial, hace necesario insistir en aquellos aspectos que son básicos para el enjuiciamiento correcto del problema. En este sentido, tenemos en primer lugar el consumo creciente de contraceptivos, que a su vez es consecuencia de una serie de fenómenos de orden ideológico y moral. En años anteriores hemos publicado varios trabajos sobre estos temas, pero consideramos útil una nueva revisión, teniendo en cuenta la situación actual, según la bibliografía de estos últimos años.

El término aborto significa la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable. Lo más frecuente es que el aborto ocurra antes de la vigésima semana de gestación; si la interrupción tiene lugar entre el primero y tercer mes se habla de aborto precoz, denominándose aborto tardío entre el tercero y sexto mes de embarazo.

El significado vulgar de aborto es claro, supone la muerte del feto, pero las expresiones «aborto legal», «aborto terapéutico», «aborto electivo», etc., contribuyen a fomentar el confucionismo terminológico, como se puede comprobar tanto en publicaciones médicas como en revistas y prensa diaria. Se confunden los términos de aborto espontáneo, aborto legal, aborto terapéutico y aborto criminal, dando la impresión al público no especializado de que el aborto tendrá una valoración médica y ética diferente según la modalidad del mismo ⁶⁴.

En la práctica hay una única distinción médicamente válida: aborto espontáneo, que cursa de modo natural, independiente de la voluntad, tanto de la paciente como del médico; y aborto provocado consecuencia de la acción directa del médico, o de cualquier otra persona, sobre la evolución de un embarazo normal o no. Desde el punto de vista conceptual esta clasificación médica del aborto es una realidad evidente y así, en publicaciones de la Organización Mundial de la Salud se utiliza la distinción entre los dos grandes grupos: «aborto espontáneo» y «aborto provocado».

HECHOS BIOLÓGICOS FUNDAMENTALES

El origen de la vida coincide con la fertilización del óvulo; y, en el organismo humano, la fecha se puede determinar con bastante exactitud. Es un dato fundamental. Cuanto más a fondo se estudia el problema —y cada vez son más numerosos los resultados de la investigación experimental—, más evidente resulta que, para definir lo que debe entenderse por aborto, hay que partir necesariamente del hecho fundamental de que la vida de la persona humana comienza en el momento de la fecundación.

El organismo se forma a partir de dos células: el óvulo, célula germinal femenina procedente del ovario; y el espermatozoide, célula germinal masculina, producida en el testículo.

Los gametos —tanto el óvulo como el espermatozoide—, cuando han adquirido las características óptimas para la fecundación, o lo que es lo mismo, cuando han alcanzado su nivel de maduración final, son células con vida muy limitada: en un período muy breve —de un día o poco más— experimentan un proceso de regresión y mueren.

Lo significativo es, precisamente, que cuando dos células cuya vida está a punto de terminar —un óvulo y un espermatozoide— se unen, en el proceso en que se produce la fertilización, constituyen un conjunto estructural y bioquímico de características únicas. Y a partir de este mo-

mento, como consecuencia de los procesos bioquímicos producidos, en la nueva célula quedan marcados —escritos, por decirlo así— los planes de desarrollo de un nuevo organismo, dotado de una extraordinaria capacidad funcional.

El óvulo, al ser fertilizado, se torna capaz de desarrollarse plenamente, por un mecanismo de extrema complejidad determinado ya desde la fecundación, sin que las relaciones funcionales entre el organismo de la madre y del feto afecten en nada a este determinismo, tal como lo demuestra la experimentación. Es, pues, un nuevo individuo, en sentido estricto.

Por la implantación, y el desarrollo de la placenta en una fase ulterior, el embrión dispone de un medio adecuado, que le garantiza el aporte de las sustancias nutritivas y la respiración celular que necesita. Pero esto no es esencial: la potencialidad y predeterminación del desarrollo, existen desde el momento mismo de la fecundación. Suponer que el embrión no vive propiamente hasta la implantación es tan falso como lo sería el suponer que el feto no vive hasta que respira aire atmosférico. Más claro: impedir el desarrollo embrionario evitando la implantación, es lo mismo que impedir el desarrollo del recién nacido privándole de oxígeno y nutrición. Presentar las cosas de otra forma equivale a negar la evidencia de los hechos biológicos.

Estos son tan patentes, que si el comienzo de la vida no se sitúa en la fecundación, no existe referencia alguna para concretar en qué momento se produce, ni hay base aceptable para lanzar otras hipótesis. Cuanto más experiencia se tiene de la investigación biológica, más fácil y natural resulta esta visión positiva. Pero también habría que decir que, cuanto más se desarrolla el ensayismo teórico sin llegar a comprender lo biológico, más fácil es engañarse en una cuestión de tanta trascendencia.

Repito que la conclusión a deducir de los hechos demostrados con la experimentación biológica permite afirmar, con todo rigor científico, que la vida de una persona comienza con la fecundación del óvulo. Desde la fertilización está viviendo un ser humano, que lo sigue siendo en las sucesivas fases de su desarrollo.

Los procedimientos para evitar el embarazo —que, en general, se conocen como contraceptivos —son muy diversos. Bajo el título «regulación de la fecundidad», se engloban toda clase de medios, sin distinción, incluídos aquellos que actúan después de la fecundación y, en consecuencia, han de catalogarse como abortivos.

Los distintos métodos de control de natalidad sólo pueden ser clasificados en dos grupos: anticonceptivos o abortivos. Los primeros evitan el embarazo, en tanto que los segundos interrumpen el desarrollo

embrionario. Esta clasificación es clara desde el punto de vista médico; pero, con gran frecuencia, se presentan errónea o intencionadamente como simples anticonceptivos métodos que son realmente abortivos.

PROPAGACION DEL ABORTO

El cambio en la actitud del médico ante el aborto se generaliza de modo alarmante en muchos países, con base en teorizaciones que tienden a oscurecer las ideas.

Se da el caso de médicos que no son conscientes del engaño —hay que admitirlo así, salvando la buena fe—, y acaban considerando el feto como si todavía no fuese un ser humano, como una vida potencial sin ningún tipo de derechos; con lo cual se comportan como quienes únicamente buscan argumentos para justificar el sacrificio de la vida del niño en beneficio de la comodidad de la madre o de la situación social de la familia. Otros, ni siquiera se plantean problemas de ninguna especie, porque —con la regresión de los principios éticos— suprimir o no una vida, carece de significación para ellos.

«¿Qué profesional que haya visto un aborto o lo haya realizado, podrá negar, si es sincero, que lo eliminado era una vida humana»¹¹, se preguntaba un autor no hace mucho tiempo. Podría responderse que quizá ninguno, si su intervención técnica es directa y tiene que aplicar algún procedimiento operatorio por mínimo que sea. Pero cuando se emplean preparados farmacológicos para interrumpir el embarazo en su fase inicial, el que prescribe la receta se encuentra en una situación muy distinta, y le resulta notablemente más fácil olvidar lo que quizás ha hecho contra su conciencia. Ahora todo contribuye a la insensibilización, y el que comienza por recomendar prostaglandinas en fase precoz del embarazo, o previene éste con el dispositivo intrauterino, no tarda en evolucionar: su manera de pensar cambia, y más pronto o más tarde acaba dispuesto a practicar el aborto quirúrgico.

Hace algunos años, había quienes admitían la posibilidad de quitar la vida al feto por ciertas «razones graves» —especialmente, para salvar la vida de la madre—, frente a la doctrina que no admite justificación alguna para sacrificar al feto. Pero en todo caso era clara y terminante la coincidencia de todos en calificar el aborto como supresión violenta de una vida humana⁶².

Los que defendían el aborto en aquellos casos excepcionales, lo consideraban siempre como un mal menor. De esta postura, errónea, habría

de seguirse inevitablemente la situación actual. Quien admita la justificación del aborto por determinados motivos que considera graves, llegará a imaginar que lo son otros: todo dependerá de las presiones a que se vea sometido.

La intervención de ciertos organismos internacionales agrava progresivamente el problema, como puede verse en publicaciones de la OMS.

En primer lugar, se advierte un hecho significativo. Las Naciones Unidas, reunidas en sesión plenaria en 1959, declararon que «el niño, por razón de su inmadurez mental y física, necesita especial salvaguardia y cuidados, incluso protección legal, tanto antes como después del nacimiento». Sin embargo, la OMS desconoce sistemáticamente, en la práctica, esta declaración.

Según el informe de un grupo de expertos de dicha organización, hay una fuerte tendencia a admitir la indicación eugenésica con la máxima amplitud, lo que equivale a desconocer que los derechos humanos son previos al nacimiento³². «¿Se puede sugerir que la «cosa» viva que hay en el útero no es una persona con «derechos humanos» «el día antes de nacer», y que de pronto adquiere esos derechos, como consecuencia del acto del parto?».

«¿Constituye el aborto una injusticia?; ¿es un atentado a algunos de los derechos naturales que todo hombre tiene por su condición de persona y que son la base para una justa convivencia?». Hervada dice que, si se responde afirmativamente, el aborto es, sin paliativos, un acto criminal, tipificable como delito grave. Desde el momento en que el óvulo se convierte en embrión humano, este ser embrionario es ya portador de toda la dignidad de la persona humana, porque la igualdad radical que entre todos existe se funda en el hecho de ser hombre. Allí donde hay un ser humano, cualquiera que sea el momento de su historia en que se encuentre, allí está un sujeto de derechos fundamentales. Pero el hombre no comienza a serlo —a ser persona humana— por el nacimiento: lo es ya desde el momento en que el óvulo se transforma por la fecundación en una nueva vida, en un nuevo ser vivo, que está en la madre, pero que ya no es la madre^{28, 29}.

Es oportuno añadir aquí que la legalización del aborto en general, como explica Burke¹¹, «se fundamenta en la filosofía del eugenismo, en la pureza racial y en la comodidad social; y da la impresión de que considera que algunas vidas no merecen la pena de ser vividas, porque son inferiores; sino que deben ser eliminadas. A este respecto es de ley natural —y no hace falta ser cristiano ni católico—, que el único soporte sobre el que es posible conservar los llamados derechos humanos es la aceptación de que toda vida humana es un valor inviolable, y de que todos,

especialmente el débil, tenemos iguales títulos para la protección de la ley y para el respeto por parte de otros hombres; sin que nadie pueda afirmar, respecto de ninguna otra persona, que su vida no vale la pena vivirla».

«JUSTIFICANTES» DEL ABORTO

Los motivos para justificar el aborto son de tal amplitud que, en la práctica, no encuentran más limitación que los trámites burocráticos. Por eso, se presta poca atención al «justificante» de «enfermedades graves de la madre»; porque aparte de que tales casos se han reducido mucho, desde este punto de vista apenas interesan. Además, suele ocurrir que las enfermas graves son precisamente las que no quieren la interrupción del embarazo^{33, 34, 58}. Por otra parte, estas enfermas, con tratamientos bien dirigidos, pueden llegar a embarazos a término con fetos normales.

Admitir como justificantes del aborto alteraciones psíquicas de cualquier grado, equivale a hacer posible el aborto siempre que la embarazada lo quiera. Lo mismo ocurre con los factores ambientales y las indicaciones socio-económicas o socio-médicas, —sobre todo, las que se clasifican simplemente como de tipo humanitario— porque su misma naturaleza impide hacerlas objeto de evaluación objetiva^{1, 5, 13, 14, 16, 20, 21, 25, 45, 56, 65}.

En resumen, en varios de los amplios grupos de motivos que diversas legislaciones admiten como justificantes del aborto, queda incluido, sin más, lo que se llama embarazo no deseado, presentando el aborto en este caso como una función humanitaria del médico, a quien legalmente se le dan atribuciones para interrumpir el embarazo por intereses —separados o coincidentes— de la mujer, la familia o la sociedad^{3, 4, 7, 10, 12, 15, 17, 18, 26, 30, 32, 33, 34}.

Con una facilitación tan amplia, no se ha conseguido, sin embargo, suprimir los abortos ilegales, porque con frecuencia la mujer que aborta quiere mantener el secreto. Por otra parte, los especialistas se resisten —aún con legislaciones muy amplias— a intervenir en tales casos. «La mayoría de los médicos detestan practicar abortos, por varios motivos. Uno de ellos es el sentimiento moral, que no guarda relación obligada con creencias religiosas». «La imagen del abortista no es aceptable para la mayoría de los médicos. Los facultativos que se dedican a practicar abortos suelen ser relegados a las filas más bajas de la profesión médica». Lo peor es cuando en todo esto se ve no una manifestación de la dignidad profesional, sino una rémora que hay que superar.

En los últimos años, el considerable número de abortos que se vie-

nen practicando, permite recoger datos para comparar desde un punto de vista psicológico la situación de la mujer antes y después del aborto. Puede decirse que la existencia de secuelas psicológicas postaborto es una realidad estadísticamente significativa. Las conclusiones de los trabajos más recientes en general coinciden en reconocer esta complicación^{1, 5, 16, 21, 45}.

Pero la mayoría de las soluciones que proponen son falsas y derivan de un planteamiento incorrecto. Si el aborto produce trastornos psíquicos —dicen— será necesario disponer de medios técnicos y modos de proceder con los que se pueda producir el aborto con la misma garantía de eficacia, pero con un mínimo de trastornos psíquicos.

Desde un punto de vista médico no se puede tratar el problema con esa orientación. Atendiendo a la finalidad y a lo específico de la Medicina, el planteamiento ha de ser muy diferente. El médico que se encuentra con un caso de secuelas psicológicas o de cualquier clase, por un aborto, —incluyendo, por supuesto, el llamado aborto terapéutico— tiene que estudiar y tratar la complicación, pero tiene que ocuparse también de las causas desencadenantes del aborto. Es decir, tiene que conseguir que la paciente o la familia comprendan todo el alcance moral del aborto intencionado, de tal modo que no lo vuelvan a intentar. Nunca el médico se podrá plantear qué es lo que le conviene hacer para conseguir el aborto evitando tales alteraciones.

Terminaremos, por contraste con todo lo anterior, con unas líneas de un autor americano: «Por convenientes, convincentes o perentorios que puedan ser los argumentos esgrimidos a favor del aborto, siempre persiste el hecho de que el suprimir una vida, aun cuando ésta no haya brotado a la luz, corta de raíz la propia esencia del principio de que la vida de nadie, por indeseada e inútil que parezca, no puede terminarse con el fin de buscar la salud y felicidad de otro ser humano».

Sólo son consecuentes con este punto de vista quienes, en cada caso que se les presenta, ponen todo su interés en disuadir del aborto, en llevar a cabo una auténtica acción humanitaria.

TACTICAS PARA LA LEGALIZACION DEL ABORTO

Con anterioridad a 1963, la IPPF afirmaba que el aborto «mata la vida de un niño que ya ha comenzado a vivir». Pero después de aquella fecha, la organización de referencia comenzó a virar, e inició una campaña pro-aborto de acuerdo con una táctica de sobra conocida: se comienza condenándolo, para después asegurar que la mejor manera de evitarlo es

fomentar el uso de contraceptivos; y, una vez relajados los criterios de la colectividad, acerca de determinados puntos básicos —relajación que se produce inevitablemente cuando los contraceptivos se generalizan—, queda abierto el camino para la ofensiva descarada pro-aborto^{10, 20, 21, 24, 32}.

En junio de 1970, el Estado de Nueva York promulgó una ley autorizándolo durante los primeros cinco meses y medio de embarazo, sin más requisitos que el deseo de la madre y el consentimiento del médico que lo provocara. Cuando la gravedad de las consecuencias de semejante ley se hizo patente, el Congreso del Estado de Nueva York se pronunció a favor de su revocación. Sin embargo, el entonces Gobernador, Nelson Rockefeller, interpuso su veto, y cargó así con la plena responsabilidad de que la ley en cuestión continuara vigente. La situación se agravó a escala nacional en 1973: cuando todo permitía pensar que la legislación pro-aborto encontraría en muchísimos Estados serias dificultades para abrirse paso por vías democráticas, el Tribunal Supremo declaró anti-constitucional la legislación condenatoria del aborto en cualquier Estado de la Unión. Quedaron abolidas, en consecuencia, las restricciones existentes en muchos de ellos, y la vida del niño no nacido se vio privada de toda protección legal.

Como exponente de una actitud muy generalizada ante el aborto es significativo el saludo presidencial en el Annual Meeting of the American Gynecological Society (1975)²⁴. Hellman se refirió ampliamente al control de la fertilidad, lamentándose de que parece estar perdiendo interés. Terminó diciendo que todos los métodos contraceptivos son ineficaces si no se establece una legalización del aborto, insistiendo en que este aspecto es fundamental. Es un índice más de cómo se está extendiendo el ambiente favorable al aborto, y evidencia una situación de indiferencia creciente ante los aspectos éticos y morales. No hace mucho en una reunión de una sociedad científica en Chile, su presidente comentó que tratar de enfrentarse con las campañas de propaganda de contraceptivos y aborto, es como intentar detener un tren en marcha. Frase que no puede ser más expresiva y oportuna desde el punto de vista de los promotores. Esto obliga a concretar orientaciones y valorizar modos de actuar ante la situación.

EUTANASIA Y ABORTO

No es difícil suponer que una sociedad que admite el «derecho» a matar a los niños, más o menos pronto admitirá también el de matar a los padres.



La táctica para la implantación de la eutanasia es muy similar a la expuesta hablando del aborto y, en líneas generales, está respaldada por las mismas gentes. En Gran Bretaña y en Estados Unidos, los abortistas se vieron obligados a negar cualquier proximidad entre aborto y eutanasia, para hacer frente a la fuerte oposición que encontraban en las personas que asociaban uno a otra. Pero diez meses después de aprobada la legislación permisiva del aborto, se presentó al Parlamento Británico un proyecto de ley en pro de la eutanasia. En Estados Unidos, sólo un año más tarde del llamado «lunes negro», se estaban examinando proyectos similares en diez Estados.

Se pretende, pues, imponer el principio de que la sociedad puede intentar la solución de sus problemas por medio del asesinato. La aceptación del aborto no es más que un primer paso; porque, como dice Willke, si en la actualidad se reconoce a una madre el «derecho» de matar a su hijo si le estorba, es lógico que el día de mañana se reconozca a un hijo el «derecho» de matar a su madre por igual motivo.

El tema del aborto o la eutanasia no puede plantearse sobre bases puramente biológicas, prescindiendo de lo trascendente. Pero el hombre que olvida lo que es y el destino eterno que le espera, no tarda en emplear recursos tan nobles como la razón para rechazar las exigencias que le impone su dignidad humana, degradarse a un nivel inferior al de las bestias, y degradar —también— profesiones como la Medicina, cuya grandeza reside en el servicio al hombre. Porque —no lo olvidemos— tal servicio es posible sólo en la medida en que se reconocen los valores en que se funda la dignidad del ser humano.

CONSECUENCIAS DE LAS LEGISLACIONES ACTUALES SOBRE EL ABORTO

Un conjunto de presiones de diversos órdenes, movidas por fines distintos pero convergentes, están consiguiendo en muchos países leyes que permiten el aborto con más o menos flexibilidad. En general, atendiendo a sus consecuencias —aunque se quiera que sean restrictivas—, podrían clasificarse como legislaciones promotoras del aborto. Los resultados, que ya se van objetivando, indican un porvenir de mal pronóstico por muchas razones, entre las que destaca el que tienden a crear una práctica médica desviada, que va alcanzando incluso a lugares donde es ilegal.

Según un estudio de legislación comparada publicado por la OMS,

la normativa sobre el aborto es, con carácter general y en línea de principios, represiva, aunque algunas legislaciones prevean excepciones no punibles. Esto quizás es cierto en teoría; pero lo que se ve en la práctica es que las excepciones se convierten en norma de conducta, y las correspondientes disposiciones legales se interpretan a la medida de las conveniencias, y se las hace amparar muchas más cosas de las que pretendían^{32, 42, 46, 54, 55, 57, 61, 65}.

Que la legalidad no se identifica necesariamente con las normas éticas y que no puede ser el fundamento de criterios doctrinales de actuación, es indudable. Pero también es verdad que una vez establecida la legalización, los modos de pensar van cambiando paulatinamente, y la gente llega a adaptarse de tal modo a la nueva situación, que pierden la capacidad de diferenciar lo que está bien de lo que está mal.

El aborto —matar a un ser humano en vida intrauterina— es una injusticia contra el no nacido. Esta es una convicción común entre los médicos —incluso entre los que practican el aborto— en los países en que no está permitido. Pero una vez legalizado, muchos cambian de opinión —es cuestión de tiempo—; y, por supuesto, el impacto se hace sentir más en las nuevas generaciones de médicos. Para ellos, el aborto no es ya un injusticia contra el feto, creen por el contrario, que el no hacerlo es una injusticia contra la madre. No vamos a entrar en la explicación —sociológica o psicológica— de este cambio de mentalidad, porque no nos corresponde hacerlo; pero, en todo caso, creemos conveniente destacar el hecho.

Estudios estadísticos sobre los efectos de los cambios recientes en las leyes sobre aborto en los Estados Unidos, revelan que en la mayor parte de los casos responden a motivos relacionados con la salud mental de la embarazada. Con datos de seis Estados, resulta que casi el 96 % de los abortos se practicaron por indicaciones de salud mental, y casi el 98 % por preocupación por el bienestar físico y mental de la mujer^{42, 61, 67}.

Conseguido el primer paso —un mínimo de legalización—, luego el propio ambiente presiona y facilita nuevas leyes cada vez más amplias.

Los entusiastas del aborto muestran como éxitos los signos de cambio que se han producido en poco tiempo como consecuencia directa de la legalización. Hay quien pronostica que el aborto «pronto será cosa decidida entre el médico y la paciente, al igual que cualquier otro procedimiento quirúrgico. ¿Diferenciamos en la actualidad entre las amigdalectomías y las hemorroidectomías legales o ilegales?».

Las consecuencias de la legalización van mucho más allá de cuanto se ha dicho, porque —además— favorecen la degradación de la sexua-



lidad y la de la actuación profesional de los médicos. Cuando se empieza a tener como normal la eliminación de vidas humanas, el crimen —en términos generales— tiende a considerarse normal. Si se puede suprimir la vida de un feto, ¿por qué no se puede suprimir la vida de un anciano o de un inútil para la sociedad? Es éste uno de los problemas alarmantes que ya están surgiendo. La eutanasia de ancianos e incurables, pronto se justificarán con toda clase de razones, a medida que se vayan acentuando las consecuencias del envejecimiento de la población. Y es que, desde el momento en que el precepto «no matar» se sustituye por el de «no matar si no conviene», queda abierto el camino a todo género de aberraciones.

Hay además una razón fundamental contra la legalización del aborto, y es que aún legalizado sigue siendo un crimen. A no ser que se quiera que la ley sea puro reflejo de «situaciones de hecho», lo que determina el que pierda su capacidad ordenadora y se torne incapaz de dar a conocer el derecho y la justicia.

La legislación vigente en nuestro país es bien conocida y no plantea dudas de ningún género. Siempre sería interesante una amplia explicación de ella, pero hacerlo excede nuestras posibilidades. Lo que sí es necesario decir aquí es que la ley no basta para detener la progresión del aborto, aun suponiendo que se aplique con toda eficacia. Como se ha dicho en un estudio jurídico sobre el particular, la solución de ésta y de otras actividades antisociales depende más de la acción educativa que de las leyes represivas.

La raíz del problema está en todo lo que contribuye a borrar la idea del carácter criminal de los métodos abortivos, que son los que interrumpen una vida humana, cualquiera que sea su mecanismo de acción y el momento del embarazo en que se apliquen.

BIBLIOGRAFIA

1. ADLER, N. A. *Emotional Responses of Women Following Therapeutic Abortion*. Amer. J. Orthopsychiat., 45: 446, 1975.
2. ANDERSON, G. G. y L. SPEROFF, *Prostaglandinas y aborto*. En *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Pág. 245. Interamericana, marzo, 1971.
3. BALLARD, C. A. y F. E. BALLARD. *Four Years' Experience with Mid-trimester Abortion by Amnioinfusion*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 114: 575, 1972.
4. BECK, A. C. *Obstetricia*. Interamericana, 1968.

5. BLASER, A. y J. HODEL. *Psychodiagnostic aspects of the indication for abortion*. Schweiz. Med. Wochenschr., 105 (14): 436, 1975.
6. BOYD, E. F. y E. G. HOLMSTROM. *Ovulation Following Therapeutic Abortion*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 113: 469, 1972.
7. BRAAKSMA, J. T., W. E. BRENNER, J. I. FISHBURNE y L. STAUROVSKY. *Intrauterine Extra-Amniotic Administration of Prostaglandin F₂ & for Therapeutic Abortion*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 114: 511, 1972.
8. BRACKEN, M. B. y M. E. SWIGAR, *Factors Associated with Delay in Seeking Induced Abortions*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 113: 301, 1972.
9. BRENNER, W. E. *Intravenous Prostaglandin F₂ & for Therapeutic Abortion: The Efficacy and Tolerance of Three Dosage Schedules*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 113: 1037, 1972.
10. BRODY, H., S. MEIKLE y R. GERRITSE. *Therapeutic Abortion: A Prospective Study. I*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 109: 347, 1971.
11. BURKE, C. *Abortion: Law, Ethics and the Value of Life*. Manchester Medical Gazette, 49: 4, 1970.
12. CANTOR, B., R. JAWELEWICZ, M. WARREN, I. DYRENFURTH, A. PATNER y R. L. VANDE-WIELE. *Hormonal Changes During Induction of Mid-trimester Abortion by Prostaglandin F₂*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 113: 607, 1972.
13. CAWTE, J. *Psychosexual and Cultural Determinants of Fertility Choice Behavior*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 132: 750, 1975.
14. CERVERA ENGUIX, S. *Enfermedad psiquiátrica y delincuencia*. Rev. Med. Univ. Navarra, 16: 283, 1972.
15. DALY, M. J. *Embarazo no deseado*. Clin. Obs. Gin. Interamericana, septiembre, 1971.
16. D'ANGELO, A. C. *Psychological Effects of Pregnancy and Contraception*. J. Amer. Pharm. Assoc., NS-14: 667, 1974.
17. DONGEN, L. VAN. *Thoughts on Contraception and Family Planning Clinics*. S. Afr. Med. J., 49 (12): 422, 1975.
18. DRINAN, R. F. *The Inviolability of the Right to be Born*. West. Reserve Law Review, 17: 465, 1965. Citado por CHAYET Y HEIFETZ. En *Progresos de la Ginecología*, de Meigs y Sturgis. Editado por S. H. Sturgis y M. L. Taymor. Científico-Médica, Barcelona 1971.
19. ECKSTEIN, P. *Mechanisms of Abortion Intra-Uterine Contraceptive Devices in Women and Other Mammals*. Brit. med. Bull., 26: 52, 1970.
20. Editorial. *Social Effects of Abortion*. N. Engl. J. Med., 292: 484, 1975.
21. Editorial. *Psychological Factors in Contraceptive Failure and Abortion Request*. Med. J. Australia, 1 (26): 800, 1975.
22. EMMENS, C. W. *Postcoital Contraception*. Brit. med. Bull., 26: 45, 1970.
23. FORD, C. V., P. CASTELNUOVO-TEDESCO Y K. T. LONG. *Abortion: Is it a Therapeutic Procedure in Psychiatry?* JAMA, 218: 1173, 1971.
24. GERATY, A. *Social Factors Influencing Contraceptive Usage in the Black Population of Rhodesia*. S. Afr. Med. J., 49 (12): 425, 1975.
25. GRUNEBaum, H. y V. ABERNETHY. *Ethical Issues in Family Planning for Hospitalized Psychiatric Patients*. Amer. J. Psychiat., 132: 236, 1975.
26. HALL, R. E. *Futuro de los abortos terapéuticos en Estados Unidos de Norteamérica*. En *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Pág. 1.149. Interamericana, diciembre, 1971.
27. HELLMAN, L. M. *Fertility Control at a Crossroad*. En *Ninetyeighth Annual Meeting of the American Gynecological Society*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 123: 331, 1975.
28. HERVADA, J. *El aborto y las leyes estatales*. Nuestro Tiempo, 205-206: 77, 1971.

29. HERVADA, J. *Diálogos sobre el amor y el matrimonio*. EUNSA. Pamplona, 1974.
30. HERVET, E. *L'avortement. Les indications foetales*. La Nouvelle Presse médicale, 1: 375, 1972.
31. HORTON, E. W. *Prostaglandins*. Springer-Verlag, Berlín, 1972.
32. Informe de un Grupo Científico de la OMS. *El aborto espontáneo y el provocado*. Crónica de la OMS, 25 (3): 99, 1971.
33. JIMENEZ DIAZ, C. *Lecciones de Patología Médica*. Tomo I. 3a. Ed. Pág. 569. Científico-Médica, Barcelona, 1940.
34. JIMENEZ DIAZ, C. *Lecciones de Patología Médica*. Tomo VII. Pág. 890. Científico-Médica, Barcelona, 1950.
35. JIMENEZ VARGAS, J. *Medicina y anticonceptivos*. La Voz de España, 14-IX-67.
36. JIMENEZ VARGAS, J. *El origen de la vida*. Ed. Mundo del Trabajo, Madrid, 1967.
37. JIMENEZ VARGAS, J. *Ovulación refleja*. Rev. Med. Univ. Navarra, 15: 325, 1971.
38. JIMENEZ VARGAS, J. *Control biológico de la ovulación*. Nuestro Tiempo, 205-206: 51, 1971.
39. JIMENEZ VARGAS, J. y G. LOPEZ GARCIA. *El aborto como problema de Educación Médica*. Rev. Med. Univ. Navarra, 17: 255, 1973.
40. JIMENEZ VARGAS, J. y G. LOPEZ GARCIA. *Aborto y contraceptivos*. EUNSA. Pamplona, 1973.
41. JIMENEZ VARGAS, J. *El tema de la población mundial en las publicaciones médicas*. Nuestro Tiempo, 217: 61, 1975.
42. KAHN, J. B., J. P. BOURNE y C. W. TYLER, JR. *Efectos de los cambios recientes en las leyes sobre aborto terapéutico*. En *Clínicas obstétricas y Ginecológicas*. Pág. 1.130. Interamericana, diciembre, 1971.
43. KARIM, S. M. M. y J. DEVLIN. *Prostaglandin Content of Amniotic Fluid During Pregnancy and Labour*. J. Obstet. Gynaec. Brit. Commonw., 74: 230, 1967.
44. KARIM, S. M. M. y J. DEVLIN. *Use of Prostaglandin E₂ for Therapeutic Abortion*. Brit. med. J., 3: 198, 1970.
45. KHORANA, A. B. y A. A. VYAS. *Psychological Complications in Women Undergoing Voluntary Sterilization by Salpingectomy*. Brit. J. Psychiat., 127: 67, 1975.
46. KING, T. M. y cols. *Continuing Education of Obstetricians and Gynecologists in Fertility Management*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 12: 829, 1975.
47. KOCHENOUR, N., T. ENGEL, G. HENRY y W. DROEGEMUELLER. *Mid-trimester Abortion Produced by Intra-Amniotic Prostaglandin F₂ & Augmented with Intravenous Oytocin*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 114: 516, 1972.
48. LOPEZ GARCIA, G. *Aborto*. Nuestro Tiempo, 205-206: 63, 1971.
49. LOPEZ GARCIA, G. *Control biológico del ciclo ovárico*. Rev. Med. Univ. Navarra, 15: 53, 1971.
50. LOPEZ GARCIA, G. *Conferencia sobre Contraceptivos Orales*. En el Colegio Oficial de Médicos. Murcia, mayo 1973.
51. LOPEZ GARCIA G. y J. JIMENEZ VARGAS. *L'avortment therapeutique*. Congrès Européen sur la Respect de la Vie Humaine. Amsterdam. Mayo, 1974.
52. LOPEZ GARCIA, G. *Contraceptivos*. Nuestro Tiempo, 229-230, 1973.
53. McCracken, J. A., M. E. GLEW y R. J. SCARAMUZZI. *Corpus Luteum Regression Induced by Prostaglandin F₂ & J. Clin. Endocr.*, 30: 544, 1970.
54. MARSHALL, J. R. *Cumplimiento de las leyes sobre aborto. Epilogo*. En *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Pág. 1.137. Interamericana, diciembre, 1971.
55. MOERLOOSE, J. *El aborto en el mundo actual*. Boletín Informativo del Consejo General de Colegios Médicos de España, n.º 87, 15 de marzo de 1971.



56. NISWANDER, K. R., J. SINGER y M. SINGER. *Psychological Reaction to Therapeutic Abortion*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 114: 29, 1972.
57. OVERSTREET, E. W. *Papel del hospital universitario para resolver los problemas de recursos del aborto legal*. En *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Pág. 1.243. Interamericana, diciembre, 1971.
58. RECASENS, S. *Tratado de Obstetricia*. 9a. Ed. Cap. VIII. Salvat, Barcelona, 1969.
59. ROGERS, A. F. C. y J. F. LENTHALL. *Characteristics of New Zealand Women Seeking Abortion in Melbourne, Australia*. New Zealand Med. J., 81: 282, 1975.
60. ROTH-BRANDEL, U. y cols. *Prostaglandins for Induction of Therapeutic Abortion*. Lancet, 1: 190, 1970.
61. SCHAEFER, G. *Estadísticas sobre abortos en el Estado de Nueva York según un cuestionario*. En *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Pág. 258. Interamericana, marzo, 1971.
62. STOECKEL. *Aborto artificial*. Rev. Esp. Obstet. Ginecol., 9: 151, 1924.
63. TORELLO, J. B. *Psicología abierta*. Rialp. Madrid, 1972.
64. Tribuna Médica. *Aborto*. XI, N.º 541, 1974.
65. WEISMAN, A. I. *Open Legal Abortion «on Request» is Working in New York City, but is it the Answer?*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 112: 138, 1972.
66. WENTZ, A. C. y cols. *Intra-Amniotic Administration of Prostaglandin F₂ & for Abortion*. Amer. J. Obstet. Gynecol., 113: 793, 1972.
67. WILLKE, J. C. *Manual sobre el aborto*. Temas N. T. EUNSA. Pamplona, 1975.
68. WINN, H. *Anticoncepcionales*. En *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*. Pág. 708. Interamericana, septiembre, 1970.



abstract

The author begins this work by making an exposition of those facts which we could call fundamental from the biological point of view to understand and judge the different birth control methods in use today. From the very moment of the fertilization of the ovum by the spermatozoid, the development plans of a new organism become imprinted. This new organism is endowed with an extraordinary functional capacity whose determination is unaffected by the relations between the maternal organism and the fetal organism. These facts are so apparent that, if the beginning of life is not located in fecundation, there exist no concrete references as to when it does in fact take place.

Abortive birth control methods are those which interrupt embryonic —or fetal— development, no matter the mechanism of action employed nor the time elapsed since the fertilization of the ovum.

The spreading of these abortive methods has been noteworthy, with the proliferation of contraceptive methods —mainly the hormonal ones (the «pill»)— which have served as the key which has opened the door for abortion. It can be demonstrated how in these last fifteen years the relation between contraceptives and abortion is indeed intimate, and it becomes difficult to separate them in practice.

The laws promulgated in a large number of countries in recent years approving abortion have created in the public at large a conceptual confusion which makes that «legalized», «induced», «provoked», «criminal»... abortions become differentiated only with some difficulty, whereas in point of fact the differences are quite clear. The only abortion which can be considered legal is spontaneous abortion (miscarriage) which occurs independently of the will of the mother and that of the doctor; all other cases deal with provoked abortion and signify the direct death of an individual.

It is no doubt true that juridical legality does not necessarily identify itself with ethical norms and that it cannot be the fundament of doctrinal norms of conduct; it is precisely from this that even «legalized» abortion continues to be a crime.

Finally, the author makes reference to the relations between abortion and euthanasia which are increasing evident as time goes by. It is foreseeable that in the next few years the first laws allowing euthanasia will be approved, signifying yet a further step in the escalation of the anti-life movement.