



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

**MÁSTER EN ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES DE
GÉNERO
Trabajo Fin de Máster**

EL ABORTO, DEL DELITO AL DERECHO

**Análisis de un proceso social, legal y
sanitario**

**Autora: Lorena Muñoz Sánchez
Dirigido por: D^a M^a Dolores Calvo Sánchez**

Salamanca, 2010

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	3
INTRODUCCIÓN	4
METODOLOGÍA	8
I. EL ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO	9
1. Concepto y doctrina	9
1.1. Introducción	9
1.2. Denominación	9
1.3. Definición.....	10
1.4. Técnicas	10
1.5. Procedimientos y resultados	11
1.5.1. Quirúrgicas	12
1.5.2. Farmacológicas	13
1.6. Apoyos	14
1.7. Contraindicaciones	15
1.8. Complicaciones y fracasos	15
2. Procedimiento de actuación para la interrupción voluntaria del embarazo en Castilla y León	17
3. La objeción de conciencia	22
II. ASPECTOS LEGALES	24
1. La legislación española sobre el aborto	24
1.1. Antecedentes	24
1.2. La nueva Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, sobre salud sexual y reproductiva y sobre la interrupción voluntaria del embarazo	26
2. Análisis del desarrollo legislativo de la legalización del aborto en España	29
2.1. Asaltos a la ley	33
III. ABORTO EN EUROPA	38
1. Las legislaciones de los países europeos.....	38
2. Tasas de aborto en algunos países europeos.....	76
IV. VERTIENTE SOCIOLÓGICA	77

1. Consideración previa al enfoque	77
2. El aborto en cifras en España	78
3. Razones en contra y a favor del aborto y sus argumentaciones	83
4. La cuestión del aborto en los nuevos medios de comunicación	85
5. El comportamiento de la sociedad y los grupos sociales. Reacciones y manifestaciones ante los procesos político y legislativo	88
5.1. Campañas de sensibilización	88
5.2. Manifestaciones de adhesión, rechazo, disconformidad y protesta	98
6. La postura de los organismos e instituciones	102
CONCLUSIONES.....	105
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	107
ANEXOS	108
BIBLIOGRAFÍA	122

AGRADECIMIENTOS

Quisiera comenzar este trabajo agradeciendo las aportaciones de varias personas que, de una u otra manera, me han servido para llevar este estudio a buen fin.

Primeramente, mostrar mi más sincera admiración y agradecimiento a los profesores del máster, por los conocimientos que, a lo largo de todo este año académico, me han aportado. Y también por su capacidad para contagiarnos la fascinación por seguir aprendiendo e investigando.

Como no, a mi directora del trabajo fin de máster, M^a Dolores Clavo Sánchez, por su dedicación y entrega, y por guiarme por el arduo camino de la investigación.

A mis compañeras y amigas de máster: Bea, Beíta, Julia, Leti y Ruth, por sus innumerables mensajes de ánimo, por luchar codo con codo y, sobre todo, por hacerme este año un poco más feliz.

A Teresa, por sus consejos y su tiempo dedicado.

A mi madre, por toda una vida a mi lado y por el apoyo incondicional que sólo una madre puede darte.

Y, sobre todo, a Ja, mi compañero de viaje al que le diría mil y una cosas, pero al que tan sólo le voy a decir una: gracias.

INTRODUCCIÓN

1. Justificación

“La interrupción voluntaria del embarazo estaba regulada en nuestra legislación como una conducta prohibida con carácter general salvo en tres supuestos excepcionales y no desde la perspectiva del respeto a los derechos sexuales y reproductivos, intimidad y privacidad de las mujeres. Ello contrasta fuertemente con el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que ha ido cobrando fuerza en el derecho internacional, sobre todo tras las distintas Conferencias Internacionales sobre la mujer celebradas desde 1975.

Los primeros instrumentos internacionales de derechos humanos que hicieron una referencia explícita a la sexualidad son la Declaración y el Programa de Acción de Viena, adoptados por consenso en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en Viena en 1993. En esta Conferencia se insta a los estados, instituciones intergubernamentales y organizaciones no gubernamentales a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada y todas las formas de acoso y explotación sexuales incluyendo la trata de mujeres, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados. Y como elemento más importante, se sostiene la idea de que los derechos sexuales de la mujer son derechos humanos.

Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales han de ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. El reconocimiento de los derechos sexuales como Derechos Humanos entraña responsabilidades tanto para los individuos como para los Estados y deben construir una de las bases primordiales para las políticas sanitarias, sociales y de desarrollo de cualquier país”.¹

Tras la lectura de los párrafos anteriores, uno se da cuenta de que nos encontramos en una etapa de transición. Es un momento en el que se vuelven a enfrentar, de una parte, la histórica reivindicación feminista sobre la capacidad de las mujeres a decidir sobre su propia maternidad y, de otra, el eterno cuestionamiento del rol social de la mujer y de su

¹ “Informe del Comité de personas expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España y propuestas para una nueva regulación”, 5 de marzo de 2009.

derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Pero esta vez es diferente. Esta vez se impone la lógica y la razón. Hasta ahora, no parecía muy coherente que en un contexto en el que una ley orgánica (Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo) que lucha por la igualdad efectiva entre mujeres y hombres, se antepusiese la decisión de terceras personas a la voluntad de la mujer a interrumpir su embarazo.

Vivimos una época de cambios, un tiempo en el que las mujeres estamos ocupando el lugar que nos pertenece y que siempre nos negaron. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como parte de los derechos humanos, han sido unos de los más reivindicados por las voces feministas en los últimos tiempos. Hoy, el colectivo feminista se puede sentir satisfecho, pues en nuestro país se están construyendo las bases para garantizar a las mujeres dichos derechos.

Es por todo esto que me ha parecido interesante, a la par que importante, el hacer un estudio sobre el proceso social, legal y sanitario que ha tenido lugar en nuestro país con motivo del reconocimiento del aborto como derecho.

2. Importancia del tema

Sobre el tema del aborto han opinado, se han pronunciado, han teorizado, coincidido o discrepado personas de prácticamente la totalidad de los sectores de nuestra sociedad. Es una cuestión sobre la que todos y cada uno de nosotros tenemos una idea o postura a la que es muy difícil acceder y modificar, ya que se sustenta en un sistema profundo de valores personales.

Prueba del interés que suscita el tema es la cantidad de instituciones, organizaciones, entidades y corporaciones que se han pronunciado al respecto, según el criterio o la ideología de sus integrantes, tales como el Consejo General de Colegios de Médicos de España, la Comisión Central de Deontología de la OMC, la Asociación Española de Derecho Sanitario, la Comisión de Salud de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, el Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España, la Conferencia Episcopal, grupos de científicos y catedráticos, así como numerosos gobiernos regionales y partidos políticos.

La importancia del tema estriba en la polémica y el desacuerdo que genera: de un lado los defensores de los derechos de la mujer; de otro, los defensores de los del *nacisturus*. Ambas posturas se manifiestan generalmente radicalizadas, irreconciliables y con escasas posibilidades de llegar a un acuerdo. El tema levanta tales pasiones que, incluso las mentes más cultivadas científicamente, no pueden dejar a un lado la subjetividad al esgrimir sus argumentos.

Así pues, el reconocimiento de la interrupción voluntaria del embarazo como derecho es un tema importante tanto para la sociedad, como para el feminismo. El derecho de la

mujer a decidir sobre su maternidad constituye una reivindicación histórica del movimiento feminista que hoy, por primera vez en la historia de nuestro país, se ha convertido en derecho.

Y para finalizar este epígrafe me gustaría concluir con unas palabras de la diputada socialista Carmen Morín: “Los avances de la sociedad nunca han sido fáciles y menos los que conciernen a los derechos de las mujeres. Hoy me siento orgullosa de vivir en este tiempo y en este país, con un Gobierno comprometido con la igualdad”².

3. Estado de la cuestión

Atendiendo a nuestra realidad social, claro está que el aborto es un tema de actualidad. Pero no es tan sólo eso, sino que es una cuestión absolutamente viva y abierta al debate y a la controversia, no sólo en España, sino también en otros países.

En nuestro país, debido a los últimos acontecimientos al respecto, la polémica sobre el aborto está tan candente que allá donde se intente investigar se encontrarán numerosos testimonios de la situación actual. Dicha información, a menudo, resulta contradictoria, pues suele estar condicionada por la ideología o creencias de las fuentes que la editan. No obstante, los hechos son los hechos, y lo que se puede sacar en claro es que después de un largo y controvertido debate social, político y legal, la interrupción voluntaria del embarazo se ha reconocido como derecho de la mujer.

Por lo tanto, esta es una buena oportunidad para realizar un trabajo de investigación que abarque todos estos acontecimientos. Bien es cierto, que con la rapidez con la que se suceden los hechos, no puede ser un estudio cerrado, ya que la realidad social seguirá cambiando desde la conclusión de este estudio. De cualquier forma, el trabajo pretende ser una fotografía de una realidad social en un determinado momento de la historia.

4. Beneficios del trabajo y objetivos

A lo largo de los años y, debido a su naturaleza controvertida, el tema del aborto ha sido objeto de numerosos estudios. Se han efectuado cuantiosos trabajos de análisis de la situación previa al reconocimiento del aborto como derecho en España, así como de la legislación de países circundantes al nuestro.

Al mismo tiempo se han llevado a cabo encuestas para detectar el estado de opinión de la población con referencia a la cuestión del aborto, así como para conocer las evoluciones y fluctuaciones que experimenta con el paso del tiempo.

² “El Congreso aprueba la ley del aborto, histórica reivindicación feminista”, *Libertad Digital*, 17 de diciembre de 2009.

También se han realizado toda clase de estadísticas con referencia al número de abortos, edad de las mujeres, lugar de residencia, nacionalidad, tipo de centro...

Científicos, filósofos, juristas, políticos, sociólogos y miembros de otras disciplinas han desarrollado trabajos monográficos, desde sus respectivas áreas de competencia, sobre el controvertido tema que nos ocupa. De igual manera, se han efectuado estudios comparativos de las diferentes posturas y argumentos.

A pesar de que, inevitablemente, tenga que hacer referencia a conceptos ya estudiados (como es el caso de “aborto”), incluir estadísticas ya publicadas y recurrir a antecedentes que ya son casi históricos, voy a centrarme fundamentalmente en el conocimiento y análisis de las reacciones y manifestaciones que han tenido lugar, en los diferentes sectores de nuestra sociedad, durante el proceso del debate parlamentario, social y legislativo del reconocimiento del aborto como derecho. Así como en el estudio del contexto europeo en el que se ha producido tal cambio.

De igual forma, se examinarán algunos de los efectos, reacciones y procederes sociales de los momentos inmediatamente posteriores a la entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo sobre salud sexual y reproductiva y sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Con el desarrollo de este modesto trabajo intento ilustrar el proceso de un hito histórico para la sociedad en general, y para el feminismo en particular: el reconocimiento del derecho de la mujer al aborto libre y gratuito.

METODOLOGÍA

Este trabajo está desarrollado a través de una investigación cualitativa sobre el fenómeno del reconocimiento del aborto como derecho. Se trata de un estudio sistemático de la experiencia cotidiana, poniendo énfasis en la subjetividad. Es una aproximación a la realidad que permite describir las experiencias de la vida y dotarlas de significado. Me he centrado en la comprensión de la globalidad, explorando la profundidad, la riqueza y la complejidad inherente a dicho fenómeno.

No he pretendido predecir el comportamiento social referente a este hecho, ni identificar sus “causas”, sino que he tratado de comprenderlo aprehendiendo su naturaleza subjetiva.

He partido del principio de que no existe una realidad única, sino que ésta se basa en percepciones o ideas diferentes para cada persona y, a su vez, cambiantes en el tiempo. Mi objetivo no ha sido demostrar una teoría, sino ilustrar y llegar a entender el proceso que está teniendo lugar en relación a la modificación de la legislación del aborto.

Para llevar a cabo la consecución de mis objetivos, me he servido, como elementos de trabajo, de algunas publicaciones sobre salud sexual y reproductiva, interrupción voluntaria del embarazo y legislación, las cuales aparecen detalladas en la bibliografía general del presente estudio.

También he utilizado textos oficiales como protocolos sanitarios, leyes orgánicas, reales decretos, disposiciones legales de otros países, así como textos de diversas comunicaciones y conferencias.

Pero el grueso de los elementos empleados en este trabajo lo componen numerosas noticias, editoriales, artículos de opinión, anuncios e incluso fotografías que, en relación con el aborto, se han publicado en los diferentes periódicos de tirada nacional, regional o local. En referencia a éstos últimos cabe destacar a *El País*, *ABC*, *El Mundo* y *diariodenavarra.es*, entre otros.

I

EL ABORTO DESDE EL PUNTO DE VISTA SANITARIO

1. Concepto y doctrina

1.1. Introducción

Respecto a este tema son aconsejables unas consideraciones previas, puesto que a pesar de ser uno de los procedimientos que más se realiza a la mujer (en 2008 se practicaron 115.812 Abortos provocados), y a pesar de su registro, no se tiene demasiada conciencia de ello. Recientemente, empieza a aparecer esporádicamente en los tratados, libros, revistas especializadas o en las carreras de medicina y enfermería de algunas universidades, pero seguimos aún teniendo carencias importantes, como es en la formación de especialistas o en la toma de conciencia de sus características y volumen.

1.2. Denominación

Este procedimiento se ve denominado de muchas maneras: Aborto Provocado (AP), Aborto Inducido (AI), finalización voluntaria del embarazo, Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), Interrupción Legal del Embarazo (ILE), entre las más frecuentes, lo cual induce a confusión puesto que se puede pensar que estamos hablando de diferentes cosas cuando en realidad nos estamos refiriendo a los mismos procedimientos. Sin embargo el personal sanitario especializado, la ley, la prensa y el público utilizan la palabra “Aborto”. Creemos que sería aconsejable una denominación médica unificada lo más clara posible, con su definición, para beneficio del sector sanitario y, sobre todo, de las mujeres que acceden a este servicio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) denomina aborto a “la interrupción de una gestación antes de la viabilidad fetal” (Resolución técnica 461). En la práctica sanitaria adjetivamos el aborto según las circunstancias acompañantes, como “en curso”, “completo”, “incompleto”, “retenido”, etc. Resulta lógico también en este caso denominarlo aborto y adjetivarlo indicando sus circunstancias. Los anglosajones utilizan el término “Induced Abortion” (IA), pero en castellano, inducción, se asocia a la utilización de fármacos para provocar la expulsión fetal y para esta práctica hay métodos farmacológicos y quirúrgicos, por lo que se propone la denominación de Aborto Provocado (AP) que abarcaría a ambos y sería el procedimiento por el que se consigue un aborto de cualquier manera no natural. Además es la utilizada por parte de las instituciones internacionales de salud reproductiva como la IPPF (Internacional Planned Parenthood

Federation) o la especializada Alan Guttmacher Institute, también por las asociaciones de planificación familiar y es la que se usará en este texto.

Esta práctica sanitaria, a diferencia de la medicina en general, es regulada por leyes específicas que varían según los estados e incluso en un mismo país, lo que hace que no siempre se puedan aplicar criterios ni comportamientos uniformes.

1.3. Definición

El Aborto Provocado (AP) se puede definir como: “Evacuación total intencionada del contenido de un útero gestante, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”³, que contiene la finalidad del acto, asume el concepto de la OMS y el de la legislación al uso.

1.4. Técnicas

Para evacuar el contenido uterino: nasciturus (potencial futuro nacido), saco y placenta, podemos utilizar técnicas (Tabla 1) farmacológicas y quirúrgicas, considerándose que si resta en el útero el total o parte de dichas estructuras, la técnica ha fracasado. No hay técnicas propias del primer o del segundo trimestre puesto que algunas se solapan; lo que sí hay son centros acreditados para menos o más de 12 semanas, con exigencia de requisitos distintos.

Se denominan técnicas farmacológicas o médicas cuando se utilizan fármacos para conseguir una evacuación completa uterina, sin ninguna técnica instrumental complementaria. Las denominamos técnicas instrumentales o quirúrgicas si se utilizan instrumentos, aunque para facilitar la acción o hacerla más segura se utilicen fármacos.

- Las **técnicas farmacológicas** del Aborto Provocado son la mifepristona sola (RU 486) (oral), prostaglandinas solas (oral o vaginal), methotrexate (oral o IM) más prostaglandinas (oral o vaginal), mifepristona (oral) más prostaglandinas (oral o vaginal), prostaglandinas E1 (oral o vaginal) más oxitócicos (endovenosos) y, por último, intraoculares (suero salino/ urea/ prostaglandinas).
- Las **técnicas quirúrgicas** del Aborto Provocado son la dilatación y legrado, la dilatación y aspiración, la dilatación y evacuación, la histerotomía o microcesárea y la histerectomía.

³ Barambio S, Ramirez A, Xercavins J, “Intercepción postcoital. Interrupción voluntaria del embarazo”. En: Vanrell J, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P, *Fertilidad y Esterilidad Humanas II*. 2a ed. Barcelona: Masson; 1999.p.434-438.

Tabla 1. Técnicas de Aborto Provocado

Técnicas de Aborto Provocado	
FARMACOLÓGICAS	QUIRÚRGICAS
Mifepristona (RU 486) (oral)	Dilatación y legrado (DyC)
Prostaglandinas solas (oral/vaginal) (P)	Dilatación y aspiración (DyA)
Methotrexate (oral/IM)+Prostaglandinas (oral/vaginal)	Dilatación y evacuación (DyE)
Mifepristona (oral)+Prostaglandinas (oral/vaginal) (MyP)	Histerotomía o microcesárea
Prostaglandinas E1 (oral/vaginal)+Oxitócicos (endovenosos) (EyO)	Histerectomía
Intraovulares (suero salino/urea/prostaglandinas)	

Las diferentes técnicas del Aborto Provocado se utilizan en relación a las semanas de amenorrea de la gestante. Los métodos más recomendados y más utilizados siguiendo este criterio son la dilatación y aspiración (DyA) entre la cuarta y la decimosegunda semana, la mifepristona más prostaglandinas (MyP) entre la cuarta y la sexta semanas y de la decimoquinta semana en adelante y las prostaglandinas E1 más oxitócicos (EyO) de la decimoséptima semana en adelante. Otros métodos menos recomendados, pero también bastante utilizados son la dilatación y legrado (DyC) entre la quinta y la decimosegunda semana, las prostaglandinas solas (P) entre la quinta y octava semanas y a partir de la decimocuarta semana en adelante. Dichos métodos, más otros citados en la Tabla 1, están actualmente en investigación en diferentes intervalos de amenorrea.

En última instancia, la técnica debe elegirse en función de un conjunto de circunstancias como son las semanas de gestación, las condiciones anatómicas de la gestante, antecedentes gineco-obstétricos de la misma y las características del embarazo a interrumpir, utilizándose más unas u otras según el nivel de especialización del centro y los conocimientos y pericia de sus prácticos.

1.5. Procedimientos y resultados

La Ley General de Sanidad Española (14/1986) dice: “el paciente será informado oral y por escrito de su diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento”, es necesario pues, salvo que no haya otra alternativa, explicar a la usuaria verbal y por escrito, todas las técnicas, sus ventajas e inconvenientes, se practiquen o no en el centro que informe y la mujer decidirá según su criterio, firmando un consentimiento para el método elegido.

1.5.1. Quirúrgicos

Distinguimos los instrumentales y los propiamente quirúrgicos, que utilizando también instrumentos crean una solución de continuidad en el organismo.

En el primer trimestre de la gestación los métodos instrumentales son la Dilatación y el Curetaje (DyC) o legrado clásico y la Dilatación y Aspiración (DyA). La DyC consiste en la dilatación del canal cervical mediante una varilla metálica, tras lo cual se introduce una legra o cureta y se raspa suavemente la capa interna del útero (endometrio) para evacuar su contenido. La DyA se basa en la introducción, tras la dilatación instrumental necesaria o posible del canal cervical uterino, de cánulas flexibles o rígidas, rectas o curvas, mono o bifenestradas, del diámetro adecuado o posible, en el interior de la cavidad uterina, aspirándose el contenido gracias a un sistema de vacío conectado que se situará entre los 0,4 y los 0,6 Bars negativos. La DyA se utiliza normalmente, en manos experimentadas, hasta la 14 semana.

En el segundo trimestre, más concretamente a partir de la 14 semana y hasta la 20-22 semanas, los métodos instrumentales en a Dilatación y Evacuación (DyE), es decir, en la utilización de fórceps o pinzas, preferentemente las especialmente diseñadas por Finks, McClintocks, Bierer, Shoper o Hern, que introducidas a través del canal cervical, tras dilatarlo lo necesario o lo posible, permiten fragmentar el contenido uterino y extraerlo a través del mismo⁴. Hay autores que recomiendan, antes de proceder a la dilatación instrumental del canal cervical, su preparación previa con prostaglandinas⁵ y/o dilatadores osmóticos que facilitan el dilatar lo adecuado para la extracción en un tiempo, evitando el tener que conseguir la dilatación en varios tiempos. Esto último quiere decir que se colocan un número progresivo de laminarias o dilatadores osmóticos con intervalos de varias horas entre cada acto, durante días incluso, hasta la dilatación deseada.

Los propiamente quirúrgicos son con laparotomía, como la Histerotomía o Microcesárea, (corporal o fúndica) y la Histerectomía, para la extracción del contenido uterino.

Los métodos instrumentales y quirúrgicos tienen el 100% de resultados salvo impericia. Los métodos instrumentales se pueden englobar en los procedimientos aptos para practicar en unidades de cirugía ambulatoria, no así los quirúrgicos que requieren capacidad de recuperación prolongada, corta estancia o ingreso, según el caso.

⁴ Grimes DA, Schulz KF, Cates W. "Methods of midtrimester abortion: which is safest?" *Int J Gynaecol Obstet*, 1977; 15:184-8.

⁵ MacIsaac L, Grossman D, Balistreri E. "A randomised controlled trial of laminaria, oral Misoprostol and vaginal Misoprostol before abortion". *Obstet Gynecol*, 1999; 93:766-70.

1.5.2. Farmacológicos

Estos métodos persiguen la expulsión del material gestacional usando fármacos por vía parenteral, oral, vaginal, intracervical, intraamniótica o en combinaciones.

Entre los abortifacientes utilizados se encuentran la clásica oxitocina por vía endovenosa o más actuales como los análogos de las prostaglandinas (PGE1, PGE2, PGF2a, etc.) y los antiprogestágenos como la Mifepristona (RU486).

Las prostaglandinas son hormonas que ablandan el cérvix, provocan contracciones uterinas y se utilizan por vía oral o vaginal para madurar el cuello del útero antes de la terminación quirúrgica del embarazo o para la terminación médica del embarazo. Las prostaglandinas utilizadas con más frecuencia son el Gemeprost por vía vaginal y el Misoprostol por vía oral o vaginal.

El Misoprostol es un análogo de las prostaglandinas registrado para su uso en la prevención y el tratamiento de las úlceras gástricas inducidas por fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE). Tiene un importante efecto uterotónico y se utiliza para inducir la terminación del embarazo de forma ilegal en algunas partes del mundo.

La Mifepristona es un antiprogestágeno; bloquea los receptores para la progesterona y los glucocorticosteroides y aumenta la sensibilidad del útero a las prostaglandinas (Bygdeman 1985). Este bloqueo causa la ruptura de los capilares maternos en la decidua, la síntesis de prostaglandinas por el epitelio de las glándulas deciduales y la inhibición de la prostaglandina deshidrogenada (WHO 1997).

Se ha demostrado que la Mifepristona administrada sola provoca el aborto sólo en un 60% a 80% de los casos, según la edad gestacional y la dosis administrada (WHO 1997). Sin embargo, la combinación con una prostaglandina en una amenorrea de hasta 49 días provoca el aborto completo en alrededor del 95% de los casos. El efecto de la Mifepristona tiene lugar en un período de 24 a 48 horas. Por consiguiente, las prostaglandinas se administran generalmente después de 36 a 48 horas. No se conocen dosis óptimas de Mifepristona ni de Misoprostol y se utilizan diferentes regímenes.

El Metotrexato es un antagonista del ácido fólico que inhibe la síntesis de purina y pirimidina y es citotóxico para el trofoblasto. En 1993 se utilizó por primera vez el Metotrexato con Misoprostol para la interrupción del embarazo en el primer trimestre (Creinin 1993, Grimes 1997).

Hasta las 7-9 semanas los antiprogestágenos como la Mifepristona (600mg) vía oral deben asociarse a prostaglandinas (PGE1), normalmente Misoprostol (400mcg) por vía oral o vaginal o Gemeprost (1mg) vaginal a las 36-48 horas, puesto que la Mifepristona sola, presenta un 20% de fracasos y el 98% en las primeras 48 horas, consiguiéndose con la combinación, la expulsión en el 83% al 95% de los casos, según autores. Hay trabajos publicados con Misoprostol solo, por vía vaginal, en varias dosis (400 a 1.000 mcg) y repetidas en intervalos de 3 y 24 horas, obteniéndose alrededor del 90% de las expulsiones. Estos métodos requieren para completar el proceso entre 4 y 15 días. Con Methotrexate oral

o intramuscular y Misoprostol vaginal se obtienen 90-95% de abortos, pero a los 35 días, por lo que es una técnica que está abandonándose en los países que disponen de Mifepristona. No se deben abordar métodos farmacológicos sin una cobertura sanitaria adecuada para atender las posibles complicaciones, fracasos y efectos secundarios que puedan requerir intervenir o tratamiento como dolor, náuseas, vómitos, temperatura elevada y diarrea, que se presentan con frecuencias variables, iéndose publicaciones de hasta el 50%⁶. Entre la 9 y la 15 semana menguan los resultados de los métodos farmacológicos.

En el segundo trimestre aún se utilizan la instilación intrauterina de fármacos, como suero salino hipertónico, urea, prostaglandinas o combinaciones que consiguen la muerte fetal y la inducción de contracciones, algunos autores apoyan con la perfusión endovenosa de oxitocina o prostaglandinas. Estas técnicas en USA han descendido en su uso del 58% en 1974 al 0,5% en 2001⁷.

Así mismo, hay métodos médicos basados en la inducción de contracciones uterinas con oxitocina o análogos de las prostaglandinas por solución endovenosa⁸, vía vaginal⁹, gel intracervical extraamniótico¹⁰, intramuscular o combinaciones.

1.6. Apoyos

Es importante en cualquier modalidad de AP, e apoyo de la ecografía y la profilaxis o cobertura antibiótica que colaboran en la disminución de las complicaciones.

La analgesia y la anestesia son recomendables en este procedimiento, acompañado siempre, en mayor o menor grado, de dolor. En los instrumentales y las inducciones se dispone de anestesia local, paracervical o en úterosacros, o la regional peri o intradural; aunque las técnicas de sedación, asociadas o no a anestesia local ofrecen el mayor nivel de confort y de posibilidades ambulatorias.

⁶ Carbonell J. "Early abortion with 800 mg of misoprostol by the vaginal route". *Contraception*, 1999; 59:219-225.

⁷ Lilo T y cols, *MMWR CDC Surveill Summ Nov 26, 2004*; 53(SS-09):1-32.

⁸ Pepe F, Gulisano AS, Panella M, Pepe P, Panella P. "Induction of abortion by PGF2 alpha in the second trimester of pregnancy". *Clin Exp Obstet Gynecol* 1988; 15:94-7.

⁹ Jain J, Mishell D. "A comparison of intravaginal misoprostol with prostaglandin E2 for termination of second-trimester pregnancy". *N Engl J Med*, 1994; 331:290-3.

¹⁰ Hill NC, Selinger M, Ferguson J, MacKenzie I. "Mid-trimester termination of pregnancy with 16, 16-dimethyl-trans-delta 2 PGE1 vaginal pessaries: a comparison with intra-and extra-amniotic prostaglandin E2 administration". *Int J Gynaecol Obstet*, 1991; 35:337-40.

1.7. Contraindicaciones

Los métodos instrumentales pueden estar contraindicados cuando existen modificaciones del canal cervical y/o de la cavidad uterina, sea por alteraciones anatómicas, patologías tumorales o cirugías previas. En especial para la práctica de la DyE, debe valorarse bien el cérvix cuando hay amputación o conización previas, ya que éstas aumentan el riesgo de desgarro cervical o disrupción.

Los métodos farmacológicos tienen como contraindicaciones las propias de los fármacos y en el segundo trimestre la cirugía previa uterina¹¹ por el riesgo de rotura uterina.

Cuando estén contraindicados o fracasen ambos métodos, instrumental y médico, deberá recurrirse a métodos quirúrgicos como la Histerotomía, teniendo en cuenta su porcentaje de complicación más elevado y que los embarazos posteriores serán de riesgo. La Histerectomía no es un método para la práctica de un AP, pero puede considerarse si ya estuviera indicada en ausencia de embarazo.

1.8. Complicaciones y fracasos

Las complicaciones de los APs se clasifican clásicamente en menores y mayores³. Las menores más frecuentes son: fiebre de menos de 24 horas, desgarro cervical, adherencias cérvico-uterinas, perforación no complicada o reintervención no urgente (restos, hematometra). Y las mayores: cirugía no prevista, transfusión y Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).

La clasificación contempla complicaciones inmediatas, mediatas y tardías, pero no las asociadas a la reproducción posterior que clásicamente se han relacionado con el aborto, como esterilidad, prematuridad, rotura precoz de membranas, placenta previa y embarazo ectópico.

Tras una revisión de la literatura entre 1983 y 1999¹² comparando complicaciones en países desarrollados, “semidesarrollados” (con Ley del aborto pero tratamiento poco clínico por condiciones sociales) y en vías de desarrollo, se puede decir que los países desarrollados con AP legalizado y buen tratamiento clínico presentan cifras muy bajas o no significativas en relación con la reproducción posterior¹³ y los países en vías de desarrollo y

¹¹ Rene AMJ, Vaz-Romero M. “Utilización clínica de las prostaglandinas en Obstetricia”. *Clin Invest Gin*, 1986; 13:237-43.

¹² Barambio S. “Fertilitat Despres de l’Interrupcio Voluntaria de l’Embaras.” En: XII Simposi de la Societat Catalana de Contracepcio; 1999: Barcelona, Espana.

¹³ Lurie S. “Induced midtrimester abortion and future fertility, where are we today?” *Int J Fertil Menopausal Stud*, 1995 Nov; 40(6):311-5.

AP clandestino o los países en semidesarrollo sin buen abordaje clínico presentan cifras más altas y más significativas¹⁴. Buenas condiciones clínicas, asepsia y cobertura antibiótica parecen ser la explicación más plausible de dichas diferencias¹⁵.

¹⁴ Okonofua FE. "Pregnancy outcome after illegal induced abortion in Nigeria: a retrospective controlled historical study". *Afr J Med Med Sci*, 1994Jun; 23(2):165-9.

¹⁵ Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H, Vale L. "A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion". *Br J Obstet Gynaecol*, 1998 Jun; 105(6):599-604.

2. Procedimiento de actuación para la interrupción voluntaria del embarazo en Castilla y León¹⁶

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, (BOE nº 55, de 4 de marzo) (Anexo I) el pasado 5 de julio de 2010, se han introducido novedades y modificaciones en el proceso de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) que han hecho necesario actualizar el procedimiento para la tramitación de la IVE en el Sistema de Salud de Castilla y León.

Dichas novedades han sido desarrolladas por el Real Decreto 825/2010, de 25 de junio (Anexo II), de desarrollo parcial de la citada ley, así como por el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio (Anexo III), de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo (BOE nº 155, de 25 de junio).

De acuerdo con lo anterior, la Gerencia Regional de Salud ha regulado un nuevo procedimiento para la interrupción voluntaria del embarazo en el Sistema de Salud de Castilla y León.

Dicho procedimiento contempla, en el supuesto de IVE a petición de la mujer (hasta 14 semanas de gestación), que el punto de contacto inicial de la mujer pueda producirse tanto en los diferentes niveles asistenciales del sistema de salud, como en la red de atención social u otros servicios comunitarios. Desde cualquiera de estos dispositivos la mujer debe ser remitida a su centro de salud para iniciar el proceso.

Una vez en su centro de salud, el profesional de atención primaria que atienda en primera instancia a la mujer, ya sea médico o matrona, debe primeramente confirmar el embarazo, y tras la manifestación de la mujer de su intención de proceder a su interrupción, emitirá la solicitud de una ecografía para comprobar la edad gestacional. Después, dirigirá a la mujer al trabajador social o persona que se determine del centro de salud para proceder al protocolo de la entrega de la información correspondiente.

A parte de proporcionar a la mujer la información pertinente, el trabajador social o persona designada para tal fin, deberá informar a la mujer del tratamiento confidencial de sus datos. Además, tendrá que cumplimentar correctamente el “Modelo CyL-Ley 2/2010” (Anexo IV), separarlo físicamente y adherir una de las partes al sobre que contiene la información. También se encargará de remitir a la Gerencia de Salud de Área correspondiente la solicitud de IVE, garantizando siempre la confidencialidad de los datos y los plazos previstos por la ley. La solicitud (Anexo V), en caso de que la mujer solicitante sea mayor de 16 años, deberá ser cumplimentada y firmada por ella; en caso de que la mujer sea menor de esa edad, la solicitud (Anexo VI) deberá contar con el consentimiento de un representante legal. En caso de que la interrupción del embarazo no pueda realizarse

¹⁶ Disponible en: www.jcyl.es

en el hospital público de referencia, se remitirá con carácter inmediato a la Gerencia de Salud de Área correspondiente la información pertinente (Anexo VII).

Una vez recibida y procesada esta documentación, la Gerencia de Salud de Área emitirá la autorización y facilitará a la mujer fecha y hora de la cita para que la IVE pueda realizarse en el correspondiente centro autorizado. De igual manera, se le comunicará que deberá presentarse con el resguardo del sobre entregado, mediante el cual el centro acreditado público o privado deberá comprobar que han transcurrido al menos 3 días desde la recepción de la documentación incluida en el sobre. Además los documentos que circulen entre la Gerencia de Salud de Área y el centro donde se realice la intervención deberán ir firmados y sellados, y los datos identificativos de la mujer tendrán que ir codificados.

En los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas, se contempla que la causa que la motive se habrá detectado en el contexto de un embarazo en seguimiento, en atención especializada, por lo que el procedimiento se iniciará, habitualmente, en dicho nivel de atención. No obstante, alguno de los casos del supuesto del Art. 15a (riesgo para la salud o la vida de la embarazada) puede iniciarse en atención primaria.

En cualquiera de dichos supuestos, el profesional sanitario que atienda a la mujer le proporcionará la información general pertinente.

Si en alguno de estos casos la mujer decide interrumpir el embarazo y éste no puede realizarse en el hospital público al que esté adscrita la zona básica de salud de la mujer, el trabajador social del hospital, o persona que se determine, tramitará la solicitud a la Gerencia de Salud de Área correspondiente para que autorice su realización en otro centro. En el caso de que el centro sea concertado, se deberá remitir a dicho centro la solicitud de IVE cumplimentada por la mujer de acuerdo con los modelos anteriormente expuestos; el informe médico correspondiente a cada supuesto, debiendo acompañarse de las pruebas diagnósticas que en cada caso fundamenten el dictamen; y la ecografía obstétrica o informe ecográfico que acredite de forma fidedigna la edad gestacional en los supuestos de los Art. 15 a y 15 b.

Una vez recibida esta documentación, la Gerencia de Salud de Área tramitará y emitirá la autorización y facilitará a la mujer fecha y hora de la cita para que la IVE pueda realizarse en el correspondiente centro autorizado.

Además, en el supuesto del Art. 15 c, enfermedad fetal extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico en cualquier semana de gestación, se requiere inicialmente un dictamen emitido por un médico especialista distinto al que practique la intervención. Este supuesto deberá ser confirmado por el comité clínico constituido a estos efectos en el hospital de área correspondiente.

Si una vez informada por los profesionales acerca de las anomalías que sufre el feto y de los riesgos y consecuencias previsibles, la mujer manifiesta su intención de interrumpir la gestación, será derivada al trabajador social del hospital o persona que se determine en

cada centro. Dicha persona El trabajador social proporcionará a la mujer la información general y la hará saber que se precisa confirmación diagnóstica por parte del comité clínico de su hospital de referencia, para autorizar la interrupción. También le facilitará la solicitud para la valoración del caso por parte del comité clínico (Anexo VIII), que deberá presentar en el registro de su hospital de referencia dirigido a la Dirección Médica. Asimismo, le informará de su derecho a elegir uno de los médicos especialistas que formará parte del comité clínico que evaluará su caso, así como al miembro del comité clínico que lo sustituirá.

Una vez confirmado el diagnóstico por parte del comité clínico y comunicado a la mujer, si ésta decide interrumpir el embarazo y no puede realizarse en el hospital público al que esté adscrita la zona básica de salud de la mujer, el trabajador social del hospital tramitará la solicitud a la Gerencia de Salud de Área correspondiente para que autorice su realización en centro acreditado público o privado. En caso de ser un centro concertado se deberá remitir la solicitud de IVE cumplimentada por la mujer de acuerdo con los modelos anteriormente expuestos, el dictamen médico y el informe de confirmación diagnóstica del comité clínico, que deberán ir acompañados de las pruebas diagnósticas que en cada caso fundamenten el dictamen.

Una vez recibida esta documentación, la Gerencia de Salud de Área tramitará y emitirá la autorización y facilitará a la mujer fecha y hora de la cita para que la IVE pueda realizarse en el correspondiente centro autorizado.

El comité clínico es un órgano de carácter consultivo que se limitará a constatar que la enfermedad diagnosticada al feto es extremadamente grave e incurable. En ningún caso autorizará o denegará la práctica de la intervención. En Castilla y León existirá un comité clínico por cada área de salud (11 en total), y el nombramiento de los miembros de los mismos, titulares y suplentes, será publicado en BOCYL.

En el nuevo protocolo para la interrupción voluntaria del embarazo redactado por la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, también se hace referencia al tipo de información que se le tiene que facilitar a cada mujer y el procedimiento a seguir para el tratamiento de los datos.

Con respecto a la información que se ha de proporcionar a la mujer previamente al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo, establece que será diferente según las circunstancias concretas de cada caso. Así, el trabajador social o persona designada deberá proporcionar, a todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una IVE, el documento de información general (Anexo IX), que versa sobre los métodos los métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para su interrupción previstas en la Ley, los centros públicos y acreditados que puedan llevar a cabo la IVE, los trámites para acceder a la prestación y las condiciones para su cobertura por el Sistema de Salud de Castilla y León. Dicha información podrá ser prestada verbalmente, bien de forma directa, bien telefónicamente o por medios electrónicos o telemáticos.

Además, establece la necesidad de entregar información adicional a las mujeres incluidas dentro del supuesto del Art. 14 (IVE a petición de la mujer dentro de las primeras

catorce semanas de gestación) y del Art. 15b (riesgo de graves anomalías fetales detectadas antes de la semana 22 de gestación). A las primeras, las incluidas en el Art. 14, se les proporcionará un sobre cerrado con información acerca de los derechos, ayudas, beneficios y prestaciones al embarazo, el parto, el postparto, el nacimiento y el cuidado y atención de los hijos que se recogen en los siguientes documentos:

- Información sobre la IVE establecida por la legislación del Estado: “Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad” (Anexo X).
- Información sobre la IVE establecidas por la legislación de la Comunidad de Castilla y León: “Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad” (Anexo XI).

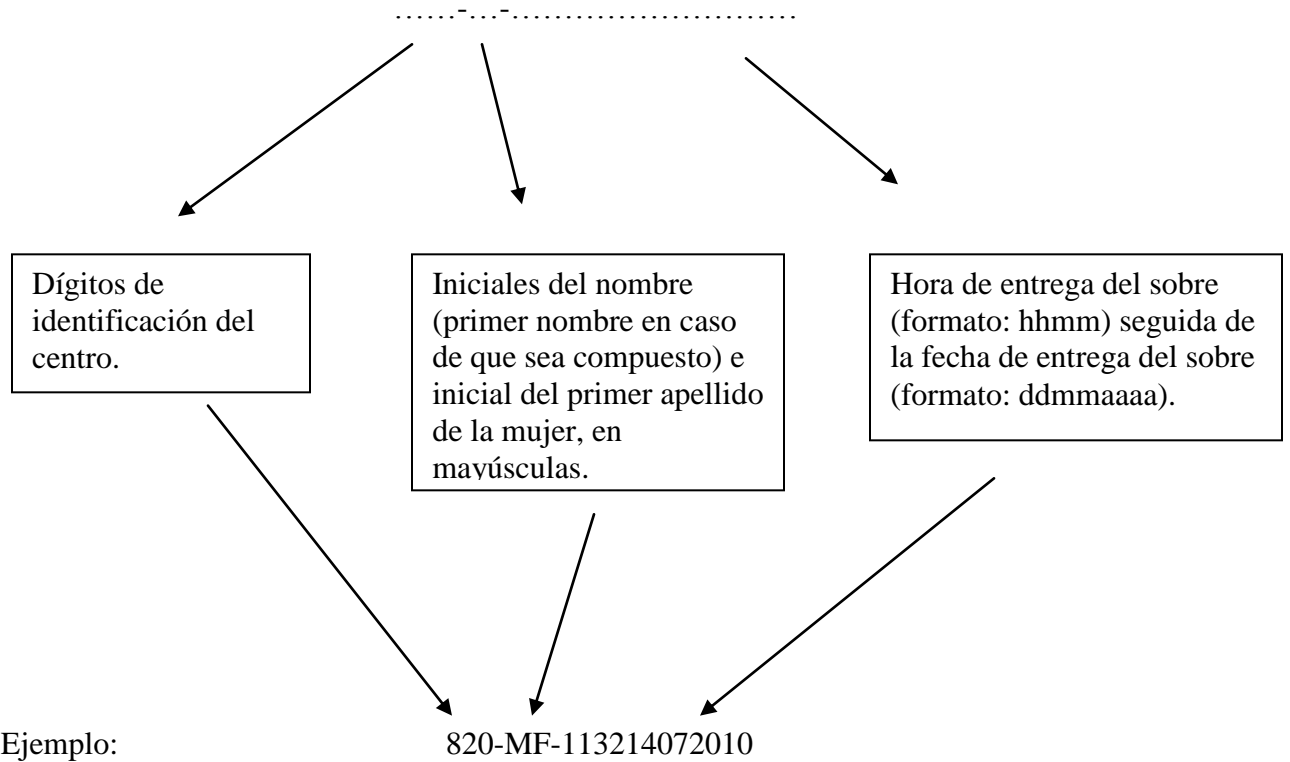
A las segundas, las incluidas en el artículo 15b, se les entregará un sobre cerrado con información acerca de los derechos, ayudas, beneficios y prestaciones públicas de apoyo a la autonomía de las personas con discapacidad y redes y organizaciones sociales de asistencia a las mismas:

- Información sobre la IVE establecida por la legislación del Estado: “Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad” (Anexo XII).
- Información sobre la IVE establecidas por la legislación de la Comunidad de Castilla y León: “Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad” (Anexo XIII).

Cada sobre habrá de ser entregado personalmente a la mujer gestante interesada y, además, la información contenida en ellos puede ser ofrecida verbalmente, si así se solicita. En estos supuestos, la información nunca podrá ser facilitada telefónicamente o por medios electrónicos, ni ser enviada por correo.

Estos sobres no se entregarán a las mujeres incluidas en los supuestos del Art. 15^a (embarazo que no supere las 22 semanas y exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada) ni en el Art. 15c (enfermedad fetal extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, en cualquier semana de gestación).

Con respecto al proceder en el tratamiento de datos de la paciente, la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León establece una serie de normas. El personal designado del centro deberá cumplimentar el documento acreditativo de la entrega del sobre: “Modelo CyL-Ley 2/2010” (Anexo IV). Este documento consta de dos partes separables; un ejemplar para la mujer, que debe adherirse al sobre que se le entrega, y otro ejemplar que quedará archivado en el centro sanitario. Los datos recogidos en ambos ejemplares deberán ser coincidentes. A fin de garantizar la confidencialidad e intimidad de la mujer gestante no se incluirán datos que identifiquen de manera inequívoca a la mujer, no obstante se incluirá información que, en caso necesario, permita cotejar los datos del documento entregado a la mujer con los del ejemplar archivado en el centro. Con este fin se asignará un código a cada documento.



En el ejemplo anterior se trataría del código asignado al sobre entregado a María Fernández, en el centro con código 820, a las 11:32 h. del día 14 de julio de 2010

El documento deberá ser firmado por el responsable de la entrega, pero en ningún caso constará la firma de la interesada. Por último, se sellará el documento en el espacio reservado para el sello del centro.

3. La objeción de conciencia

En una misma sociedad existen diferentes valores y creencias, distintos puntos de vista para un mismo hecho. La pluralidad ideológica es lo que enriquece al colectivo social, pero también es lo que hace que determinados temas creen un conflicto colectivo y/o personal.

La objeción de conciencia surge cuando el cumplimiento de un deber jurídico entra en colisión con los deberes morales. El deber jurídico debe tener su origen en un deber positivo, es decir, se obliga a hacer algo, no a no hacer; el deber moral no necesita justificación jurídica, aunque hay derechos constitucionales que le avalan (artículo 16 de la Constitución Española).

Un derecho constitucional es aquel que aparece de forma implícita en la Constitución y que necesita de normas legales que lo desarrollen para poder apelar a ello. Por tanto, la objeción de conciencia es un derecho constitucional a resistirse, a no cumplir lo legalmente establecido o los mandatos de la autoridad, cuando éstos contradicen los propios principios morales.

En el caso de la interrupción voluntaria del embarazo, el conflicto surge como consecuencia de la colisión de varios derechos reconocidos en la Constitución Española. De una parte, el derecho a la libertad ideológica (artículo 16) para el personal sanitario, en el que se sustentan los principios morales individuales; y de otra, la amplia interpretación del artículo 10 de la Constitución, el derecho a la garantía de las prestaciones sanitarias (artículo 41) y el derecho a la protección de la salud (artículo 43) para la mujer que desee abortar. Además, en esta consideración, entra en juego otro matiz: la interpretación que se le dé al término “salud”.

En consecuencia, se ha de salvaguardar, por un lado, la libertad de conciencia del personal sanitario y la garantía de que no podrá ser discriminado por motivos de opinión y, de otra parte, la prestación de un servicio prevista por la sanidad pública y amparada por la legislación vigente.

Por consiguiente, son tres las variables a considerar: el ejercicio de derechos individuales por dos partes (del personal sanitario y de la mujer demandante) y la prestación de un servicio público, debiendo el Estado disponer las medidas oportunas para evitar que entren en colisión.

España y Suecia son los dos únicos países de la Unión Europea que no regulan la objeción de conciencia respecto a la interrupción voluntaria del embarazo. No obstante, la nueva Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, en su artículo 19.2, deja una puerta abierta a dicho derecho y a su futura reglamentación. Por el momento, la nueva normativa establece que el personal sanitario implicado directamente en la intervención tiene derecho a objetar de forma individual, y dicha manifestación debe presentarse anticipadamente y por escrito.

Ante esta situación de incertidumbre, son numerosas las instituciones y organismos que han reclamado una reglamentación detallada a cerca de este tema. Así, el pasado 2 de julio, el presidente de la Organización Médica Colegial, Juan José Rodríguez Sendín, exigió una ley que garantice el derecho de los médicos a la objeción de conciencia. Además aseguró que objetar “no es pretender que se cambie la norma”, sino pedir respeto para el profesional que no quiere “hacer aquello en lo que no cree”¹⁷.

En la misma fecha, el presidente de la Asociación Española de Derecho Sanitario (AEDS), Ricardo de Lorenzo, también manifestó en rueda de prensa la necesidad de regular la objeción de conciencia ya que considera “insuficiente” para garantizar la seguridad jurídica de profesionales y pacientes la primera y única referencia legal a este derecho, recogida en la nueva ley del aborto¹⁸.

También la primera semana de julio de 2010, Joan Monés, miembro de la Comisión Central de Deontología de la OMC, incidió en el mismo asunto. Además difundió una declaración del organismo al que pertenece sobre la objeción de conciencia, en la que se recalca que el médico “puede y debe negarse a realizar prácticas médicas que vayan contra los dictados de su conciencia”¹⁹.

Por su parte, la Comisión de Salud de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha pedido a los Gobiernos de los países de la Unión Europea que regulen específicamente la objeción de conciencia en el ámbito sanitario.

Así pues, cabría concluir que, con relación a la objeción de conciencia por parte del personal sanitario, es necesaria una reglamentación que garantice la total libertad de opinión y la proteja como bien jurídico.

En consecuencia se podría decir que la objeción de conciencia del personal sanitario que interviene en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo es un problema que se ha de resolver entre el individuo que objeta y el Estado que, a su vez, se compromete a la prestación de un servicio.

¹⁷ “Los médicos piden una ley que les garantice la objeción de conciencia en el aborto”, *La Razón*, 2 de julio de 2010.

¹⁸ “Los médicos piden una ley de objeción de conciencia”, *El País*, 5 de julio de 2010.

¹⁹ “Los médicos subrayan la objeción de conciencia”, *diariodenavarra.es*, 3 de julio de 2010.

II

ASPECTOS LEGALES

1. La legislación española sobre el aborto

1.1. Antecedentes

La legislación relativa al aborto en España ha tenido un recorrido complejo plagado de incidentes políticos y de polémicas manifestaciones de uno u otro signo.

El antiguo Código Penal databa de 1944; en sus orígenes era acorde con el derecho penal autoritario en auge en la Europa del momento y penaba la práctica del aborto en cualquier circunstancia. Con la llegada de la democracia, dicho Código Penal experimentó numerosas reformas y modificaciones para adecuarlo al nuevo sistema. Una de estas reformas afectó directamente al tema que nos ocupa.

En 1985 se promulgó la Ley Orgánica 9/1985 de 5 de julio, que entró en vigor el 1 de agosto de ese mismo año. Dicha ley tuvo un camino difícil hasta su aprobación.

El 6 de octubre de 1983, el Congreso de los Diputados aprobó el proyecto de ley que modificaba el artículo 417 bis del Código Penal y despenalizaba tres supuestos de interrupción voluntaria del embarazo. El texto recibió 186 votos favorables por parte del Grupo Parlamentario Socialista y de tres diputados de la Minoría Catalana; 109 votos negativos por parte del Grupo Popular, los centristas, el Grupo Vasco y el resto de los integrantes de la Minoría Catalana; y cuatro abstenciones por parte de los comunistas y el representante de Euskadiko Ezkerra²⁰.

El 30 de noviembre de 1985, el proyecto de ley fue ratificado en el Senado, por 110 votos a favor, 45 en contra y tres abstenciones. Pero el Grupo Popular interpuso un recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional. Fue el 11 de abril de ese mismo año cuando dicho órgano consideró, con siete votos a favor y seis en contra, que el proyecto de ley no cumplía con las exigencias derivadas del artículo 15 de la Constitución, al no garantizar la vida humana en formación (*nacisturus*) en los casos de aborto terapéutico y eugenésico²¹.

Tras recoger las garantías jurídicas que exigió el Tribunal Constitucional y que fueron introducidas por las Cortes en una segunda lectura, la ley fue publicada en el Boletín

²⁰ “La ausencia de numerosos diputados facilitó la disciplina de voto de los parlamentarios en la reforma del Código Penal”, *El País*, 7 de octubre de 1983.

²¹ “El voto del presidente del Tribunal Constitucional, García Pelayo, decidió el fallo contra la ley del aborto”, *El País*, 12 de abril de 1985.

Oficial del Estado (BOE) el 12 de julio de 1985²². La modificación del artículo 417 bis quedaba así²³:

No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en un centro establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

1º: Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia o riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

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

3º: Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al afecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

En 1995 se promulgó un nuevo Código Penal, el actual; el cual, a través de la L.O. 10/1995, dejó vigente el artículo 417 bis del antiguo Código Penal.

En ese mismo año, el Gobierno del PSOE presentó un anteproyecto de ley para ampliar los supuestos del aborto estableciendo un cuarto que permitiese la interrupción voluntaria del embarazo cuando éste le supusiese a la mujer un conflicto personal, familiar o social; y siempre y cuando ella recibiese asesoramiento adecuado sobre las ayudas sociales y económicas disponibles en caso de tener el hijo y estuviese en las 12 primeras semanas de gestación. El texto fue aprobado por el pleno del Congreso el 14 de diciembre de 1995 con 180 votos a favor, 141 en contra y una abstención. Pero la convocatoria de elecciones anticipadas y la postura del PP y CiU impidieron los trámites para que pudiera llegar a tiempo al pleno del Senado²⁴.

²² “La ley despenalizadora del aborto entrará en vigor dentro de 20 días”, *El País*, 13 de julio de 1985.

²³ Boletín Oficial del Estado del 12 de julio de 1985.

²⁴ “El Congreso aprueba la ampliación del aborto con dos votos del PP y seis nacionalistas”, *El País*, 15 de diciembre de 1995.

1.2. La nueva Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo sobre salud sexual y reproductiva y sobre la interrupción voluntaria del embarazo

Tras un largo y duro debate social y político, finalmente se ha llevado a cabo una reforma legal en materia de aborto. La nueva ley que, si nada lo impide, regulará este tema a partir del 5 de julio de 2010, es la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La Ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones, los principios inspiradores de la ley y proclama los derechos que garantiza.

El Título Primero, bajo la premisa “De la salud sexual y reproductiva”, se articula en cuatro capítulos. En el capítulo I, que consta de dos artículos (5 y 6), se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. El capítulo II, articulado en otros dos puntos (artículos 7 y 8), contiene las medidas en el ámbito sanitario para garantizar una atención integral en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y el capítulo III, con otros dos artículos (9 y 10), se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV, con sólo un artículo (el 11), tiene como objeto la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

En el Título Segundo, bajo la premisa “De la interrupción voluntaria del embarazo” y articulado en dos capítulos, se regula dicha prestación sanitaria. En el capítulo I, que contiene seis artículos (del 12 al 17), se establecen las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo. En el capítulo II, articulado también en seis puntos (del artículo 18 al 23), se regulan las garantías en el acceso a la prestación.

La disposición adicional primera mandata que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta dicha Ley. La disposición adicional segunda impone al Gobierno la evaluación del coste económico de los servicios y prestaciones incluidos en la Ley así como la adopción de medidas previstas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la disposición adicional tercera se refiere al acceso a los métodos anticonceptivos y su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La disposición derogatoria deroga el artículo 417 bis del Código Penal introducido en el Código Penal de 1973 por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y cuya vigencia fue mantenida por el Código Penal de 1995.

La disposición final primera da nueva redacción al artículo 145 del Código Penal e introduce un nuevo artículo 145 bis, y la disposición final segunda modifica el apartado cuarto del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Finalmente, las restantes disposiciones finales se refieren al carácter orgánico de la ley, la habilitación al Gobierno para su desarrollo reglamentario, el ámbito territorial de aplicación de la Ley y la entrada en vigor que se fija en cuatro meses desde su publicación, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para su plena aplicación²⁵.

En lo que concierne a la regulación del aborto, la nueva ley establece un sistema de plazos combinado con tres supuestos.

El sistema de plazos determina que podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas a petición de la mujer, siempre y cuando se cumplan dos requisitos. La primera condición consiste en la entrega de información a la mujer en un sobre cerrado; información sobre ayudas públicas para la mujer embarazada, cobertura sanitaria durante el parto y puerperio, derechos laborales vinculados a la maternidad, beneficios de la misma, prestaciones para el cuidado de los hijos, datos sobre centros de orientación familiar y sobre asesoramiento de la interrupción voluntaria del embarazo. En concreto se trata de un texto de treinta páginas con el título *Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad*, elaboradas por un equipo del ministerio de Igualdad²⁶. También se incluye un segundo documento con datos sobre los apoyos a las personas con discapacidad -para el supuesto en el que se detecten alguna malformación o discapacidad-. Estos textos elaborados por el ministerio se complementan con un tercer documento confeccionado por cada comunidad autónoma, en el que se debe informar de las ayudas autonómicas; y en el que cada región puede incluir los datos que considere oportunos⁷. El segundo requerimiento es dejar transcurrir un plazo de al menos tres días desde la entrega de la información anteriormente mencionada y la realización de la intervención. Con esto se quiere garantizar que la mujer tenga acceso a todo tipo de información concerniente a su situación y que, al menos, disponga de un tiempo de reflexión para meditar y sopesar su decisión.

Además, también regula la interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas, en la que engloba tres supuestos. El primer supuesto es el peligro de la vida o salud materna, por el que se puede abortar hasta las veintidós semanas de gestación. El segundo supuesto es malformación fetal, por el que se establece el mismo plazo que en el anterior supuesto. Y el tercero es la detección de anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad fetal grave e incurable, en el que no se dispone plazo alguno para la intervención. En los dos primeros supuestos es necesario un informe emitido con anterioridad a la intervención por un médico especialista distinto al que la practique o dirija. En el tercer supuesto, aparte de la emisión de dicho informe, el diagnóstico deberá ser confirmado por un comité clínico.

Dicho comité clínico estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un

²⁵ Boletín Oficial del Estado, número 55, 4 de marzo de 2010.

²⁶ “Documentos legales y económicos para pensarse un aborto”, *El País*, 26 de junio de 2010.

pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas para que le emita el informe. En cada comunidad autónoma deberá haber, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública.

Por otro lado, la nueva ley introduce una novedad con respecto al tratamiento de los datos de la paciente. En el momento de la primera recogida de datos de la paciente, se le asignará un código que se utilizará para identificarla en todo el proceso⁶. Además la ley establece unas condiciones para el tratamiento de los datos que garantizan la total confidencialidad de la paciente.

El pasado 25 de junio el Gobierno aprobó dos Reales Decretos que desarrollan parcialmente la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Uno de ellos establece las bases para su entrada en vigor y el otro regula la homogenización de la calidad asistencial de esta prestación en todo el territorio²⁷.

²⁷ “El Gobierno aprueba dos decretos para que la nueva ley del aborto entre en vigor el 5 de julio”, *El País*, 25 de junio de 2010.

2. Análisis del desarrollo legislativo de la legalización del aborto en España

Los preludios del desarrollo legislativo del derecho al aborto tan sólo se remontan a mayo del pasado año 2009, cuando el Consejo de Ministros aprobó el anteproyecto de la nueva ley del aborto.

Desde entonces, y hasta nuestros días, se han ido sucediendo los hechos que a continuación se examinan cronológicamente²⁸.

El 14 de mayo de 2009, el Consejo de Ministros aprobó el anteproyecto de la ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, lo que suponía un cambio histórico en la regulación del aborto en España. Veinticuatro años después de que el aborto dejara de ser delito en algunos supuestos, una nueva normativa comenzaba su andadura hacia el Parlamento²⁹. Dicha norma contempla la interrupción libre del embarazo hasta la semana 14 de gestación y hasta la semana 22 en caso de riesgo para la salud o la vida de la embarazada o en caso de graves anomalías fetales. Además el texto sitúa en 16 años la mayoría de edad para abortar (con algunas modificaciones posteriores) y establece que ninguna mujer podrá ser penada con cárcel por someterse a un aborto.

El anteproyecto de ley fue remitido al Consejo Fiscal, al Consejo general del Poder Judicial y, por último, al Consejo de Estado.

El 23 de junio de 2009, el Consejo Fiscal, órgano de representación de los fiscales, aprobó un informe en el que sostenía la inconstitucionalidad del proyecto de ley debido a la “desprotección de *nacisturus* (el que va a nacer)”³⁰.

Este órgano está integrado por 12 miembros y, en caso de empate, el Fiscal General (apoyado por el Teniente Fiscal y el Fiscal Instructor) inclina la balanza con su voto de calidad. Pero para dicha ocasión, este esquema se vino abajo por el reciente fallecimiento del Fiscal Inspector y no haberse cubierto todavía la vacante³¹. A pesar de esto, el informe desfavorable al anteproyecto de ley fue aprobado por apenas seis votos frente a cinco. El texto avalado por la mayoría conservadora hacía referencia a cuatro puntos clave: el anteproyecto era considerado inconstitucional por la “desprotección del *nacisturus*”, por lo que no podía hablarse de un derecho; respecto a la posibilidad de que las adolescentes de 16 y 17 años pudiesen abortar sin el consentimiento paterno, el informe se pronunció en contra alegando el derecho de los padres a conocer el embarazo de su hija menor de edad; por otro lado se pedía que se concretaran los límites de los abortos posteriores a la semana 22 de gestación; y, por último, se exigía que también pudiesen formar parte de los comités clínicos los médicos que se hubiesen manifestado contrarios al aborto. Por otro lado, los

²⁸ “La legislación del aborto en la España democrática”, *El País*, 30 de junio de 2010.

²⁹ “El derecho a decidir la maternidad”, *El País*, 14 de mayo de 2009.

³⁰ “El Consejo Fiscal ve inconstitucional el sistema de plazos para abortar”, *El Mundo*, 24 de junio de 2009.

³¹ “El Consejo Fiscal cree que la nueva Ley del Aborto es inconstitucional”, *La Razón*, 23 de junio de 2009.

cinco miembros progresistas del Consejo emitieron un informe alternativo que también fue enviado al Gobierno.

Por su parte y por primera vez en la historia del órgano, el Consejo General del Poder Judicial no llegó a un acuerdo y no emitió ningún informe sobre el anteproyecto de ley.

Durante la reunión del pleno, el Consejo votó el informe redactado por Margarita Uría (vocal propuesta por el PNV) y aprobado por la Comisión de Estudios, que consideraba constitucional el anteproyecto presentado por el Gobierno. Dicho informe no logró una mayoría suficiente para su aprobación, ya que se registró un empate a diez votos; a favor los vocales propuestos por el PSOE y PNV, en contra los del PP y el presidente, y una abstención, la del vocal Ramón Camp, propuesto por CiU.

Tampoco recibió el respaldo suficiente otro texto presentado por el vocal conservador Claro José Fernández, contrario al anteproyecto del Ejecutivo y discrepante con el de la Comisión de Estudios. Ese informe recibió diez votos favorables por parte de los consejeros conservadores y once en contra por parte de los del PSOE, PNV y CiU.

Los vocales de la institución analizaron la posibilidad de hacer un tercer informe que, según explicó la portavoz del Poder Judicial, Gabriela Bravo, se descartó teniendo en cuenta que ya se habían pedido al Gobierno dos prórrogas del plazo previsto para emitirlo y porque "pese a los grandes esfuerzos y trabajos, no se ha conseguido consensuar" un texto³².

El informe de la Comisión de Estudios, cuya ponente fue la vocal Margarita Uría, avalaba la constitucionalidad del anteproyecto de ley del Gobierno y concluía que era similar a la de casi todos los países de la Unión Europea. Admitía la capacidad de las mujeres de 16 y 17 años para decidir, pero incidía en la oportunidad de que los padres fueran informados de que sus hijas menores de edad van a abortar. Pese a que aconsejaba informar a los padres, también reconocía que pueden darse "circunstancias excepcionales" que fundamenten la "no información en beneficio de la menor".

El vocal de CiU justificó su abstención a este informe porque aunque estaba de acuerdo "con la viabilidad constitucional de la introducción de un sistema de plazos para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo", considera que "no se ajusta a la Constitución, principalmente en relación al sistema de garantías"⁷.

El otro texto redactado por el vocal conservador estimaba inconstitucional algunos aspectos de la propuesta del Gobierno, en referencia al establecimiento de un sistema de plazos, que permite a la mujer interrumpir voluntariamente su embarazo hasta la decimocuarta semana de gestación. Además, el informe mostraba su oposición a que los padres de la menor embarazada no deban ser informados previamente.

Después del informe desfavorable del Consejo Fiscal y del "no informe" del Consejo General del Poder Judicial, el último que quedaba por hablar, el Consejo de Estado, avaló

³² "El poder judicial calla sobre el aborto", *laopinióncoruña.es*, 24 de julio de 2009.

por unanimidad la constitucionalidad del anteproyecto de ley del Gobierno³³. El texto fue estudiado por la sección tercera del Consejo, que dirigía el consejero permanente, y “padre” de la Constitución, Miguel Herrero y Rodríguez de Miñón. Y fue votado en la comisión permanente del órgano, presidido por el ex presidente del Tribunal Constitucional Francisco Rubio Llorente⁸.

El informe redactado incidía sobre varios puntos del anteproyecto haciendo diversas recomendaciones. El Consejo consideró que el sistema de plazos planteado era compatible con la Constitución, sin embargo, recomendó al Gobierno que reconsiderase el plazo de 14 semanas de aborto libre y señaló que era conveniente reducirlo a 12 para equiparar a España con la mayoría de países de la Unión Europea.

Respecto a las menores de 16 y 17 años, reconocía que debían ser ellas las que tuviesen la última palabra a la hora de decidir si abortar o no, pero recomendaba que los padres “fuesen oídos” e informados de la decisión. Con la salvedad de que si la chica argumentase que le supone un grave problema comunicar esta decisión a sus padres, quedaría exenta de esta obligación³⁴. En cuanto a las chicas de 12 a 15 años, que sí que necesitan el consentimiento paterno para interrumpir el embarazo, el órgano consultivo recomendó que debían ser escuchadas. Además en caso de que se produjera un conflicto entre dicha menor y sus padres, sería necesaria la intervención judicial.

En cuanto a la información que han de recibir las mujeres, el dictamen señalaba que no debía tener carácter de consejo, respetando al máximo la libertad de la mujer. Además, aconsejaba que fuese una información individualizada, teniendo en cuenta las características y necesidades de cada mujer.

Otro punto de debate era el de los comités clínicos encargados de autorizar los abortos posteriores a la semana 22 de gestación en el supuesto de que “se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico”. El texto del Gobierno apuntaba que “no podrán formar parte del comité quienes se hayan manifestado contrarios a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo”. A cerca de esta medida, el Consejo estuvo de acuerdo con ella.

Este dictamen favorable permitió al Gobierno remitir al Parlamento su texto para que comenzase su trámite parlamentario.

El 26 de septiembre de 2009, el Consejo de Ministros aprobó la remisión a las Cortes Generales del proyecto de ley. Y el 17 de diciembre de ese mismo año, el proyecto fue aprobado por el Pleno del Congreso, con 184 votos a favor, 158 en contra y una abstención. Los apoyos los obtuvo de diputados de ocho partidos distintos, entre los que se incluyeron formaciones de izquierda y nacionalistas (PSOE, PNV, IU, ERC, ICV, NaBai y parte de CiU) tras incorporar las enmiendas consensuadas y pactadas. Dichas enmiendas incluían el reconocimiento de la objeción de conciencia limitada y personalizada para el personal

³³ “El Consejo de Estado avala por unanimidad la ley del aborto”, *El País*, 18 de septiembre de 2009.

³⁴ “El Consejo de Estado aboga por el aborto sin información a los padres en caso de *conflicto*”, *El País*, 17 de septiembre de 2009.

sanitario; el compromiso de financiación pública de los anticonceptivos de última generación; la garantía de la educación sexual y la obligación de informar a los padres de las menores que deseen abortar, salvo en el caso que éstas aleguen “fundadamente” peligro de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o una situación de desarraigo o desamparo³⁵.

El 24 de febrero de 2010, el pleno del Senado aprobó definitivamente el proyecto de ley por 132 votos a favor, 126 en contra y una abstención.

La nueva Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se publicó en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 4 de marzo de 2010.

El 1 de junio de 2010 el Partido Popular presentó un recurso ante el Tribunal Constitucional por considerar que dicha ley vulnera la Constitución y los derechos fundamentales. Además solicitó la suspensión de su entrada en vigor hasta que el alto tribunal se pronuncie al respecto³⁶. El recurso se admitió a trámite el 30 de junio del presente año.

En la misma fecha que el Partido Popular, el Gobierno de Navarra también presentó otro recurso ante el Tribunal Constitucional, argumentando que la norma invade las competencias de la comunidad.

Finalmente, el 5 de julio de 2010 ha entrado en vigor la nueva Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, aunque pendiente del dictamen del Tribunal Constitucional³⁷.

³⁵ “Ocho partidos sacan adelante la ley del aborto”, *El País*, 18 de diciembre de 2009.

³⁶ “Trillo afirma que el PP tendrá que derogar la ley del aborto”, *El País*, 2 de febrero de 2010.

³⁷ “La ley del aborto entrará mañana en vigor pendiente de si el Constitucional la suspenderá”, *El País*, 4 de julio de 2010.

2.1. Asaltos a la ley

El Gobierno de Navarra fue la primera institución dispuesta a desafiar a la nueva ley sobre el aborto^{38, 39, 40, 41}. Tras la publicación de dicha ley, anunció que interpondría un recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional. El escenario de este “asalto legal” es muy especial, ya que apenas se han realizado abortos legales en suelo navarro durante los 25 años de historia de la ley que lo despenaliza. Entre 1986 y 1987 se hicieron 10 abortos legales en Navarra, que inmediatamente dejaron de realizarse por “múltiples motivos” entre los que se encontraban el acoso profesional y la presión política. Además, en 1990, tres médicos del Hospital Virgen del Camino fueron sentados en el banquillo de los acusados por la práctica de un aborto en 1986 y, finalmente, fueron absueltos. Desde entonces, el Gobierno de Navarra ha utilizado la objeción de conciencia como principal argumento para que no se practiquen abortos en la comunidad y se opte, bajo subvención por desplazamiento, derivarlos a otras comunidades.

Con este marco de antecedentes, el Gobierno de la comunidad pretende evitar, como hasta ahora, que se realicen abortos en suelo navarro. Para sustentar el recurso que interpondrá ante el Tribunal Constitucional, el Gobierno Navarro esgrime que la nueva normativa es un “contrafuero”, ya que invade las competencias de la comunidad en su capacidad organizativa y de funcionamiento de los servicios sanitarios. Declara que esta “invasión” de competencias se produce en la disposición final quinta de la ley de la interrupción voluntaria del embarazo, en la que se expone que *corresponderá a las autoridades sanitarias competentes garantizar la prestación contenida en la red sanitaria pública, o vinculada a la misma, en la Comunidad Autónoma de residencia de la mujer embarazada, siempre que así lo solicite la embarazada*. También el Ejecutivo critica una supuesta contradicción de esta disposición final quinta con el propio articulado de la ley, en concreto con el artículo 18 que dice así: *los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud*. Además de estos reparos legales, el Ejecutivo Navarro declara que la nueva ley va en contra de sus ideales políticos.

Ante esta situación, el artículo 16 de la Ley Foral del Consejo de Navarra establece que éste debe ser consultado preceptivamente en la interposición de recursos de inconstitucionalidad y conflictos de competencias ante el Tribunal Constitucional. Pues bien, el pasado mes de abril, el presidente navarro Miguel Sanz reclamó por escrito al Consejo de Navarra un informe sobre la interposición de un recurso de inconstitucionalidad ante la Ley del Aborto. El dictamen del consejo se conoció el 27 de mayo causando controversia política y mediática.

³⁸ “Aborto en Navarra”, *El País*, 27 de abril de 2010.

³⁹ “Navarra recurre al Constitucional para evitar el aborto en su territorio”, *El País*, 20 de abril de 2010.

⁴⁰ “Una mayoría trata de fijar por ley que se pueda abortar en Navarra”, *El País*, 27 de abril de 2010.

⁴¹ “Ginecólogos navarros aseguran que no todos los profesionales son objetores en la comunidad”, *El País*, 28 de abril de 2010.

Los medios más conservadores⁴² destacaban que el órgano consultivo “informó favorablemente la interposición del recurso de inconstitucionalidad por parte del Gobierno Navarro contra la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”. Pero la verdad es que el Consejo de Navarra concluyó que la norma no invade las competencias de la Comunidad Foral⁴³, como argumenta el Ejecutivo. En todo caso, el máximo órgano consultivo de Navarra sí fue favorable a presentar el recurso por otros motivos: el sistema de plazos y la protección del *nasciturus* (los mismos que esgrime el Partido Popular).

En concreto, el informe explicaba, con un voto particular en contra, que la disposición final quinta de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo "no resulta contraria a las competencias que corresponden a la Comunidad foral de Navarra", ya que si dicha disposición se entiende "de manera tal que quede para la Administración foral la planificación y organización de los servicios sanitarios con criterios de racionalización de los recursos, no resultaría contraria a las competencias que corresponden a esta comunidad”.

El informe del Consejo de Navarra coincidió con otro redactado, a petición de la oposición, por los servicios jurídicos del Parlamento de Navarra, que, asimismo, no veía "contrafuero" en la nueva normativa. Distinta fue la conclusión a la que llegó el informe realizado por el departamento de Salud, el único que sí consideró "excedidas las competencias estatales", y que ha sido uno de los mayores puntos de apoyo en el recurso. Ahora bien, ninguno de estos textos es vinculante.

Por otro lado, el Consejo de Navarra dictaminó que era procedente someter a examen del Tribunal Constitucional la constitucionalidad del sistema de plazos fijado en el artículo 14 de la citada ley, en relación con el artículo 17 de la misma (que regula el protocolo de información a la mujer). También reparó en el artículo 19 por el que se regula la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios; de este artículo consideró que se vulneraría la Constitución en cuanto a la objeción de conciencia si por asistencia "antes" de la intervención se entiende "una serie de actos, imprescindibles para que la operación culmine y que contribuyen de manera positiva y eficiente a que la gestación se interrumpa”.

Se puede concluir que aunque el informe del Consejo de Navarra haya sido favorable, no considera que exista invasión de competencias, lo que ha sido el principal argumento del Ejecutivo navarro desde la aprobación de la Ley. Pero parece que esto carece de importancia, ya que un representante del Gobierno navarro declaró que “independientemente de cualquier interpretación que se quiera dar, lo que está claro es que el Consejo de Navarra avala este recurso de inconstitucionalidad, y aunque no fuese así, el Gobierno de Navarra también lo podría presentar”.

⁴² “El Consejo de Navarra avala el recurso de inconstitucionalidad contra la Ley del Aborto”, *diariodenavarra.es*, 28 de mayo de 2010.

⁴³ “Cruce de informes”, *El País*, 31 de mayo de 2010.

Lo que parece claro aquí es que se ha utilizado el argumento de la “invasión de competencias” para que la situación actual no cambie, para que los abortos sigan sin practicarse en suelo navarro. Abalados por la historia y refugiados en la “supuesta” objeción de conciencia de todos los profesionales de la comunidad, el Gobierno navarro quiere imponer de nuevo su ideología más anticuada, obligando y humillando a las mujeres que tienen que peregrinar a otras comunidades para que se les practique un aborto. En palabras de una representante de Nafarroa Bai, “utilizar el fuero contra los derechos es prostituir el mismo”.

Paradójicamente, el mismo día que el Consejo de Navarra emitió su informe, el Parlamento de la misma comunidad aprobó una moción por la que se insta al Gobierno navarro a “cumplir” con la nueva ley de interrupción voluntaria del embarazo y a retirar el recurso de inconstitucionalidad que el Ejecutivo foral quería interponer contra dicha ley por considerar que incurre en un “contrafuero”⁴⁴.

En esa misma sesión parlamentaria, representantes de la oposición recriminaron al Gobierno foral la imposición de su ideología utilizando una serie de mentiras como por ejemplo la afirmación de que no había profesionales para la práctica de abortos. También destacaron que dicho gobierno debe garantizar la aplicación de este derecho en la comunidad y no poner toda clase de trabas para cercenarlo.

Por su parte, el Ejecutivo mantuvo su postura y declaró que si el Consejo de Navarra encontró visos de inconstitucionalidad (aunque no fueran los propuestos por ellos mismos) se debía recurrir.

Finalmente, después de este cruce de informes y opiniones, el Ejecutivo navarro interpuso el pasado 1 de junio un recurso de inconstitucionalidad ante el tribunal Constitucional contra la nueva ley del aborto. El Gobierno, a pesar del informe del Consejo de Navarra en este aspecto, sostuvo que existen indicios de inconstitucionalidad en el párrafo segundo de la disposición final quinta de la ley, al estimar que vulnera las competencias exclusivas de la Comunidad foral de Navarra en materia de organización y prestación de servicios sanitarios.

Además también alegó que las medidas previstas para regular el sistema de plazos son “una simple información escrita, que se entrega en sobre cerrado y que no está adaptada de forma individualizada a la situación personal de la mujer, por lo que se ha configurado como un acto protocolario, genérico y de mero trámite, que resulta insuficiente para la ponderación adecuada entre la autonomía de la mujer y la protección del nasciturus”⁴⁵. Y, por último, según el Gobierno foral, tampoco es constitucional el modo en el que la ley regula la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

⁴⁴ “El Parlamento de Navarra insta al Gobierno foral a no recurrir la ley del aborto”, *rtve.es*, 27 de mayo de 2010.

⁴⁵ “El Gobierno foral presenta el recurso de inconstitucionalidad a la ley del aborto”, *diariodenavarra.es*, 1 de junio de 2010.

Sin embargo, el pasado 24 de junio los grupos parlamentarios de Nafarroa Bai, PSN e IU hicieron valer su mayoría parlamentaria para aprobar una proposición de ley, presentada por el PSN, que modifica la ley foral de Salud y garantiza así las interrupciones voluntarias del embarazo dentro de territorio navarro. No obstante, el presidente navarro, Miguel Sanz, afirma que cree que sigue habiendo “un margen” para continuar financiando los desplazamientos de las mujeres a otras comunidades⁴⁶.

Siguiendo esta misma línea de obstinado desacuerdo con la nueva ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, el Partido Popular, principal partido de la oposición, anunció desde un principio su intención de recurrir la nueva norma^{47, 48}. Finalmente, y apurando el plazo al máximo, el pasado martes 1 de junio materializó sus amenazas y presentó un recurso de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional⁴⁹.

El Partido Popular sostiene que la nueva norma vulnera el equilibrio entre los derechos del no nacido y los de la madre, por lo que ha solicitado la tramitación urgente de su recurso y la suspensión de la entrada en vigor de la ley hasta la resolución de dicho recurso.

El Partido Popular ha impugnado ocho artículos y la disposición final segunda de la nueva ley, entre los que figura la libre interrupción del embarazo hasta la semana 14 de gestación y la posibilidad de que las chicas de 16 y 17 años puedan abortar sin el consentimiento y conocimiento de sus padres. También han incidido en el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

Según declaró la diputada del Partido Popular Sandra Moneo, el artículo 5 de la nueva ley que garantiza una educación sanitaria sobre salud sexual y reproductiva "vulnera el principio que tienen los padres de que sus hijos reciban la información conforme a sus propias convicciones".

Los populares tampoco están de acuerdo con el artículo 8 por el que se regula la formación de la práctica clínica del aborto en las carreras relacionadas con la salud, y del que dicen que “va contra el principio de autonomía universitaria y la libertad de cátedra”.

Además, en el recurso presentado ante el Tribunal Constitucional, también determinan que el artículo 19, por el cual se imponen medidas para garantizar la prestación del aborto por los servicios de salud, y mediante el cual se acuerda que los profesionales sanitarios objetores deben manifestarlo "anticipadamente y por escrito", vulnera su libertad y es una medida "coercitiva".

También arremeten contra el artículo 14, del que dicen “viola el derecho de la mujer a recibir información sobre las alternativas al aborto y sobre ayudas a la maternidad” ya que

⁴⁶ “Aprobada la ley foral para garantizar abortos en suelo navarro”, *El País*, 24 de junio de 2010.

⁴⁷ “Trillo basará el recurso del PP en la sentencia que proclamó la protección del nasciturus”, *El País*, 20 de abril de 2010.

⁴⁸ “El PP recurrirá mañana la ley del aborto ante el Constitucional”, *El País*, 31 de mayo de 2010.

⁴⁹ “El PP intenta que la ley del aborto no entre en vigor”, *El País*, 1 de junio de 2010.

prevé que las mujeres que acudan a las clínicas reciban en un sobre cerrado una información, que los populares consideran "estandarizada".

El Partido Popular ha basado su recurso en la sentencia del Tribunal Constitucional de 1985 que hablaba del *nasciturus* (el no nacido) como un "bien jurídicamente protegido". En ella, el alto tribunal declaraba que los derechos de la mujer no pueden tener "primacía absoluta" sobre los del no nacido, salvo en los tres supuestos marcados por la actual ley (violación, salud de la madre o malformación del feto).

IV

ABORTO EN EUROPA

1. Las legislaciones de los países europeos

El aborto constituye un tema de debate siempre vigente en cualquier lugar del planeta. Esto es debido a que están en juego la vida, la salud y los derechos humanos de la madre y del niño por nacer.

Con el tiempo las sociedades van evolucionando y, con ella, sus valores. Los ciudadanos son cada vez más conscientes de que la construcción de una verdadera sociedad plural, de bienestar y de derecho, pasa, a veces, por la toma de decisiones difíciles. Dichas resoluciones se basan en analizar la verdadera realidad y en no caer en el error de los debates metafísicos. Una de estas difíciles decisiones es, sin duda, el aborto.

La práctica del aborto, como ya he señalado en otro capítulo, ha existido siempre desde que el hombre tiene uso de razón. Y la presencia, hoy en día, de abortos inseguros, es un hecho innegable. Los debates apuntan a encontrar una solución a esta situación. La legalización del aborto, la cualificación de personal, la mejora de los servicios de planificación familiar, el apoyo y la orientación a las mujeres con embarazos no deseados, la atención médica y psicológica adecuada en aquellos casos en que el aborto ha sido realizado y la educación posterior al aborto, a fin de evitar su repetición, son algunas de las respuestas que se proponen.

Por otro lado, prestemos atención a la mujer; durante toda la historia otros han decidido por ella, la han manipulado en beneficio de sus intereses. Demos un paso más y concedámosle el derecho a decidir sobre su maternidad. Bien es cierto que el aborto debe estar en el último eslabón de la cadena y que antes, hay otros muchos métodos que se pueden desarrollar para una buena planificación familiar. Pero, llegados al punto máximo del embarazo, démosla la oportunidad de decidir.

La situación en Europa no es uniforme en lo que respecta al aborto, si bien un gran número de países ha legalizado su práctica a partir de la segunda mitad del siglo veinte. Legalizar significa permitir la práctica del aborto, llamado generalmente interrupción voluntaria del embarazo, ya que se realiza, según algunas legislaciones, por propia decisión de la mujer, respetando un plazo establecido desde el momento de la concepción y teniendo en cuenta causas determinadas.

En este capítulo se han recogido las legislaciones de casi todos los países de Europa (exceptuando Macedonia, Serbia y Montenegro de las que no se han obtenido datos fiables). Para ello se ha hecho una completa revisión bibliográfica y se han obtenido datos de numerosas fuentes tales como el informe “Abortion Policies: A Global Review”, publicado en 2002 por la División de Población de las Naciones Unidas; el informe

“Aborto legal en Europa. Condiciones que permiten su práctica”, publicado en 2005 por la Dirección de Información Parlamentaria; y el estudio “Acontecimientos en las leyes sobre aborto inducido: 1998-2007”, publicado en 2009 por el Alan Guttmacher Institute.

Su objetivo principal es el de ilustrar el entorno en el que se encuentra España dentro del ámbito europeo. Con ello podremos hacernos una mejor idea de la evolución y tendencia actuales en el asunto del aborto.

1.1. Albania

En 1995 el Gobierno de Albania promulgó una ley integral del aborto. La legislación establece las circunstancias bajo las cuales se harán excepciones a la prohibición del aborto contenida en su Código Penal, que fue revisado aproximadamente al mismo tiempo.

La nueva legislación establece que los abortos pueden realizarse hasta la duodécima semana de embarazo a petición de una mujer que afirme que el embarazo le causa problemas psicológicos y sociales. La mujer debe entonces recibir asesoramiento sobre los siguientes aspectos: los peligros del aborto para embarazos futuros y los problemas biológicos de la intervención médica; los derechos de las familias, las madres y niños, así como la asistencia y beneficios disponibles para ellos; las posibilidades de adopción, las instituciones y organismos que ofrecen apoyo moral y financiero a las mujeres; y los nombres de las clínicas y hospitales que realizan abortos. Tras esta sesión de orientación, la mujer tiene que esperar una semana hasta que el aborto se pueda llevar a cabo. Y cuando sea posible, el marido o el padre deben participar en la decisión.

La práctica del aborto se puede realizar hasta la vigésimo segunda semana de embarazo, si éste es el resultado de una violación o un crimen sexual o hay "razones sociales" para su interrupción, según lo determinado por una comisión de tres miembros integrada por un médico, un trabajador social, y un abogado.

La intervención se puede llevar a cabo durante todo el embarazo cuando existe un grave defecto fetal o cuando la continuación del embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, según lo determinado por una comisión de tres médicos.

Los registros de abortos se mantendrán de forma anónima, y los médicos que practican un aborto tienen la obligación de proporcionar información sobre los servicios de planificación familiar y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos. La publicidad y la propaganda sobre los medicamentos y productos que provocan el aborto están prohibidas. Por último, la ley específica que la planificación familiar es un deber nacional.

1.2. Alemania

El marco legal que regula la cuestión del aborto en este país es el Código Penal, artículo 218a, según el texto vigente de la ley del 21 de agosto de 1995, sobre asistencia prenatal y familiar.

Según lo determinado por el artículo 218a, el aborto no es penalizado si se reúnen tres condiciones: que la intervención sea solicitada por la mujer, que sea practicada por un médico y, por último, que la mujer presente la certificación médica de haber asistido a un centro de consulta autorizado, por lo menos tres días antes de su realización. Las consultas tienen por objetivo la protección de la vida del *naciturus*, alentar a la mujer a que continúe con su embarazo y proporcionarle perspectivas de vida junto al niño. El plazo establecido es de doce semanas desde la concepción.

Además de este sistema de plazos, la legislación contempla una serie de supuestos. En caso de que el embarazo fuere resultado de una violación, la mujer puede abortar dentro del plazo de doce semanas desde la concepción. En caso de indicación médica, en razón de la salud física o psíquica de la mujer, o en razón de una malformación grave de la persona por nacer, el aborto puede realizarse más allá de las doce semanas. El plazo máximo legal para el aborto por indicación médica no está determinado, lo que constituye una laguna legal.

Por otra parte, no existe determinación de la edad de la mujer, por lo que se aplican las normas generales relativas a los actos médicos. Si la joven es suficientemente madura o tiene capacidad de discernimiento, no se requiere la autorización de sus progenitores. El personal de los centros de consulta considera que esta capacidad de discernimiento se adquiere a los dieciséis años y el respeto por el secreto profesional indica que no puedan informar a los padres sin el acuerdo de la menor.

1.3. Andorra

El Código Penal del Principado de Andorra, publicado en 1990, prohíbe el aborto y no contiene ninguna excepción explícita a tal prohibición. Tan sólo puede realizarse un aborto, en virtud del principio general de necesidad del derecho penal, para salvar la vida de la mujer embarazada.

1.4. Armenia

Como en todos los países que formaron parte de la antigua URSS, Armenia, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética, estaba sujeto a la legislación y reglamentos sobre el aborto de la ex Unión de Repúblicas Socialista Soviética. Como resultado, la práctica del aborto en Armenia fue similar a la de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio 1936 prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Actualmente, la práctica del aborto está permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se establece un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluyen la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones deben ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención es dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación.

Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

1.5. Austria

Austria liberalizó el aborto en 1974 mediante una reforma de los artículos 96-98 de su Código Penal (Ley federal de 23 de enero de 1974).

En dicha ley se establece un sistema de plazos en el que el aborto está disponible a petición de la mujer durante el primer trimestre del embarazo. En este caso, la intervención debe ser realizada por un médico y después de una consulta médica previa.

Más allá del primer trimestre, el aborto sólo se permite en ciertos supuestos: cuando existiese un grave peligro, que no pudiese ser evitado por otros medios, para la vida o salud física o mental de la mujer embarazada; cuando se diagnosticase que el que está por nacer pudiese estar afectado con un grave defecto físico o mental; o cuando una mujer de 14 años de edad quedase embarazada. En todos estos supuestos, la práctica del aborto debe ser realizada por un médico.

Sin embargo, un aborto se puede realizar en cualquier momento durante el embarazo y por cualquier persona cuando es llevado a cabo para salvar a la mujer embarazada de un peligro inminente para su vida, que de otro modo no se puede evitar, en circunstancias en que la ayuda médica no estuviera disponible en el tiempo.

El aborto debe ser realizado con el consentimiento de la mujer embarazada a no ser que se realice para salvarla de un peligro inminente para su vida, que de otro modo no se puede evitar, en circunstancias en que el consentimiento de la mujer embarazada no se puede obtener en el tiempo.

1.6. Arzerbaiyan

Como en todos los países que formaron parte de la antigua URSS, Azerbaiyán, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética, estaba sujeto a la legislación y reglamentos sobre el aborto de la ex Unión de Repúblicas Socialista Soviética. Como resultado, la práctica del aborto en Azerbaiyán fue similar a la de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio 1936 prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Actualmente, la práctica del aborto está permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se establece un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluyen la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones deben ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención es dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación.

Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

1.7. Bélgica

La regulación en materia de aborto data del 3 de abril 1990, fecha en la que una ley redactó el artículo 350 del Código Penal.

Dicho artículo establece que la práctica del aborto no es punible cuando la interrupción es solicitada por la mujer en situación de riesgo y se cumplen las siguientes condiciones: que la intervención sea practicada antes de finalizar la duodécima semana desde la

concepción, que tenga lugar al menos seis días después de una primera consulta a un médico y que la mujer exprese por escrito su determinación, el día de la intervención.

Además, también se añaden los supuestos de violación y de indicaciones médicas en razón de peligro grave para la salud de la mujer o de posibilidad de que el feto naciere con una afección grave e incurable. Para el primer supuesto, el de violación, se aplica igualmente el plazo de doce semanas. Sin embargo, en los supuestos de las indicaciones médicas, la práctica del aborto puede realizarse más allá de ese plazo, previa solicitud de la opinión de un segundo médico.

La legislación relativa a la interrupción voluntaria del embarazo no menciona la edad de la mujer. Se aplican entonces las disposiciones legales generales relativas a la intervención de un médico en el caso de los menores. Por lo tanto, resulta obligatorio el consentimiento de los padres o del tutor. Sin embargo en la práctica, en esta materia, no se exige autorización alguna para las mayores de catorce años.

1.8. Bielorrusia

Como en todos los países que formaron parte de la antigua URSS, Bielorrusia, conocido antes de 1991 como la República Socialista Soviética, estaba sujeto a la legislación y reglamentos sobre el aborto de la ex Unión de Repúblicas Socialista Soviética. Como resultado, la práctica del aborto en Bielorrusia fue similar a la de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio 1936 prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Actualmente, la práctica del aborto está permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se establece un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluyen la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones deben ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención es dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación.

Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

1.9. Bosnia-Herzegovina

Bosnia-Herzegovina se independizó de la ex Yugoslavia en 1991 y adoptó una nueva Constitución. Sin embargo, el aborto sigue siendo regulado por la Ley de 7 de octubre 1977 aprobada por el ex República Federal de Yugoslavia para aplicar el artículo 191 de la Constitución Federal, de 21 de febrero de 1974, que proclama que "decidir sobre el nacimiento de los niños es un derecho humano".

Bajo esta Ley de 7 de octubre de 1977, se permite el aborto a petición durante las primeras 10 semanas de embarazo. La intervención debe realizarse en un hospital u otro centro autorizado de salud. Si la mujer es menor, se requiere la autorización de sus padres o tutores, a menos que tenga 16 años de edad o más y se gane la vida por sí sola.

Después de las primeras 10 semanas de embarazo, se necesita una autorización especial de una comisión, integrada por un ginecólogo, un médico general o un especialista en medicina interna, y un trabajador social o un psicólogo. La comisión podrá dar su consentimiento a un aborto cuando se reúnan unas condiciones médicamente establecidas. Dichas condiciones o supuestos son:

- Cuando existe un grave riesgo para la salud o la vida de la mujer.
- Cuando hay una alta probabilidad de que el niño nazca con un defecto congénito grave físico o mental.
- Cuando la concepción es consecuencia de un acto criminal de violación, delito de relaciones sexuales con una persona incompetente, acto criminal de las relaciones sexuales como consecuencia del abuso de autoridad, delito de relaciones sexuales con un niño o un delito de incesto.

Si la comisión de primera instancia rechaza su petición, la mujer puede apelar a una comisión de segunda instancia.

Después de 20 semanas de gestación, el aborto sólo puede ser permitido para salvar la vida o la salud de una mujer que está en grave peligro.

1.10. Bulgaria

El aborto es legal en Bulgaria desde el 27 de abril de 1956, cuando el Ministerio de Salud Pública lo reconoció como un derecho. Años después, en respuesta al descenso de la natalidad, el Gobierno de Bulgaria puso restricciones al acceso al aborto mediante el Decreto 188 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (febrero de 1968) y el Decreto 0-27 del Ministerio de Salud Pública (abril de 1973).

En la actualidad, según el Decreto 2 del 1 de febrero de 1990 del Ministerio de Salud y Bienestar Social, el aborto está disponible a petición de todas las mujeres, siempre y cuando la duración del embarazo no exceda las doce semanas y el aborto no represente un peligro para su salud.

Entre las semanas doce y veinte semanas de embarazo, el aborto sólo está permitido si la mujer sufre de un caso, documentado y demostrado, de una enfermedad que podría poner en peligro su vida o la del niño que está por nacer, según lo determinado por una comisión médica especial.

Si el embarazo tiene una duración superior a veinte semanas, el aborto sólo está permitido si la vida de la mujer está en peligro o se hallan pruebas de malformación fetal grave.

Todas las restricciones que impusieron los anteriores decretos sobre la historia reproductiva, edad y estado civil de la mujer, fueron retiradas por el presente Decreto.

Todos los abortos deben realizarse en establecimientos especializados u hospitales por un obstetra o ginecólogo y, en el caso de los abortos por indicación médica, debe estar presente un médico especialista en reanimación.

A partir de 1991, los abortos son gratuitos en tres casos; cuando se realizan por razones médicas, cuando se practican en mujeres menores de 16 años o en mayores de 35 años.

1.11. Chipre

El marco legal es el Código Penal de Chipre (artículos 167-169 y 169a), modificado en 1986 (Ley 186).

Dicha regulación permite el aborto en tres supuestos:

1. Que el embarazo suponga un grave peligro para la vida o por la salud física o psíquica de la mujer embarazada.
2. Que se suponga que el feto tendrá que nacer con graves taras físicas o psíquicas.
3. Que el embarazo sea consecuencia de una violación, tras la certificación de la autoridad policial competente y, a ser posible, confirmada por un informe médico.

Para la realización de la intervención a razón de alguno de los tres supuestos anteriores, debe coincidir favorablemente la opinión de dos médicos.

Aunque no es especificado por la ley, la práctica del aborto se realiza dentro de las primeras 28 semanas de gestación.

1.12. Croacia

Con el fin de aplicar el artículo 191 de la Constitución Federal de Yugoslavia, del 21 de febrero de 1974, que proclamaba que decidir sobre el nacimiento de los hijos era un derecho humano, la ex república socialista aprobó una ley general el 21 de abril de 1978, reglamentando todos los aspectos de la fertilidad, incluida la anticoncepción, la esterilización, el aborto y el tratamiento de la infertilidad. También modificó los aspectos del Código Penal relativos a las sanciones para el aborto ilegal. Cuando Croacia se independizó de la antigua República Federativa Socialista de Yugoslavia en 1991, adoptó una nueva Constitución, pero no cambió la ley que regula el aborto.

Bajo la ley de 1978, se permite el aborto a petición de la mujer durante las primeras diez semanas de embarazo. La intervención debe ser realizada por un médico en un hospital con un departamento de ginecología u obstetricia o en otra instalación de salud autorizada. Si la mujer es menor de 16 años, se requiere la autorización de sus padres o tutor.

Después de ese plazo, la realización de un aborto debe ser aprobada por una comisión de expertos, integrada por dos médicos, uno de los cuales tiene que ser ginecólogo, y un trabajador social o enfermera registrada. La comisión podrá dar su consentimiento a un aborto cuando se reúnan unas condiciones médicamente establecidas. Dichas condiciones o supuestos son cuando existe un grave riesgo para la salud o la vida de la mujer, cuando hay una alta probabilidad de que el niño nazca con un defecto congénito grave físico o mental, o cuando la concepción es consecuencia de un acto criminal de violación, delito de relaciones sexuales con una persona incompetente, acto criminal de las relaciones sexuales como consecuencia del abuso de autoridad, delito de relaciones sexuales con un niño o un delito de incesto. Si la comisión de primera instancia rechaza su petición, la mujer puede apelar a una comisión de segunda instancia.

Un aborto puede ser realizado siempre y sin ningún tipo de restricción, si la vida o la salud de la mujer embarazada está en peligro inmediato o si el aborto ya se ha iniciado.

1.13. Dinamarca

En este país el aborto se legalizó en 1937 para ciertos supuestos. Años más tarde, el 13 de junio de 1973, fue aprobada la Ley 350 sobre la interrupción del embarazo.

Según el artículo primero de la ley, una mujer residente en Dinamarca tiene el derecho de solicitar que la sea practicada una interrupción voluntaria del embarazo, siempre y cuando esta intervención tenga lugar antes de finalizar la duodécima semana de gestación. La expresión del deseo de la mujer requiere un procedimiento específico.

Además, en los supuestos en los que la vida o la salud, física o mental, de la mujer corra un riesgo justificado médicamente, el aborto puede practicarse más allá del plazo de las doce semanas, sin que se requiera una autorización especial.

La práctica del aborto también puede realizarse después de las doce semanas con una autorización de una comisión ad hoc. Cada comisión tiene que estar integrada por un trabajador social y dos médicos, uno de los cuales debe ser ginecólogo o cirujano y el otro, psiquiatra o especialista en medicina social. Esta comisión se pronunciará en los siguientes casos:

- Si el embarazo, el parto o los cuidados requeridos por el niño, resultan riesgosos para la salud de la mujer, a causa de una enfermedad ya instalada o de desenlace inminente, su estado de debilidad u otras condiciones de vida;
- Cuando el embarazo fuere resultado de violación o incesto;
- Cuando el feto presente una afección grave, física o mental;
- Si la mujer no pudiere ocuparse de su hijo en forma conveniente debido a una enfermedad o incapacidad intelectual;
- Cuando la mujer sea demasiado joven o inmadura para ocuparse de su hijo;
- Si el embarazo, el parto o los cuidados que requiera el niño ocasionaran una carga importante para la mujer, tal como la imposibilidad de ocuparse de su hogar y de sus otros hijos.

Las mujeres menores de edad o no emancipadas requieren el acuerdo de quienes ejerzan la patria potestad sobre su persona. No obstante, en algunas situaciones, la comisión ad hoc puede decidir que la autorización paterna no es necesaria y aún pronunciarse en contra de ésta. La mujer o sus padres pueden apelar las decisiones de la comisión ante la Comisión Nacional de Recursos instituida por el Ministerio de Justicia con la finalidad de ejercer contralor sobre sus actividades.

1.14. Eslovaquia

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, Eslovenia ha modificado su regulación respecto al aborto. La enmienda más reciente fue aprobada el 23 de octubre de 1986 y entró en vigor en 1987.

Bajo las leyes actuales, el aborto está permitido a petición de la mujer. Para ello debe hacer una solicitud por escrito a su ginecólogo, mediante el cual el médico le informará de las posibles consecuencias del procedimiento y de los métodos disponibles de prevención del embarazo. Si la gestación es menor de 12 semanas y no hay ninguna contraindicación médica para la intervención, el médico especifica el centro de salud donde el procedimiento se va a realizar. Si la gestación es de más de 12 semanas, o si existen otras contraindicaciones, la solicitud es revisada por una comisión médica.

A las mujeres que han tenido un aborto dentro de los seis meses anteriores no se les permite continuar con el procedimiento a menos que cumplan alguna de las siguientes

condiciones: tener al menos 35 años de edad o que el embarazo sea el resultado de una violación.

Más allá del primer trimestre, el embarazo sólo puede ser interrumpido si la vida o la salud de la mujer están en peligro o en el caso de sospecha de malformación fetal.

1.15. Eslovenia

Aunque Eslovenia se independizó de la antigua República Federal Socialista de Yugoslavia en 1991, el aborto sigue estando regulado por la Ley del 7 de octubre de 1977. Esta ley fue promulgada por Eslovenia cuando formaba parte de Yugoslavia para aplicar el artículo 191 de la Constitución Federal de Yugoslavia, del 21 de febrero de 1974, que proclamaba que "decidir libremente sobre el nacimiento de los hijos es un derecho humano".

Bajo la ley de 1977, un aborto se puede realizar a petición de la mujer durante las primeras 10 semanas de embarazo. La intervención debe realizarse en un hospital u otro centro autorizado de atención de salud. Si la mujer es menor, se requiere la autorización de sus padres o tutores, a menos que haya sido reconocida como plenamente competente para ganarse la vida.

Después de las primeras 10 semanas del embarazo, es necesaria una autorización especial emitida por una comisión, que debe estar integrada por un ginecólogo, un médico general o especialista en medicina interna, y un trabajador social o psicólogo. La comisión decide sobre la base de que el procedimiento implica un riesgo menor para la vida de la mujer, su salud o la futura maternidad que el riesgo que implica para la mujer o el niño la continuación del embarazo o el parto.

La mujer puede apelar a la Comisión de Segunda Instancia, si la Comisión de Primera Instancia rechaza su petición.

1.16. Estonia

Antes de septiembre de 1991, las leyes sobre el aborto de Estonia fueron los de la antigua URSS. El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Dicha legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde su independencia, varios cambios menores se han hecho en la ley del aborto de Estonia. El Gobierno ha emitido un decreto para acortar el plazo en que los abortos se lleven a cabo en los supuestos médico y por otras razones no médicas (28 a 20 semanas).

Antes de que el aborto pueda llevarse a cabo, la mujer debe someterse a una consulta con los médicos. Además, si lo hace a petición personal debe pagar un costo mayor que si fuera por razones médicas.

1.17. Finlandia

La Ley de Aborto 1970 (Ley N° 239 de 24 de marzo de 1970) permite el aborto a petición de la mujer embarazada en los siguientes casos:

- (a) Si el embarazo o el parto que ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer.
- (b) Si el parto y el cuidado del niño suponen un notable esfuerzo en ella, dadas las condiciones de vida de la mujer o su familia.
- (c) Si el embarazo fue el resultado de un delito sexual.
- (d) Si la mujer es menor de 17 años de edad o si es mayor de 40, o si ya tiene cuatro hijos.
- (e) Si existen motivos para suponer que el niño será retrasado mental, o que tenga o vaya a desarrollar más tarde una enfermedad grave o un defecto físico grave, o
- (f) Si, debido a la enfermedad o trastorno mental, uno o ambos padres no pueden cuidar al niño.

En los casos de (a), (b), (c) y (f), se requiere la recomendación por escrito de dos médicos. En el caso de (d), es necesaria la decisión del médico que realiza la intervención. En el caso de (e), la Junta Médica de Estado debe dar su autorización. Además, cuando el embarazo es el resultado de un delito sexual, el aborto sólo se puede realizar si se han adoptado acciones legales en relación con el crimen, es decir, que se haya presentado una denuncia; o que se haya obtenido un indicio claro del delito mediante una investigación de la policía.

Un aborto en general, deberá realizarse dentro de las primeras doce semanas de embarazo. Sin embargo, en los casos de riesgo para la vida o la salud de la mujer, la Ley 564 del 19 de julio de 1978 que modifica el artículo 5 de la Ley de 1970, establece que para esas condiciones un aborto se puede realizar después de dicho punto en el embarazo. Por otra parte, la intervención puede ser practicada hasta la vigésima semana si la mujer es menor de 17 años de edad o no existen otras razones especiales; y hasta la semana veinticuatro de embarazo si la amniocentesis o el examen de ultrasonido han demostrado que el embrión está seriamente dañado (Ley 572, del 12 de julio de 1985). En ambos casos, el Consejo Médico del Estado debe dar su aprobación.

La intervención debe ser realizada por un médico con licencia en un hospital aprobado por la Junta Médica del Estado. Sin embargo, si la vida o la salud de la mujer embarazada se vieran seriamente en peligro debido a la demora en cuestión, o por otras razones, no será necesario realizar el aborto en un hospital y tampoco será requerida la autorización de la mujer.

1.18. Francia

El marco legal que regula el tema del aborto es el siguiente:

- Código de la Salud Pública. Nueva parte Legislativa. Capítulo 2: Interrupción practicada antes de finalizar la duodécima semana de embarazo.
- Código de la Salud Pública. (Nueva parte Reglamentaria) Sección 1: Consulta previa a la interrupción voluntaria de embarazo. Sección 2: Práctica de las interrupciones voluntarias de embarazo en los establecimientos de salud.

La legalización del aborto se implementa a partir de la ley 75-17 del 17 de enero de 1975, sobre interrupción voluntaria del embarazo. Actualmente, estas disposiciones legislativas fueron codificadas e integran el Código de la Salud Pública. Estas disposiciones fueron reglamentadas detalladamente.

Una mujer, en situación de riesgo debido a su embarazo, puede solicitar que le sea practicado un aborto, antes de concluir la duodécima semana de embarazo. La propia mujer es la única que puede juzgar esta situación y su libertad de decisión es respetada por la legislación. La interrupción voluntaria debe ser practicada obligatoriamente por un médico y en un establecimiento de salud, público o privado.

Así mismo, la legislación contempla la interrupción voluntaria del embarazo, “en todo momento”, si un equipo pluridisciplinario certifica que el embarazo pone en peligro grave la salud de la mujer o que exista la probabilidad de que el niño a nacer padezca una afección particularmente grave e incurable al momento del diagnóstico.

La normativa determina una serie de pasos a seguir. La mujer debe realizar una primera consulta con un médico quien, además de realizar un examen clínico, le informa los riesgos

que corre, los efectos secundarios potenciales y le entrega documentación-guía. El contenido de esta última está relacionado esencialmente con normativa legal aplicable, listado de establecimientos autorizados a practicar la IVE y sus direcciones y listado de establecimientos de información, de consulta y de consejo familiar, de planificación y educación familiar, servicios sociales y demás organismos autorizados. El médico también tiene por objetivo conversar sobre las causas del fracaso del método de anticonceptivo utilizado y proponer la detección de enfermedades sexuales transmisibles y prescribir un futuro método anticonceptivo. Este médico no está obligado a tomar a cargo la solicitud de la IVE, pero debe informar y orientar a la mujer respecto de los colegas que puedan realizarla.

Se le otorga el plazo de una semana de reflexión a fin de confirmar su solicitud. Durante ese término puede entrevistarse con un consejero familiar o conyugal, o con una asistente social. Esta entrevista se propone a las mujeres mayores o menores emancipadas, pero es facultativa. Por el contrario, es obligatoria para las menores no emancipadas quienes deberán obtener un certificado de esta entrevista que se desarrollará en algún establecimiento indicado en la guía.

Durante la segunda consulta médica, alejada en un plazo mínimo de siete días respecto de la primera (tope que podría reducirse en caso de exceder las 12 semanas), debe entregar al médico la certificación de la realización de la entrevista y la confirmación escrita de su solicitud de interrupción voluntaria del embarazo. Esta segunda consulta no debe realizarse, bajo ningún concepto, antes de los cuarenta y ocho horas siguientes a la entrevista. Si el médico estuviese habilitado a practicar la interrupción voluntaria del embarazo, está autorizado a realizarla desde ese momento. Pero si la paciente decidiera hacerse la intervención con otro médico, aquél debe otorgarle un certificado donde conste que la mujer realizó las consultas previas. Finalmente, se contempla una consulta de control y verificación de la interrupción voluntaria del embarazo a realizarse entre el decimocuarto y el vigésimo primer día siguiente a la intervención.

La Agencia Nacional de Acreditación y Evaluación en Salud (ANAES), encargada de elaborar y dar validez a las recomendaciones de buenas prácticas clínicas, indica que la paciente elija el método y del tipo de anestesia. Esta elección se limita cuando el estado del embarazo es avanzado. Los métodos son el instrumental o quirúrgico o el médico o medicamentoso.

Una resolución publicada en el “Journal Officiel” establece detalladamente los topes para el costo de una IVE que además es reembolsada por la seguridad social entre un 70 y 100 %. En el caso de las menores no emancipadas sin consentimiento paterno la cobertura de la seguridad social es integral.

En 2001, el Gobierno de Francia tomó medidas para hacer que el aborto fuera más accesible, y amplió el período de gestación durante el cual el aborto es legal sin restricción en cuanto a la razón de 12 a 14 semanas. También eliminó el requisito del consentimiento de los padres para las menores de edad requiriendo, en lugar de ello, que las menores sean acompañadas por un adulto de su elección.

1.19. Georgia

Georgia, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Georgia, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Georgia fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Georgia no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

1.20. Grecia

El aborto fue legalizado en Grecia en el año 1978 mediante la Ley 821 del 14 de octubre. Dicha ley sólo permitía la intervención en determinados supuestos. Años más tarde esta práctica se liberalizó aún más a través de la Ley 1609 de 28 de junio de 1986.

A partir de entonces, el aborto a petición de la mujer es factible durante las primeras doce semanas de embarazo. Además, si el embarazo fuese resultado de una violación, incesto o de la seducción de una menor, el aborto está permitido durante las primeras diecinueve semanas de embarazo. Por último, en el caso de graves anomalías fetales, el límite legal se amplió a veinticuatro semanas.

Paradójicamente, y a pesar de la liberalización del aborto, la publicidad de los servicios para realizar dicha intervención (con exclusión de la información suministrada en los centros de planificación familiar) sigue siendo un delito penal.

1.21. Holanda

La ley que regula la interrupción voluntaria del embarazo en Países Bajos fue aprobada en 1980 y su reglamento de aplicación en 1984. Se trata de una ley de plazos que permite el aborto dentro de las 24 primeras semanas de gestación. Este límite se considera de forma muy estricta y en la práctica la mayoría de los abortos se llevan a cabo dentro de las 22 semanas. Sólo los abortos por razones médicas se extienden a la semana 24.

El objetivo de la ley, según su exposición de motivos, es encontrar un equilibrio entre los dos intereses en conflicto: el del no nacido y el de la mujeres en “situación difícil” a consecuencia de un embarazo no deseado. La ley no establece criterios o motivos para justificar el aborto pero sí se asegura de que la decisión no se tome de forma precipitada a través de unos requisitos de procedimiento establecidos con este fin. Es necesaria una consulta médica previa en la que se ofrezcan a la mujer soluciones alternativas. En un segundo paso el facultativo debe certificar que la decisión se ha tomado después de una consideración detenida y por la libre voluntad de la afectada. Se requiere que entre la primera consulta médica y la práctica de la intervención medie un lapso mínimo de cinco días.

La interrupción del embarazo debe llevarse a cabo en los hospitales y clínicas autorizados para este propósito. Al mismo tiempo se permite la objeción de conciencia ya que no existe obligación para el personal sanitario de participar en la interrupción voluntaria del embarazo.

El límite de las 24 semanas para la práctica del aborto está relacionado con el momento en que el feto es viable fuera del vientre materno, momento a partir del cual el aborto se tipifica como delito en el Código Penal.

En la actualidad existen 108 hospitales y 17 clínicas autorizadas para la práctica del aborto de acuerdo con la ley. El coste de la prestación para las mujeres residentes en Países Bajos se incluye dentro del sistema de seguridad social y también es cubierto por los seguros privados de salud. Esto no se aplica para las no residentes que deben pagar por la intervención.

1.22. Hungría

En 1992, el Parlamento de Hungría promulgó una nueva ley del aborto.

Dicha ley hizo hincapié en el respeto de la vida del feto y en que el aborto no iba a ser considerado una forma de planificación familiar, sin embargo, permitió que una mujer pudiese tener acceso a la práctica de un aborto a petición durante las primeras 12 semanas de embarazo cuando ella esté en una "situación de crisis". Y siempre y cuando obtuviese el asesoramiento y esperase tres días entre la presentación de su solicitud de aborto y la realización del mismo.

Además, la ley permite abortos más allá de este plazo por razones de salud, por razones de defecto fetal y en los casos en que el embarazo fue el resultado de un acto criminal, así como cuando la mujer sufriera de incapacidad parcial o total, cuando no hubiera reconocido su embarazo debido a un error médico, o cuando el período de abortos legales hubiese transcurrido debido a la negligencia del hospital o de la administración.

Si el embarazo pone en peligro la vida de la mujer o el feto presentase una malformación que hiciese imposible cualquier forma de vida posnatal, el aborto podría realizarse en cualquier momento durante el embarazo.

Una mujer estaba obligada a pagar por el aborto realizado a petición bajo la justificación de encontrarse en una "situación de crisis".

Al igual que las ordenanzas anteriores, la nueva ley fue impugnada ante el Tribunal Constitucional por los grupos anti-aborto, que volvió a solicitar que no proteja suficientemente la vida del feto. De nuevo, en una decisión de 1998, la Corte rechazó este argumento. Sin embargo, encontró que la ley era defectuosa en que la justificación "situación de crisis" no estaba lo suficientemente bien definida, lo que permitía que una mujer obtuviese un aborto sobre la base de una simple declaración, sin la especificación de sus problemas o un control sobre ellos. Se dio a la Asamblea Nacional hasta el 30 de junio de 2000 para promulgar una nueva legislación que definiese "situación de crisis" y las circunstancias en que se podría obtener un aborto por este motivo.

A tenor de lo anterior, en el año 2000, el parlamento promulgó una nueva ley que, a rasgos generales, es igual que la anterior. Salvo que ésta se requiere que la mujer que busca un aborto se someta a dos sesiones de consejería (que intentan disuadirla de tener un aborto); la ley también restringe el financiamiento para el aborto a los casos de indicaciones médicas y en casos de violación.

1.23. Irlanda

El aborto en Irlanda ha sido ilegal desde la fundación de la República. La principal fuente de ley del aborto es la Ley de Delitos contra la Persona de 1861; la misma legislación que regulaba el aborto en Gran Bretaña e Irlanda del Norte, y que se mantuvo en vigor en Irlanda después de que el país obtuvo su independencia del Reino Unido.

Según la ley, la práctica de un aborto "ilegal" es un crimen, tanto para la persona que realiza el aborto como para la mujer a la que se lo practican.

Se presume que en Irlanda casi todos los abortos están prohibidos, con la posible excepción de un aborto practicado para salvar la vida de la mujer embarazada.

1.24. Islandia

La Ley de 22 de mayo 1975 liberalizó el ejercicio legal del aborto en Islandia.

Esa legislación permite que se lleven a cabo abortos cuando:

- Existe una amenaza para la vida o la salud mental o física de la mujer embarazada.
- Cuando el embarazo sea consecuencia de un delito
- Cuando un defecto fetal grave está presente
- Cuando, a causa de la juventud o la falta de desarrollo mental, la mujer no puede cuidar a un niño de una manera satisfactoria.

Además, la ley permite abortos por razones sociales. Estos factores sociales, que se consideran ajenos a la voluntad de la mujer embarazada, son factores que se estiman para que el nacimiento de un hijo sea demasiado difícil para la mujer y su familia inmediata. Incluyen las siguientes situaciones:

- la mujer ha dado a luz a varios hijos a intervalos frecuentes y sólo ha transcurrido un corto período de tiempo desde el nacimiento anterior.
- La mujer vive en circunstancias difíciles debido a la presencia de muchos niños pequeños en su familia o debido a los problemas de graves de salud de otras personas en el hogar.
- La mujer no puede cuidar de un hijo de manera satisfactoria, debido a su juventud o falta de madurez, o una enfermedad física o mental de su pareja obstaculiza seriamente su capacidad para cuidar o criar a un niño.

Toda mujer que presente una solicitud de aborto en Islandia está obligada a recibir asesoramiento en lo que respecta a la asistencia social que está disponible para ella. El aborto, si se lleva a cabo, deberá realizarse en un hospital reconocido. Tras el aborto, la mujer debe recibir asesoramiento sobre el uso de anticonceptivos antes de abandonar el hospital y, más tarde, ella tiene que regresar para un examen médico y de asesoramiento.

Por ley, el aborto en Islandia se debe realizar durante las primeras 16 semanas de embarazo. Sin embargo, este límite no se aplica en los casos donde la vida de la madre o su salud están en peligro o si la deformidad del feto está presente. Para tales situaciones es condición un mandato escrito de la comisión en el que se apruebe el aborto.

1.25. Italia

En este país el marco legal en materia de aborto es la Ley 194 del 22 de mayo de 1978 relativa a la protección social de la maternidad y la interrupción voluntaria del embarazo. Dicha ley, en su artículo 4, establece los casos de despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Las condiciones que se deben reunir son las siguientes:

- La interrupción del embarazo debe ser solicitada por la mujer;

- La continuación del embarazo, el nacimiento o la maternidad constituirían un riesgo para la salud física o mental de la madre “habida cuenta de su estado de salud; del contexto económico, social o familiar; de las circunstancias en las que la concepción hubiera tenido lugar; o de la probabilidad de que el feto presente anomalías y malformaciones”;
- La consulta a un médico de un centro de atención público o un servicio médico social autorizado por parte de la mujer;
- La intervención destinada a interrumpir el embarazo debe tener lugar en el transcurso de los primeros noventa días de la gestación. Este plazo se prolonga si el embarazo o el parto presentan un grave peligro para la vida de la mujer o si hubiesen sido diagnosticadas graves anomalías o malformaciones del feto que constituyan un peligro grave para la salud física o mental de la mujer.

El artículo 12 de la ley requiere el consentimiento de los padres o del tutor cuando la mujer sea menor. “Sin embargo, durante los noventa primeros días de gestación, cuando, por motivos serios, sea imposible o desaconsejable consultar a las personas que ejerzan la patria potestad o la tutela, o cuando estas personas, luego de ser consultadas, se niegan a prestar consentimiento o expresen opiniones contradictorias”, el médico podrá solicitar al juez tutelar que tome la decisión de autorizar o no la interrupción del embarazo. Esta decisión no es apelable.

Cuando exista un peligro grave para la salud de la mujer menor y sea necesaria una intervención de urgencia, la interrupción del embarazo puede ser solicitada por la mujer, sin ser necesario el consentimiento de la persona que ejerza la patria potestad o del tutor y sin acudir al juez.

1.26. Kazajstan

Kazajstan, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Kazajstan, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Kazajstan fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante

el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Kazajstan no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

1.27. Kirguizistan

Kirguizistan, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Kirguizistan, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Kirguizistan fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Kirguizistan no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

1.28. Letonia

Letonia, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Letonia, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Letonia fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

En 2002 Letonia aprobó una nueva ley de aborto y en 2003 emitió una nueva reglamentación que requiere que la mujer reciba consejería relacionada con los aspectos morales de la terminación del embarazo, las posibles complicaciones médicas y la posibilidad de preservar la vida del niño todavía no nacido. Un período de espera de tres días sigue a la consejería y, durante ese tiempo, la mujer debe ser informada “repetidamente” de todas las posibles complicaciones resultantes de la terminación del embarazo. El aborto debe realizarse mediante hospitalización en una institución médica y, si la mujer embarazada es menor de 16 años, ella debe recibir el consentimiento de un padre o tutor.

1.29. Liechtenstein

El aborto en Liechtenstein se rige por las disposiciones del Código Penal, de 24 de junio de 1987.

Según dichas disposiciones, la realización de abortos es ilegal, salvo en los siguientes supuestos:

- Cuando sea necesario para prevenir un peligro grave para la vida de la mujer embarazada o un daño grave a su salud.
- Cuando la mujer embarazada es menor de catorce años y no ha sido casada con el hombre que la preñó.
- Cuando se lleve a cabo para salvar a la mujer embarazada de un peligro inminente para su vida que de otro modo no se puede prevenir.

En los dos primeros casos, el aborto debe ser realizado por un médico con el consentimiento de la mujer; en el tercer caso, el aborto puede ser realizado por cualquier persona y, si no se puede obtener en el tiempo, sin el consentimiento de la mujer embarazada.

1.30. Lituania

Lituania, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Lituania, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Lituania fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Lituania no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

1.31. Luxemburgo

El aborto se liberalizó en Luxemburgo en 1978, pocos años después de que se produjera una liberalización similar en otros países de Europa occidental. La Ley en vigor data del 15 de noviembre de 1978, “loi du 15 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption de la grossesse”. Los artículos 12 y 13 contienen lo esencial del tratamiento legal de la interrupción voluntaria del embarazo en el Gran Ducado de Luxemburgo.

Bajo esta ley, que derogó las disposiciones anteriores, el aborto es legal durante las primeras 12 semanas de embarazo en las siguientes circunstancias (artículo 353 del Código Penal, modificado):

- Cuando la continuación del embarazo o las condiciones de vida que pueden resultar del nacimiento pueden poner en peligro la salud física o mental de la mujer embarazada.
- Cuando hay un grave riesgo de que el niño nazca con una enfermedad grave o con malformaciones físicas o mentales considerables.
- Cuando el embarazo se puede considerar como el resultado de violación.

La mujer debe consultar a un ginecólogo u obstetra para que le informe de los riesgos médicos de la intervención. Así mismo, ella debe dar su consentimiento por escrito para la realización del aborto, excepto cuando su vida esté en peligro, sea menor de edad, o no sea capaz de expresar su voluntad. En estos casos, un representante jurídico ad hoc está obligado a dar su consentimiento.

Las necesidades adicionales son un período de una semana de espera desde el momento de su consulta con un ginecólogo u obstetra y la certificación de un médico sobre la existencia de las circunstancias enumeradas más arriba. El aborto debe ser realizado por un médico en un hospital u otro establecimiento aprobado por Orden del Ministro de Salud. El costo de un aborto está cubierto por los planes de seguro del gobierno.

Más allá del período de 12 semanas, la ley permite el aborto sólo si hay una amenaza muy grave para la vida o la salud de la mujer embarazada o del niño por nacer. En estos casos, dos médicos cualificados están obligados a certificar por escrito que existe tal circunstancia.

Un médico no está obligado a realizar un aborto, excepto cuando la vida de la mujer embarazada está en peligro inminente.

La tolerancia social y oficial hacia la interrupción voluntaria del embarazo es muy amplia, practicándose en establecimientos públicos o privados con la cobertura de la Seguridad Social luxemburguesa, aunque siempre mediante la aplicación de la ley.

1.32. Malta

Según el Código Penal de Malta (capítulo 9 de las Leyes de Malta), el aborto está prohibido en todas las circunstancias. La persona que realice un aborto está sujeta a una pena de entre 18 meses y tres años de prisión. Un médico, cirujano, obstetra, o farmacéutico que realice un aborto está sujeto a una pena de entre 18 meses y cuatro años de prisión más la prohibición permanente de ejercer su profesión.

No está claro si un aborto podría ejecutarse legalmente en Malta para salvar la vida de una mujer embarazada en virtud del principio general de necesidad del derecho penal. Las disposiciones específicas que permitían llevar a cabo un aborto con este fin fueron retirados del Código Penal en 1981.

1.33. Moldavia

Como fue el caso con todas las ex repúblicas soviéticas, Moldavia, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Moldavia, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Moldavia fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Moldavia no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

1.34. Mónaco

Mónaco tiene una de las leyes de aborto más restrictivas de Europa. En virtud del Código Penal (Ley N° 829 de 28 de septiembre de 1967), declaró que no hay excepciones a la prohibición general del aborto. No obstante, en virtud del principio general de necesidad del derecho penal, un aborto se puede realizar para salvar la vida de una mujer embarazada.

1.35. Noruega

La ley que regula el aborto en Noruega fue promulgada en 1978.

Según dicha norma, una mujer puede obtener un aborto a petición durante las primeras doce semanas del embarazo después de haber recibido información sobre los aspectos médicos y los efectos del procedimiento y de haber sido asesorada sobre la asistencia que la sociedad pone a su disposición.

Después de la duodécima semana de gestación, un embarazo puede ser terminado:

- Si el embarazo, el parto o el cuidado del niño puede producir fatiga excesiva para la salud física o mental de la mujer o se encuentra en "circunstancias difíciles".
- Si hay un riesgo importante de que el niño pueda sufrir de una enfermedad grave.
- Si el embarazo es consecuencia de un acto criminal.
- Si la mujer sufre de una enfermedad mental grave o retraso mental.

La práctica del aborto debe ser aprobado por un Comité compuesto por dos médicos. Para determinar si aprueba o no un aborto solicitado por las dos primeras razones anteriores, la comisión debe considerar la situación general de la mujer embarazada, incluyendo el grado en que ella puede brindar atención satisfactoria para el niño. A la valoración de la situación de la mujer se le debe dar una consideración importante.

Un aborto no se puede realizar después de 18 semanas de embarazo a menos que haya razones especialmente importantes para hacerlo. La autorización para interrumpir un embarazo más allá de este punto no puede ser concedida si hay motivos para suponer que el feto sea viable.

La solicitud de un aborto la debe hacer la propia mujer embarazada. Si ella es menor de 16 años, o padece retrasado mental, sus padres o tutores legales tienen la oportunidad de expresar una opinión con respecto al aborto. Si la mujer está gravemente perturbada mental o retrasada mental, la solicitud se presentará por parte de su tutor.

El aborto que se practica después de 12 semanas de embarazo debe ser realizado en un hospital; antes de ese punto, un aborto se puede realizar en otras instituciones autorizadas.

El aborto legal debe ser realizado por un médico. El personal sanitario que, por motivos de conciencia, no desean asistir con un aborto, debe expresar este hecho por escrito, junto

con los detalles que acrediten, al director administrativo de la institución. El derecho de rechazar prestar asistencia en un aborto sólo se concede al personal que lo realiza o ayuda en el procedimiento en sí y no a los proveedores de servicios, atención y tratamiento a la mujer antes o después del procedimiento. El derecho del personal de atención de salud a negarse a ayudar a un aborto no ha sido un problema importante de Noruega.

1.36. Polonia

En Polonia la interrupción voluntaria del embarazo se encuentra regulada por la Ley de 7 de enero de 1993 sobre planificación familiar, protección del feto humano y condiciones del aborto legal.

Esta Ley fue aprobada por iniciativa del Parlamento de Polonia después de un amplio debate social en el que se recabó la opinión de expertos médicos y legales. Se buscó el mayor grado posible de acuerdo entre las distintas opiniones.

Las circunstancias son las siguientes:

- Que el embarazo suponga un grave riesgo para la salud o la vida de la madre.
- Que los exámenes médicos prenatales indiquen que hay una alta probabilidad de que el feto tenga daños severos e irreparables o que sufra una enfermedad incurable.
- Que exista una sospecha fundada de que el embarazo se ha producido como resultado de una acción criminal, como por ejemplo de una violación.

La presencia de alguna de estas circunstancias debe ser apreciada por un médico especialista que debe ser distinto a aquel que va a realizar la intervención, a no ser que haya un riesgo inmediato para la vida de la madre. En este caso la intervención ha de ser aprobada por el Ministerio Fiscal.

No existen plazos legales para llevar a cabo la intervención, salvo en el segundo supuesto. Es decir, que el feto tenga daños severos e irreparables. En este caso no podrá realizarse la intervención en fetos mayores de 12 semanas. En los otros dos casos la intervención puede practicarse hasta que el feto pueda vivir de manera independiente fuera del seno materno.

En todos los casos se exige el consentimiento por escrito de la madre. Si ésta es menor de 15 años o incapaz, el consentimiento ha de estar firmado por los padres o por el representante legal. Para el caso de menores de 13 años es necesario además el consentimiento del Tribunal de Menores.

Los médicos deben guardar en todo momento el secreto profesional y se les reconoce el derecho a la objeción de conciencia. Si se acogen a este derecho deberán indicar que médico o qué centro pueden prestar el servicio. El derecho a la objeción de conciencia no puede ejercitarse si hay un grave riesgo para la vida de la madre.

La prestación se lleva a cabo en clínicas ginecológicas o en hospitales del sistema nacional de salud de forma gratuita. Las personas que tengan seguros privados también pueden solicitar la prestación en hospitales privado.

1.37. Portugal

La despenalización del aborto fue aprobada por la Asamblea de la República y plasmada en la ley 16/2007, de 17 de abril. La ley fue desarrollada por la “Portaria” (Decreto) 741-A/2007 de 21 de junio.

Esta ley, que modifica fundamentalmente varios artículos del Código Penal, establece la posibilidad de una interrupción libre y voluntaria del embarazo, siempre que se realice en un establecimiento de sanidad oficial u oficialmente reconocido, con consentimiento de la mujer y en los siguientes supuestos:

- Opción libre de la mujer en las primeras 10 semanas del embarazo.
- Cuando hay peligro de muerte, riesgo grave de lesión permanente o pelagra la salud física o psíquica de la mujer, en las primeras 12 semanas.
- En los supuestos de violación (“crimen contra la libertad y la autodeterminación sexual de la mujer”), en las primeras 16 semanas.
- Cuando existen motivos ciertos para prever que el feto sufrirá, con carácter incurable, una enfermedad grave o una malformación congénita, en las 24 primeras semanas. Cuando el feto es inviable, se puede realizar en cualquier momento.

Se trata de un sistema mixto. Las interrupciones voluntarias del embarazo que cumplan los requisitos legales, deben practicarse en un establecimiento de salud oficial u oficialmente reconocido (se encarga de ello la DG de Salud del Ministerio de Sanidad. Las clínicas privadas oficialmente reconocidas tienen que obtener la licencia de “clínica de cirugía ambulatoria” para poder realizar intervenciones más allá de las 10 semanas). La prestación es totalmente gratuita, iniciándose el procedimiento en los centros de salud, que derivan la realización de las operaciones a los hospitales públicos. Cuando no hay posibilidad de realizarlo en los hospitales públicos, existe un sistema de concierto con clínicas privadas acreditadas.

1.38. Reino Unido

El aborto en Inglaterra, Escocia y Gales está actualmente regulado por la Ley del Aborto de 1967, modificada por la Ley de Fertilización Humana y Embriología de 1990, que permite que el aborto se realice por motivos generales, certificado por dos médicos.

Los dos médicos deben ser de la opinión formada en buena fe:

- Que el embarazo no es superior a 24 semanas y la continuación del embarazo supone un riesgo, mayor que si el embarazo se diera por concluido, en perjuicio para la salud física o mental de la mujer embarazada o de cualquier niño de su familia ya existente.
- Que la terminación es necesaria para evitar un perjuicio grave y permanente para la salud física o mental de la mujer.
- Que la continuación del embarazo implica riesgo para la vida de la mujer, mayor que si el embarazo se diera por concluido.
- Que existe un riesgo considerable de que si el niño nace, podría verse afectado por tales anormalidades físicas o mentales que sea gravemente discapacitado.

Al evaluar el riesgo para la salud de la mujer y sus hijos ya existentes, los médicos pueden tomar en consideración de la mujer el "entorno real o razonablemente previsible". Debido a esta disposición y a una interpretación amplia de lo que constituye una amenaza para la salud, prácticamente los abortos están disponibles bajo petición en el Reino Unido.

En la actualidad, no existe obligación legal por parte de las Autoridades Sanitarias para proveer un determinado nivel de servicio de aborto.

La Ley del Aborto de 1967 no se aplica en Irlanda del Norte. Existen disposiciones de la Ley de Delitos contra la Persona de 1861 que siguen en vigor, según la interpretación por decisión judicial. Hasta 1993, sin embargo, no hubo decisiones de Irlanda del Norte específicamente por parte del tribunal. A finales de 1993 y principios de 1994, dos casos resueltos por los tribunales de Irlanda del Norte confirman esta presunción. En uno de ellos una niña de catorce años de edad que había quedado embarazada y amenazó con suicidarse si no la podían practicar un aborto; otro caso en el que participaron otras personas gravemente discapacitadas mentalmente y en el que una mujer de 23 años de edad había sido asaltada sexualmente y se declaró muy angustiada por el resultado de embarazo. En ambos casos, los tribunales decretaron que se podría realizar un aborto legal por motivos graves de salud mental.

Además de Irlanda del Norte, hay tres jurisdicciones insulares anómalas que, aunque bajo el control del Reino Unido, no son técnicamente parte del mismo: la Bailía de Jersey y la Bailía de Guernsey, que están situadas frente a la costa de Normandía y en conjunto conforman las Islas del Canal, y la Isla de Man (Tynwald), que se encuentra entre Irlanda y Gran Bretaña. Cada una ha mantenido un amplio margen de autonomía del Gobierno central y tiene su propio sistema de ley distinto de la del Reino Unido. En los tres, el aborto siempre ha sido prohibido en gran parte.

En los últimos años, los legisladores de las tres jurisdicciones han tomado medidas para legalizar el aborto bajo ciertas circunstancias, a pesar de una gran oposición de ciertos sectores de la población de las islas. En 1995, la Isla de Man promulgó la Ley de Interrupción del Embarazo. Según dicha ley hay tres motivos para la realización de abortos legales:

- Cuando dos médicos son de la opinión de buena fe que es necesario para preservar la vida de la mujer embarazada; en este supuesto se incluye la situación en que la continuación del embarazo implica un riesgo importante para la vida de la mujer embarazada mayor que si el embarazo se termina, y la situación en la cual la terminación del embarazo es necesario para evitar daños graves permanentes para la salud, física o mental de la mujer. Este supuesto es aplicable durante todo el embarazo.
- Cuando dos médicos son de la opinión de buena fe que si el niño naciera sería poco probable que sobreviviera (durante todo el embarazo) o que sufriera una discapacidad grave (hasta 24 semanas).
- Cuando dos médicos son de la opinión de buena fe, previa justificación, que el embarazo es resultado de violación, incesto o presunto asalto (hasta 12 semanas).

Por otra parte, un aborto de emergencia se puede realizar en cualquier momento con la aprobación de un solo médico.

Jersey y Guernsey promulgaron una legislación similar en 1996 y 1997, respectivamente.

Se prevé la gratuidad de este servicio a través del National Health Service (NHS).

La ley establece que el aborto debe llevarse a cabo en un hospital o en una clínica especializada.

La financiación del NHS para la práctica de abortos difiere según la zona del país. Los niveles de provisión abarcan desde algo más de un 90% de la demanda local a menos de un 60%. En algunas áreas el NHS financia la realización en clínicas privadas pero en otras áreas del país puede ser necesario pagar.

Se puede contactar con una clínica privada sin ser derivado por un médico de cabecera. En ese caso el NHS no pagará la intervención, aunque sigue siendo necesario el acuerdo de dos médicos para realizar la intervención. La clínica realizará todos los preparativos.

1.39. República Checa

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial, la ley del aborto de la República Checa (hasta el 1 de enero de 1993, parte de Checoslovaquia) ha sido modificada varias veces, con la tendencia general hacia la liberalización. La enmienda más reciente fue aprobada el 23 de octubre de 1986 y entró en vigor en 1987.

Bajo las leyes actuales, el aborto está permitido a petición de la mujer. Para ello debe hacer una solicitud por escrito a su ginecólogo, mediante el cual el médico le informará de las posibles consecuencias del procedimiento y de los métodos disponibles de prevención del embarazo. Si la gestación es menor de 12 semanas y no hay ninguna contraindicación

médica para la intervención, el médico especifica el centro de salud donde el procedimiento se va a realizar. Si la gestación es de más de 12 semanas, o si existen otras contraindicaciones, la solicitud es revisada por una comisión médica.

A las mujeres que han tenido un aborto dentro de los seis meses anteriores no se les permite continuar con el procedimiento a menos que cumplan alguna de las siguientes condiciones: tener al menos 35 años de edad o que el embarazo sea el resultado de una violación.

Más allá del primer trimestre, el embarazo sólo puede ser interrumpido si la vida o la salud de la mujer están en peligro o en el caso de sospecha de malformación fetal.

Si la mujer es menor de 16 años de edad, se requiere el consentimiento de su representante legal. Si la mujer tiene entre 16 y 18 años de edad, se deberá notificar la intervención a su representante legal. El aborto debe ser realizado en un hospital.

1.40. Rumanía

El 26 de diciembre de 1989, uno de los primeros actos del nuevo Gobierno de transición de Rumanía fue la derogación de las disposiciones restrictivas sobre el aborto. Poco después, también derogó las restricciones a la esterilización y el uso de anticonceptivos. Rumanía, sin embargo, no implantó nuevas leyes sobre este asunto hasta 1996. El 5 de noviembre de ese año, se promulga en Rumanía la Ley 140 sobre el aborto.

Según esa legislación, un aborto se puede realizar libremente durante las primeras 14 semanas de embarazo siempre y cuando se lleve a cabo en una institución médica acreditada para tal fin y con el consentimiento de la mujer embarazada. Un aborto se puede realizar más allá de ese plazo si es absolutamente necesario por razones terapéuticas, de acuerdo con las disposiciones legales.

1.41. Rusia

Rusia, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Rusia, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Rusia fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Tras su independencia, el Ministerio de Salud emitió en 1996 una nueva orden sobre las indicaciones para la realización de abortos por motivos sociales después de las primeras doce semanas del embarazo. El orden fue de una lista de seis nuevas indicaciones más allá de las mencionadas anteriormente:

1. Incapacidad del marido
2. El desempleo del marido o de la esposa.
3. La situación de hecho de la mujer
4. Condición económica precaria de la mujer.
5. Falta de vivienda de la mujer.
6. Situación de la mujer como refugiada o persona que necesita de reasentamiento.

Por otro lado, se eliminó la posibilidad de que una mujer obtuviese un aborto por otras razones mediante la aprobación por una comisión. Además, en julio se emitió otra orden de reducción de veintiocho a veintidós semanas el período de embarazo en la cual se podría obtener un aborto por razones sociales.

Además, en la misma época, la Federación de Rusia promulgó un nuevo Código Penal con disposiciones relativas a la realización de abortos ilegales. El antiguo Código contenía una prohibición general sobre el desempeño de tales abortos. El nuevo Código deroga esta disposición y establece que la única vez que un aborto se considerará que se han realizado de forma ilegal, será cuando la persona que lo realiza no tenga las calificaciones necesarias. El Código, en efecto, elimina las sanciones penales en la realización de abortos, siempre y cuando se lleven a cabo por un profesional cualificado.

1.42. San Marino

Conforme a los artículos 153 y 154 del Código Penal de San Marino, el aborto está prohibido.

Una mujer que procura su propio aborto y una persona que le ayuda están sujetos a penas de prisión de segundo grado. Una persona que realiza un aborto a una mujer embarazada con su consentimiento está sujeto a la misma pena. La pena de prisión de tercer grado se impone si la mujer no está de acuerdo con el aborto, si el aborto se realiza con fines lucrativos, o si la mujer muere o resulta gravemente herida. Un profesional de la salud que practique un aborto es sancionado con prisión de tercer grado, así como con la suspensión de la práctica de su profesión. Una mujer embarazada que, debido a su honor, causa su propio aborto o consienta que se cause está sujeta a pena de prisión de primer grado.

No obstante, en virtud del principio general de necesidad del derecho penal, un aborto se puede realizar para salvar la vida de la mujer embarazada.

1.43. Suecia

Suecia es uno de los países más avanzados del mundo en la despenalización del aborto. Los primeros pasos se remontan a la Ley del Aborto de 1938, que permitió el aborto legal en casos específicos. Dicha Ley sufrió enmiendas a lo largo de los años, despenalizándose gradualmente dicha práctica, hasta llegar a mediados de la década de los 70, cuando se aprueba en 1975, la “Ley del Aborto” actualmente en vigor. La última modificación de la Ley se produjo en 2007.

La Ley permite a la mujer interrumpir voluntariamente el embarazo, siempre y cuando esta medida se tome antes del final de la semana de embarazo número dieciocho, es decir, hacia la mitad del periodo de gestación.

Se contempla la posibilidad de interrumpirlo más allá del final de la misma, de la semana 18 a la 24. En ese caso se requiere permiso de la Dirección Nacional de Sanidad y Bienestar Social. Normalmente se concede cuando pueda constituir un serio peligro para la vida o la salud de la mujer o del feto. No se concede si se considera que el embrión es viable. Las decisiones de dicha Dirección Nacional son inapelables. Un 95% de los abortos se practican en las primeras 12 semanas de embarazo.

Asimismo, se garantiza la gratuidad del aborto, y serán las personas que tienen autorización para ejercer la profesión médica las que deban llevar a cabo un aborto o la interrupción del embarazo, según estipula la ley. También se prevé, para antes y después de producirse el aborto o la interrupción del embarazo, ayuda y apoyo psicológico en los hospitales y centros sanitarios autorizados.

Hay que señalar, además de la Ley mencionada, unas “Instrucciones y Consejos Generales de la Dirección Nacional de Sanidad y Bienestar Social sobre el aborto” (1985:796), normas que también se han ido modificando hasta la actualidad, siendo la última modificación en el año 2001. Las “instrucciones” señaladas serán de obligatorio cumplimiento, mientras que los “consejos generales” son recomendaciones de cómo debe aplicarse el reglamento.

Las instrucciones se aplican a los terrenos definidos por la Ley del Aborto, y se refieren tanto al aborto terapéutico como al de petición, tanto dentro como fuera de plazo, así como al apoyo ofrecido a las mujeres.

En cuanto a los consejos generales, cabe destacar los que se aplican al plazo para proceder al aborto, que deberá efectuarse “lo más rápidamente posible”, sobre prevención del embarazo, sobre el profesional que va a ofrecer un apoyo psicológico, sobre el examen médico y psicosocial a la mujer embarazada, así como a las mujeres menores de 18 años, insistiéndose en este último punto en el apoyo que se les debe ofrecer y a la protección, si fuera necesario, del secreto de la información relacionada con su embarazo.

La prestación es gratuita a todos los efectos, se haga por la vía pública o privada. En este último caso, hay que señalar que son relativamente pocos los casos de interrupción del embarazo.

1.44. Suiza

El marco legal en el que se encuadraba la cuestión del aborto hasta el año 2002, era el Código Penal, artículos 118 a 120.

Desde la vigencia del Código Penal de 1942 hasta el 30 de septiembre de 2002, el aborto estaba prohibido en Suiza. La única excepción era que la mujer corriera un riesgo de daño grave y permanente en su salud. Este peligro debía corroborarse por medio de un certificado de un segundo médico autorizado por el cantón.

A pesar de la legislación restrictiva, la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo se fue liberando paulatinamente. Desde los años 70, el número de cantones liberales se elevó de 6 a 19 en 2002, año en que se implementó el “régimen del plazo”. En la mayoría de los cantones, la noción de salud era interpretada, por los médicos que debían otorgar la certificación de conformidad, en el sentido amplio de la Organización Mundial de la Salud: “La salud consiste no sólo en una ausencia de enfermedad física o psíquica; es un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Hacia 2002, tan sólo en tres cantones era imposible practicar una interrupción voluntaria del embarazo.

El 4 de julio de 2002 se promulgó la Ley N ° 588 sobre la interrupción voluntaria del embarazo^{50,51}, que entró en vigor el 1 de octubre de ese mismo año⁵². Según este nuevo régimen, dentro de las doce primeras semanas desde la última menstruación, la decisión de interrumpir un embarazo pertenece a la mujer. A partir de la decimotercera semana, la interrupción del embarazo se admite si es autorizada por un médico y determina que es necesaria debido a un riesgo grave para la integridad física o un estado de peligro profundo para la mujer embarazada.

1.45. Tayikistan

Como es el caso con todas las ex Repúblicas Soviéticas, Tayikistan, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Tayikistan, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Tayikistan fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Tayikistan no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

⁵⁰ Olson E, "Swiss voters lift restrictions on abortion", *New York Times*, 3 de junio, 2002, <<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9E05E3D6123AF930A35755C0A9649C8B63&scp=4&sq=Switzerland+abortion+law&st=nyt>>, consultado el 16 de junio, 2010.

⁵¹ Reed Boland y Laura Katzive, "Acontecimientos en las leyes sobre el aborto inducido: 1998-2007", disponible en el sitio web del Instituto Alan Guttmacher, <http://www.guttmacher.org/sections/sp/index.php>

⁵² Islas Züttel P, "En vigor nueva ley del aborto", *swissinfo.ch*, 1 de octubre de 2002, http://www.swissinfo.ch/spa/En_vigor_nueva_ley_del_aborto.html?cid=2957018, consultado el 16 de junio, 2010.

1.46. Turkmenistan

Como es el caso con todas las ex Repúblicas Soviéticas, Turkmenistan, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Turkmenistan, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Turkmenistan fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Turkmenistan no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

1.47. Ucrania

Ucrania, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Ucrania, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Ucrania fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Ucrania no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

1.48. Uzbekistan

Como es el caso con todas las ex Repúblicas Soviéticas, Uzbekistan, conocido antes de 1992 como la República Socialista Soviética de Uzbekistan, estaba sujeta a la regulación del aborto que establecía la legislación de la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas. Como resultado, las prácticas de aborto en Uzbekistan fueron similares a los de toda la antigua URSS.

El Decreto soviético del 27 de junio de 1936, prohibía la realización de abortos, excepto en el caso de peligro para la vida o amenaza grave para la salud de la madre o la existencia de una enfermedad grave que pudiera ser heredada de los padres por el feto. Esta legislación ha sido sucesivamente modificada mediante la aprobación de diversos decretos en 1955, 1982 y 1987.

Tras dichas modificaciones, la legislación establecía que la práctica del aborto estaba permitida a petición de la mujer hasta la duodécima semana de gestación.

Además se proponía un plazo más amplio para los abortos por motivos de salud y otras indicaciones no médicas. Estas últimas indicaciones incluían la muerte del marido durante el embarazo; el encarcelamiento de la mujer embarazada o su marido, la privación de los derechos de maternidad, multiparidad (número de hijos superior a cinco), el divorcio durante el embarazo, violación después del embarazo; y la discapacidad infantil en la familia. Estas condiciones debían ser aprobadas por una comisión y el límite máximo para la realización de la intervención era dentro del plazo de las primeras veintiocho semanas de gestación. Por último, el aborto podría realizarse, siempre con la aprobación de una comisión, por cualquier otro motivo.

Desde la independencia de Uzbekistan no ha habido ningún cambio en la ley del aborto.

Cuadro comparativo sobre causas de legalización del aborto

<i><u>Causas de legalización</u></i>	Riesgo de la vida de la mujer	Riesgo físico	Riesgo psíquico	Violación o incesto	Malformación fetal	Razones socio-económicas	Viable a petición de la mujer
Albania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí ^{*1}
Alemania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Andorra	Sí	No	No	No	No	No	No
Armenia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Austria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Azerbaiyan	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bélgica	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bielorrusia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bosnia-Herzegovina	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Bulgaria	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Chipre	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Croacia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Dinamarca	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Eslovaquia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Eslovenia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Estonia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Finlandia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Francia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Georgia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Grecia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Holanda	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Hungría							
Irlanda	Sí	No	No	No	No	No	No
Islandia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Italia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Kazajstan	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Kirguizistan	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Letonia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Liechtenstein	Sí	Sí	Sí	No	No	No	No
Lituania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Luxemburgo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Malta	No	No	No	No	No	No	No
Moldavia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Mónaco	Sí	No	No	No	No	No	No
Noruega	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Polonia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Portugal	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Reino Unido	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No
República Checa	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Rumania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Rusia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
San Marino	Sí ^{*2}	No	No	No	No	No	No

Suecia	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Suiza	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Tayikistan	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Turkmenistan	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Ucrania	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Uzbekistan	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

*1 La mujer embarazada debe alegar que su estado le provoca problemas psicológicos y sociales.

*2 La interpretación legal permite este motivo.

Este cuadro comparativo ha sido elaborado sobre la base de los datos obtenidos del informe “Abortion Policies: A Global Review”, publicado en 2002 por la División de Población de las Naciones Unidas y extraído del sitio <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm> (Perfiles de los Países).

Nota: Se aclara que se modificaron los datos relativos a Suiza y Portugal, respecto de los que figuran en la publicación, debido a que sus legislaciones sufrieron modificaciones en septiembre de 2002 y en abril de 2007, respectivamente.

2. Tasas de aborto en algunos países europeos

A continuación se exponen, con carácter comparativo, las tasas de abortividad de algunos países europeos. Las cifras son del año 2007 y se presentan en tanto por mil.

Tabla 2. Tasas de aborto de algunos países europeos

PAÍS	TASA DE ABORTO (en tanto por mil)
Albania	27,2
Alemania	7,8
Austria	1,3
Bélgica	7,5
Bulgaria	21,3
Dinamarca	14,3
Eslovaquia	11,7
España	11,4
Estonia	33,3
Francia	16,9
Gran Bretaña	17
Grecia	5
Holanda	10,4
Hungría	23,4
Italia	10,6
Letonia	27,3
Lituania	13,9
Noruega	15,2
Portugal	0,2
República Checa	12,2
Rumanía	27,8
Suecia	20,2
Suiza	7,3

FUENTE: www.decidooyo.es

V

VERTIENTE SOCIOLÓGICA

1. Consideración previa al enfoque

No cabe duda que la cuestión del aborto es un problema sociológico. Los factores que lo determinan y que lo condicionan y el ámbito en el que se desarrolla le imprimen su naturaleza de sociológico.

Por eso, para la comprensión de dicha vertiente, se ha considerado oportuno el abordaje previo de todos estos factores (científicos, jurídicos y políticos) que conforman un marco perfecto para el estudio del problema del aborto en el campo de la sociología.

En este capítulo se va a fijar la atención en su proyección sociológica, en las posturas que se adoptan al respecto, en las manifestaciones que suscita y en los conflictos mediáticos que se crean al respecto.

La importancia de esta vertiente es tal que, cuando desde la política se quiere apoyar o, por el contrario, oponerse a una determinada actuación, se acude al sustrato sociológico para sustentar dicho proceder.

2. El aborto en cifras en España

Las cifras del aborto en España, desde su despenalización, han ido en aumento. En 1987, dos años después de que entrara en vigor la despenalización del aborto, se produjeron aproximadamente 16.766 intervenciones, mientras que en 2008, último año del que se tienen estadísticas, se produjeron 116.288⁵³. Esto supone un incremento de casi 100.000 intervenciones.

A continuación se muestran los datos de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres de 15 a 44 años desglosados por comunidades autónomas entre los años 2000 y 2008 (tabla 2).

Tabla 3: IVEs en tasas absolutas en mujeres entre 15 y 44 años según CCAA

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL NACIONAL	63.756	69.857	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.813
ANDALUCÍA	10.552	11.697	12.704	14.280	15.835	17.683	18.581	20.358	20.574
ARAGÓN	1.888	2.148	2.378	2.531	2.542	2.744	2.970	3.067	3.280
ASTURIAS	1.893	1.652	1.754	1.749	1.872	1.782	1.764	1.627	1.679
BALEARES	2.267	2.437	2.678	2.612	2.702	2.792	3.155	3.494	3.387
CANARIAS	3.080	3.126	2.979	2.772	2.892	3.385	4.179	5.181	4.882
CANTABRIA	453	486	525	499	536	523	552	554	728
CASTILLA-LA MANCHA	1.525	1.702	1.967	2.178	2.289	2.908	3.139	3.429	3.655
CASTILLA Y LEÓN	2.841	2.901	2.914	2.993	2.904	2.661	2.716	3.153	3.336
CATALUÑA	13.134	13.865	15.435	15.373	15.927	16.905	20.123	21.871	25.379
C.VALENCIANA	6.329	7.078	7.845	7.875	8.616	9.257	10.219	11.068	11.580
EXTREMADURA	951	861	897	914	1.191	1.205	1.186	1.243	1.383
GALICIA	2.283	2.508	2.619	2.532	2.564	2.525	2.482	2.546	1.981
MADRID	10.862	12.611	14.687	15.434	16.228	17.356	19.242	22.114	22.126
MURCIA	2.042	2.584	3.095	3.144	3.134	3.554	4.030	4.675	5.350
NAVARRA	419	470	533	559	639	639	651	700	765
PAÍS VASCO	1.653	1.646	1.804	1.798	1.997	2.383	2.586	2.955	2.996
LA RIOJA	366	372	491	462	469	513	518	555	597
CEUTA	23	27	27	34	32	19	22	34	15
MELILLA	71	73	52	60	68	84	61	83	87
EXTRANJERO	965	1.470	1.692	1.945	2.496	2.615	3.383	3.423	2.031
NO CONSTA RESIDENCIA	159	143	49	44	52	131	33	8	2

FUENTE: Elaboración del Instituto de la Mujer a partir de los datos de Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Según la tabla anterior, en 2008, Cataluña, Madrid y Andalucía encabezaron la lista de comunidades autónomas con mayor número de abortos, mientras que, La Rioja,

⁵³ Datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Cantabria y Navarra fueron en las que menos intervenciones se practicaron (a excepción de Ceuta y Melilla).

En la siguiente tabla (tabla 2) se muestran los datos de las interrupciones voluntarias del embarazo en mujeres menores de 15 años entre 1998 y 2008 desglosados también por comunidades autónomas. De nuevo, en 2008, Andalucía, Madrid y Cataluña encabezan la lista de éstas intervenciones y Cantabria, La Rioja y Navarra se encuentran a la cola.

Las conclusiones anteriores también se pueden aplicar a la tabla 3, en la que se muestran las cifras de los abortos en las mujeres adolescentes (entre 15 y 19 años) entre los años 1999 y 2008.

Tabla 4: IVEs en menores de 15 años según CCAA

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL NACIONAL	117	159	157	214	274	301	369	423	496	500	475
ANDALUCÍA	39	48	34	43	64	70	83	112	118	111	104
ARAGÓN	2	5	0	1	3	7	11	7	12	13	7
ASTURIAS	0	3	0	1	3	4	2	3	1	3	4
BALEARES	2	3	5	15	6	8	9	12	14	21	12
CANARIAS	12	17	18	35	24	25	33	41	32	37	35
CANTABRIA	0	1	1	1	0	0	0	0	1	2	1
CASTILLA-LA MANCHA	2	3	4	4	5	7	10	7	19	12	19
CASTILLA Y LEÓN	3	1	3	2	3	5	7	6	18	11	22
CATALUÑA	11	21	33	27	43	52	58	52	61	80	67
C.VALENCIANA	9	12	17	20	28	32	35	39	51	60	53
EXTREMADURA	3	2	2	1	10	2	3	8	5	3	6
GALICIA	7	4	4	10	7	6	6	13	14	10	9
MADRID	7	14	12	21	34	35	53	52	66	63	67
MURCIA	4	6	9	11	12	17	19	22	32	24	30
NAVARRA	0	0	2	0	3	2	3	6	3	6	4
PAÍS VASCO	1	2	1	3	1	3	3	4	5	9	7
LA RIOJA	2	0	0	1	0	3	0	2	0	2	1
CEUTA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
MELILLA	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1
EXTRANJERO	13	15	12	15	27	23	33	37	43	33	25
NO CONSTA RESIDENCIA	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0	1

FUENTE: Elaboración del Instituto de la Mujer a partir de los datos de Interrupción Voluntaria del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Tabla 5: IVEs en adolescentes (15 a 19 años) por CCAA

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
TOTAL NACIONAL	8.510	9.047	9.704	10.385	10.656	11.677	12.460	13.398	15.307	14.940
ANDALUCÍA	1.734	1.804	2.074	2.208	2.430	2.711	2.867	2.978	3.281	3.198
ARAGÓN	185	194	245	265	248	270	329	342	394	364
ASTURIAS	193	265	197	210	212	240	208	219	178	181
BALEARES	268	301	326	350	312	340	345	369	438	377
CANARIAS	421	455	606	585	549	562	600	682	781	672
CANTABRIA	55	59	52	55	53	58	58	68	57	84
CASTILLA-LA MANCHA	234	233	248	265	282	309	391	418	494	551
CASTILLA Y LEÓN	347	329	375	377	395	413	410	422	499	537
CATALUÑA	1.797	1.908	1.911	1.967	1.963	2.059	2.106	2.333	2.657	2.730
C.VALENCIANA	880	981	1.027	1.073	1.039	1.174	1.249	1.401	1.637	1.625
EXTREMADURA	148	157	183	186	167	233	230	231	245	265
GALICIA	363	358	339	349	357	369	386	348	400	296
MADRID	1.086	1.149	1.244	1.501	1.581	1.712	1.876	2.161	2.530	2.497
MURCIA	212	300	320	353	357	378	449	446	600	669
NAVARRA	42	54	40	49	54	67	87	71	95	111
PAÍS VASCO	183	167	147	167	190	214	244	278	356	320
LA RIOJA	37	35	34	45	45	46	55	53	55	71
CEUTA	8	5	5	7	8	6	7	3	4	2
MELILLA	15	15	9	15	13	13	22	16	20	17
EXTRANJERO	294	267	307	356	399	498	526	558	586	371
NO CONSTA RESIDENCIA	8	11	15	2	2	5	15	1	0	2

Según la legislación vigente hasta el 5 de julio de 2010, una mujer sólo podía abortar en tres supuestos: riesgo fetal, riesgo para la salud materna y violación. La tabla 4 muestra el porcentaje de abortos que se realizaron bajo cada uno de los supuestos. A la luz de los datos, se observa que en los últimos diez años de los que se dispone de estadísticas, alrededor del 97% de las intervenciones se han practicado bajo la premisa de riesgo para la salud materna. En la mayoría de estos casos se alegaba riesgo para la salud “psíquica” de la mujer, asunto muy subjetivo que puede sugerir numerosas interpretaciones. Todo esto indica que dicho supuesto constituía un “coladero legal” en la despenalización del aborto y apuntaba a la necesidad de una reforma legal en la que se contemplase un cuarto supuesto: la libre voluntad de la mujer.

Tabla 6: IVEs según motivo

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Riesgo fetal	2,27	2,47	2,57	2,53	3,03	2,83	3,06	3,16	2,83	2,91	2,8624
Salud materna	97,32	97,22	97,16	97,16	96,81	96,89	96,7	96,68	96,98	96,93	96,957
Violación	0,03	0,04	0,05	0,09	0,03	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,0233
Varios motivos	0,28	0,19	0,14	0,22	0,13	0,26	0,22	0,15	0,18	0,15	0,1572
No consta	0,1	0,09	0,06	0	0	0	0	0	0	0	0

FUENTE: INE, cuya fuente, a su vez, es la estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Otro de los puntos controvertidos de la antigua legislación era el tipo de centro donde se realizaba la intervención. En las tablas 5 y 6 se detalla el porcentaje de abortos realizados en centros públicos y privados respectivamente.

Entre los años 1998 y 2008 tan sólo alrededor de un 2% de las intervenciones se realizaron en centros públicos, mientras que casi el 98% restante se practicaron en centros privados.

Tabla 7: IVEs. Distribución porcentual según tipo de centro. Centros públicos.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	2,64	2,53	2,37	2,43	2,47	2,86	3,57	2,91	2,51	2,08	1,91
Hospital	88,26	88,54	89,03	88,89	84,62	2,41	3,56	2,91	2,51	2,08	1,91
Extrahospital	11,74	11,46	10,97	11,52	15,38	0,44	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Tabla 8: IVEs. Distribución porcentual según tipo de centro. Centros privados.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	97,37	97,46	97,63	97,57	97,53	97,15	96,44	97,09	97,49	97,92	98,09
Hospital	7,86	7,98	8,54	9,07	9,09	10,13	9,72	9,88	9,11	10,55	10,86
Extrahospital	92,14	92,02	91,46	90,93	90,91	87,02	86,73	87,21	88,38	87,36	87,23

FUENTE: INE, cuya fuente, a su vez, es la estadística de Interrupciones Voluntarias del Embarazo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Según el artículo 417 bis del Código Penal (ya derogado), para el supuesto de riesgo para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, no se establecía ningún plazo para realizar la interrupción del embarazo. Esto suponía una grave “laguna legal” ya que, bajo dicha premisa, se podía proceder a la interrupción durante todo el embarazo. Sin embargo, según muestra la tabla 7, más del 85% de las intervenciones se practicaron antes de las 12 semanas de gestación.

Tabla 9: Distribución porcentual del número de abortos realizados según semanas de gestación

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
8 ó menos semanas	64,80	64,66	65,03	64,29	62,69	63,52	61,43	62,09	62,23	62,84	62,90
9-12 semanas	26,63	25,83	25,68	25,05	26,54	25,36	26,50	25,84	25,71	25,31	25,80
13-16 semanas	4,04	4,51	4,47	5,25	5,36	5,57	6,33	5,98	6,14	6,20	6,11
17-20 semanas	2,88	3,28	3,30	3,68	3,53	3,62	3,69	4,05	3,87	3,69	3,49
21 ó más semanas	1,35	1,41	1,45	1,67	1,85	1,92	2,02	1,98	1,97	1,93	1,67
No consta	0,30	0,31	0,06	0,07	0,03	0,01	0,03	0,07	0,08	0,04	0,02

3. Posiciones en contra y a favor del aborto y sus argumentaciones

Ante el tema del aborto siempre ha habido dos posturas opuestas y enfrentadas: los detractores y los defensores de la legalización del aborto. A continuación se hace un análisis de las argumentaciones que esgrimen unos y otros para respaldar sus respectivas posturas.

Respecto a la postura contraria a la legalización del aborto, el principal argumento que emplean es el valor de la vida humana por encima de todo, según el cual, admitir la legalidad del aborto supondría la quiebra de un valor ético básico. Este razonamiento se sustenta en la consideración del nuevo ser como un ente independiente del cuerpo de la madre desde el mismo instante de la concepción. De ahí, que uno de los mayores debates sobre el aborto se centre en consensuar el momento en el que se inicia la vida como ser humano.

Otro de sus argumentos es el valor proclamatorio de la ley; lo que significa que la legislación es mucho más que un cauce para regular los comportamientos humanos, sino que también sirve para expresar públicamente los valores y principios éticos en los que cree la sociedad.

Por último, otra de las premisas que utiliza la postura antiabortista es la de la multiplicación de las cifras de abortos. La experiencia de algunos países, que no de todos, parece demostrar que la legalización del aborto supone un incremento de las cifras de las intervenciones. Y esta situación, mantenida en el tiempo, puede conllevar a un problema demográfico de despoblación y falta de recursos humanos. Pero, ¿realmente supone un incremento de los casos, o es que con su legalización aumentan los registros?

Por su parte, la postura a favor de la legalización del aborto esgrime como principal argumento el derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad. El hecho de ser madre es un aspecto muy íntimo en la vida de una mujer por lo que es positivo que ella pueda elegir el mejor momento para serlo. Además, con esa posibilidad de decisión, la mujer se siente completamente dueña de su propio cuerpo, ya que durante siglos le ha sido expropiado y otros han decidido siempre por ellas.

Otra premisa a favor de la legalización del aborto es la defensa del pluralismo social. La legislación debe contemplar las diversas opiniones existentes en la sociedad, respetando de esta forma las libertades del mayor número de ciudadanos. Una legislación a través de la que se pueda decidir abarca muchas más opiniones que una legislación restrictiva.

La no discriminación social es otra justificación que utiliza la postura pro abortista. Si no se reconoce el aborto libre y gratuito, tan sólo se podrá someter a esta práctica en una clínica privada previo pago o, incluso, viajando al extranjero. Ante esta situación, las mujeres de mayor nivel económico podrán conseguirlo, mientras que a las de menor nivel no les será posible o deberán someterse a los riesgos que conlleva el aborto clandestino.

Esta última consideración, el aborto clandestino, es también otra de las razones que arguye la postura favorable a la legalización del aborto. Aunque no se pueda considerar al aborto realizado en condiciones clínicas totalmente exento de contraindicaciones, es indiscutible que el aborto en condiciones sub clínicas puede conllevar serios riesgos para la salud y la vida de la mujer.

Acorde con las demás argumentaciones, la última premisa de la postura pro abortista hace referencia a la regulación del hecho social que constituye el aborto. Dado que el aborto es una realidad social inevitable, la alternativa más lógica es su regulación legal, de forma que se evite la discriminación de las mujeres en general y de las de bajo poder adquisitivo en particular, así como las consecuencias negativas del aborto clandestino.

Finalmente, hay varios puntos en los que ambas posturas confluyen; todos están de acuerdo en que el aborto no debe convertirse en una práctica habitual de control de natalidad, sino que debe utilizarse como medida excepcional y, para ello, debe mediar una amplia información sobre sexualidad y anticoncepción. Se han dado grandes pasos en este último aspecto, pero aún así, la formación e información de los adolescentes sigue resultando insuficiente y, por ello, se debe seguir trabajando en esta línea.

A pesar de que ambas posturas coinciden de forma puntual en algunos aspectos, está claro que sus tan diferentes y opuestos planteamientos y objetivos hacen de ellas dos puntos de vista irreconciliables.

4. La cuestión del aborto en los nuevos medios de comunicación

Los medios de comunicación e instituciones mediáticas desempeñan un importante papel en la democratización de las sociedades, en la creación de una esfera pública a través de la cual los individuos puedan ser partícipes en cuestiones cívicas, en la construcción de una identidad social y en la promoción de la expresión y el diálogo creativos. Sin embargo, en algunas ocasiones, diversos factores pueden hacer que el contenido y la naturaleza de la información entre en colisión con sectores de la sociedad misma y ocasionen conflictos de considerable envergadura. A continuación se exponen dos de estos casos en relación con la ley del aborto.

Una treintena de clínicas abortistas y de planificación familiar mantienen un conflicto con el buscador Google por aplicar una “política discriminatoria” que veta su publicidad en el servicio de AdWords, anuncios que aparecen cuando un usuario realiza búsquedas por palabras relevantes⁵⁴. En concreto el buscador anunció que no admitirá la publicidad de estos centros que contengan en la búsqueda palabras como “ginecología”, “diagnóstico prenatal”, “IVE”, “enfermedades venéreas”, “planificación familiar”, “planificación familiar, estudios de fertilidad”, “planificación familiar, píldora del día después” y “pruebas de paternidad”.

Además de la demanda interpuesta por este hecho, las clínicas abortistas estudian reclamar ante la Comisión Nacional de la Competencia por un posible abuso en la posición de poder, al considerar que el perjuicio del veto publicitario por parte de Google es muy elevado en comparación con otros medios, ya que este buscador acapara en torno al 80% de la publicidad *online* en España.

Las clínicas, en una reunión con la secretaria del Ministerio de Igualdad, Isabel Martínez, solicitaron el apoyo de dicho Ministerio en la causa contra Google. Como era de esperar, la secretaria les brindó todo su apoyo.

Frente a todo esto, los representantes de Google declaran que su política sobre el aborto y la planificación familiar no los permite anunciar sitios web que promocionen prácticas abortivas orientadas a determinados territorios, entre los que se encuentra España⁵⁵. Pero ante este argumento, las clínicas esgrimían que después de la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo sobre la interrupción voluntaria del embarazo, la actual política del buscador no tenía sentido.

⁵⁴ “Las clínicas abortistas denuncian a Google por vetar sus anuncios”, *El País*, 4 de mayo de 2010.

⁵⁵ “Google negociará con las clínicas abortistas”, *El País*, 17 de mayo de 2010.

Finalmente, el pasado 18 de mayo, Google se reunió con una representación de las clínicas abortistas para hablar sobre el tema⁵⁶. El buscador declaró que dicha reunión se trata de un “comportamiento tipificado”, ya que cada vez que se modifica la legislación, su departamento legal revisa que sus acciones se adecúen a la ley. Pero también ha apuntado que este encuentro no significa que vaya a haber cambios.

Otro de los conflictos surgidos en las últimas fechas a tenor de la publicidad antiabortista es la retirada de una campaña de la Iglesia por parte de una red social⁵⁷.

La Conferencia Episcopal, tras la aprobación de la ley del aborto, ha desplegado sus armas para mostrar su firme y radical oposición a la norma. El pasado mes de marzo, la jefatura del clero español puso en marcha su imaginación y desarrolló una campaña dirigida al público joven. Dicha campaña (Ilustración 1) consiste en la creación de una página web, www.esuntuenti.org, que muestra un vídeo de la ecografía de un feto en tres dimensiones. El vídeo, de diez minutos de duración, carece de fondo musical y tan sólo se acompaña del sonido de los latidos del corazón. Flanqueando el vídeo hay un texto que reza: *Es un tú quien está en ti. Un tú distinto de ti, pero que depende de ti para su desarrollo. Un tú único e irrepetible. Un ser humano con genoma propio desde el primer momento, cuyo corazón ya late 65 veces por minuto en la semana 4, cuyo cerebro comienza a formarse en la semana 5, cuyos ojos se abren ya en la semana 8 y que empieza a tener pelo en la semana 14. Su vida está en tus manos.*

Además, la página web también contiene otros contenidos como información detallada sobre la Jornada por la Vida celebrada el pasado 25 de marzo, testimonios de mujeres en contra del aborto, preguntas y respuestas sobre el tema, así como un blog con noticias “antiabortistas”.

Esta campaña, dirigida a un público joven, iba a ser difundida y anunciada por Google e iba a estar enlazada con las principales redes sociales como Tuenti, Facebook y Twitter.

Sin embargo, a las cuatro horas de su puesta en marcha, la red social de Tuenti decidió retirar la campaña. Los representantes de dicha red declararon que no estaban cómodos con el uso de marca que se estaba haciendo. La Iglesia evocaba, o mejor dicho, reproducía, el nombre de la empresa. Además, los publicistas eclesiásticos utilizaron, sin reparo alguno, la tipografía propia de esta red social.

Tuenti no entra en el fondo de la campaña, pero por lo menos no la secundará ni ejercerá de púlpito digital para difundirla entre sus ocho millones de usuarios.

⁵⁶ “Google se reúne con las clínicas abortistas”, *El País*, 19 de mayo de 2010.

⁵⁷ “Tuenti retira una campaña de la Iglesia contra el aborto”, *El País*, 22 de marzo de 2010.

A pesar de toda la polémica suscitada por la desfachatez y la astucia, propias de este sector, de utilizar los recursos creados por otros, el clero insiste en que este hecho ha sido positivo para la difusión de la campaña. Bien es cierto que puede que en ese aspecto, y sólo en ese, tengan razón. Pero una gran difusión de este tipo no les garantiza que en todas las personas tenga el efecto que esperan. Más al contrario, después de hacerse públicas las artimañas con las que quieren imponer su verdad, el descrédito social está asegurado.



Ilustración 1: campaña “es un tú en ti”

5. El comportamiento de la sociedad y los grupos sociales. Reacciones y manifestaciones ante los procesos político y legislativo

La sociedad española en general, y determinados sectores e instituciones, en particular, han dejado claro que no son indiferentes a la cuestión del aborto.

Esta implicación, bien a favor o bien en contra, se ha ido haciendo patente a través de diversas maneras y a lo largo de los últimos meses, coincidiendo con los debates y procesos políticos en torno al aborto.

Las formas de expresión de las diferentes reacciones suscitadas van, desde manifestaciones en lugares públicos protagonizadas por colectivos en defensa de la vida o por grupos feministas proabortistas, hasta la adscripción y difusión de campañas elaboradas por diferentes instituciones, pasando por la publicación de comunicados y manifiestos en uno u otro sentido.

La pretensión de estos comportamientos ha estado y está enfocada a influir y presionar a los poderes públicos para que actuaran y actúen acorde a sus respectivas ideologías e intereses, según el grupo social.

En los siguientes epígrafes se hará referencia a las diferentes formas de expresión de las reacciones y manifestaciones aquí expuestas.

5.1. Campañas de sensibilización pública

La publicidad es una forma de difundir o informar al público sobre un bien, un servicio o una idea. Su principal objetivo es atraer la atención de ese público receptor e inducirlo hacia los fines de la campaña. Los soportes en los que se puede publicitar algo son muy diversos y, a grandes rasgos, se pueden dividir en tres grupos. Los medios convencionales (televisión, radio, prensa, vallas publicitarias, transporte público...), medios alternativos (videojuegos, películas, publicidad *online*...) y, por último, medios híbridos.

El gran debate social que se ha creado en torno al aborto, el considerable impacto que está generando la aprobación de la ley y la consecuente radicalización de las opiniones al respecto, han hecho que la publicidad no escape a este hecho tan relevante.

Los detractores de la nueva norma, especialmente el sector eclesiástico, han puesto en marcha toda su maquinaria y han creado varias campañas en contra del aborto⁵⁸.

⁵⁸ Disponible en <http://www.conferenciaepiscopal.es>

La primera campaña antiaborto se remonta al 30 de marzo de 2005, día en que la Conferencia Episcopal la presentó en rueda de prensa.

La campaña nace con el lema “Todos fuimos embriones” y en el cartel que la secunda (Ilustración 2) aparece una familia con varios hijos y en actitud aparentemente feliz. En la parte inferior de la imagen, aparecen siete fotografías de las que cinco de ellas representan el desarrollo embrionario y las dos últimas un bebé y una familia respectivamente.

Con esta campaña, el clero quería demostrar su total desacuerdo con las reformas sociales anunciadas y puestas en marcha por el Gobierno, especialmente en relación a la investigación con embriones y al aborto.

Junto con la campaña, la subcomisión para la Familia y la Defensa de la Vida, elaboró el documento “La vida humana, don precioso de Dios”, en el que los obispos declaran que “el precepto de *no matarás*, que custodia el don de la vida humana, es una norma que toda cultura sana ha reconocido como principio fundamental”.

Además agregan que “nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente. Por ello todo atentado contra la vida del hombre es también un atentado contra la razón, contra la justicia y constituye una grave ofensa a Dios”.

Dicha campaña se quiso hacer coincidir con la festividad de la Encarnación, el 4 de abril de dicho año, mediante el reparto de trípticos y el desarrollo de distintas iniciativas en las parroquias de toda España.



Ilustración 2: campaña antiaborto “Todos fuimos embriones” (2005)

La segunda campaña de similares características (Ilustración 3) se presentó el 25 de marzo de 2009, cuando con motivo de la Jornada por la Vida, la Conferencia Episcopal Española puso en marcha dicha campaña de comunicación a favor del derecho a la vida de los que están por nacer. Su lema era: “¿Y yo?... ¡Protege mi vida!”, y según la cúpula eclesiástica su principal objetivo era dar voz a los que van a nacer para defender su derecho a la vida y ofrecer apoyo real a las mujeres gestantes que se encuentran en dificultades.

En la cabecera del cartel aparecen cinco fotografías que representan el desarrollo embrionario humano, desde el inespecífico cigoto hasta el feto perfectamente formado, terminando con una última foto de una gestante en avanzado estado.

En el espacio principal del cartel se ve a un bebé al lado de un cachorro de lince. Éste último lleva encima impreso el sello de “lince protegido”, mientras el niño se pregunta “¿Y yo?... ¡Protege mi vida!”



Ilustración 3: campaña antiaborto “¿Y yo?... ¡Protege mi vida!” (2009)

La estrategia creativa de los publicistas eclesiásticos pasa por hacer ver a su público que el Código Penal español prevé incluso penas de prisión para las personas que atenten contra la fauna protegida y, sin embargo, deja carta libre en el caso de los bebés. La idea es hacer un paralelismo irónico entre el lince y la especie humana, y así avivar, aún más, la controversia social respecto al aborto. La extrema provocación del anuncio pretendía que el debate social tomase un rumbo a su favor, cosa que por ahora no ha conseguido.

A lo largo del mes de marzo de 2009 se pudo ver el anuncio en 1.300 vallas publicitarias (Ilustración 4) de 37 ciudades españolas (215 de ellas en Madrid y Barcelona). Además, se distribuyeron en las diócesis un total de 8 millones de dípticos informativos y se enviaron 30.000 carteles a las parroquias y centros católicos de todo el país.



Ilustración 4: valla publicitaria de la campaña antiaborto 2009

La tercera gran campaña contra el aborto por parte de la Conferencia Episcopal Española se puso en marcha, de nuevo, con motivo de la celebración de la Jornada por la Vida, celebrada el pasado 25 de marzo de 2010.

En continuidad con la campaña realizada el año anterior “¿Y yo?... ¡Protege mi vida!”, los carteles muestran la vida humana en sus primeros estadios. De este modo, el sector eclesiástico quiere subrayar la presencia en el vientre materno de un nuevo ser humano cuyo derecho a la vida debe ser reconocido y tutelado. Un bebé, en esta ocasión sostenido sobre las manos entrelazadas del padre y de la madre, vuelve a tomar la palabra y exclama: “¡Es mi vida!... Está en tus manos” (Ilustración 5).



Ilustración 5: campaña antiaborto “¡Es mi vida!... Está en tus manos” (2010)

El objetivo de dicha campaña es dar continuidad a la realizada en 2009 y seguir dando voz a los que van a nacer para defender su derecho a la vida

Esta nueva campaña también ha podido verse en 1.300 vallas publicitarias (Ilustración 6) de 37 ciudades españolas entre los días 15 y 30 de marzo. Además, también esta vez se han distribuido un total de 6 millones de dípticos informativos entre las diócesis y se han enviado alrededor de 30.000 carteles a las parroquias y centros católicos de todo el país.



Ilustración 6: valla publicitaria de la campaña antiaborto 2010

Además, en la nota de prensa que emitió la Conferencia Episcopal para la presentación de esta campaña, dicha institución señaló que *la nueva ley del aborto es un serio retroceso en la protección legal de la vida de los que van a nacer y supone un mayor abandono de las madres gestantes*. A colación de esta declaración la campaña ofrece un sitio web donde se puede encontrar abundante información a cerca de asociaciones que “ayudan” a las mujeres embarazadas.

Esta última acción, proporcionar información acerca de posibles ayudas para las gestantes, puede considerarse como algo positivo. Lo malo de la situación es que está enmarcada en un contexto en el que se trata de imponer una verdad, su verdad, como absoluta. No hay posibilidad de elección, te marcan el camino a seguir del que no te puedes desviar. La mujer no es considerada como ente autónomo y, por ello, han de decidir por ella uno de los aspectos más importantes de su vida: la maternidad. La información es útil, pero siempre que se dejen abiertas vías alternativas de elección.

Aparte de estas dos campañas de la Conferencia Episcopal contra el aborto, el grupo religioso ultra católico E cristians también puso en marcha otra en contra del aborto⁵⁹. Tras una primera campaña que no tenía nada que ver con el tema, este grupo ultra católico presentó una segunda iniciativa a finales de 2009. En este caso iba dirigida a

⁵⁹ Sitio web: http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=16441#.
“La religión ya no viaja en autobús”, *El País*, 10 de diciembre de 2009.

apoyar la campaña contra el aborto de “Mucho en común”⁶⁰, otro grupo creado con el objetivo de “promover el respeto de la vida humana.

Según declaraciones del propio grupo, dicha campaña (Ilustraciones 7 y 8) tan sólo mostraba una situación por la que atravesaban dos jóvenes. El anuncio reproducía la imagen de una chica y un chico y señalaba que se habían amado, pero que después habían roto por diversos problemas, al tiempo que se invitaba a reflexionar bajo el lema: “¿Es realmente feliz?”. Y a continuación se ofrecía una página web donde conocer con detalle la historia de estos dos jóvenes. No lo citaba de modo expreso, pero aludía al aborto y al divorcio.



Ilustración 7: campaña contra el aborto E cristians



Ilustración 8: campaña contra el aborto E cristians

Esta campaña fue publicitada en los autobuses urbanos de Madrid y Barcelona (Ilustraciones 9 y 10). En Madrid, un único autobús de la línea 127 llevó el anuncio durante un mes, desde el 23 de noviembre hasta el 23 de diciembre de 2009. Sin embargo, tras una pequeña polémica, la campaña fue retirada de autobuses de Barcelona. La empresa Promedios, que explota en exclusiva la publicidad en este medio de transporte de la ciudad condal, decidió dejar fuera cualquier tipo de anuncio que pudiese provocar "controversia social"⁶¹.

⁶⁰ Sitio web: http://www.muchoencomun.com/?page_id=14

⁶¹ “La religión ya no viaja en autobús”, *El País*, 10 de diciembre de 2010.



Ilustración 9



Ilustración 10

Con un último apunte a la publicidad antiabortista, me gustaría mencionar la carroza de la plataforma Provida que desfiló en una de las cabalgatas de Chamartín⁶².

Durante la primera semana de enero de este año, se han venido celebrando cabalgatas como precedente al gran desfile de la noche de Reyes. El grupo Provida Derecho a la Vivir fue autorizado por el concejal del distrito, Luis Miguel Boto (PP), a participar en una de estas celebraciones.

La carroza en cuestión (Ilustración 11) era un camión de 20 metro de largo habilitado con una plataforma que acogió a unos 70 niños. La carroza estaba decorada con el nombre de la asociación y de los soportes colgaban carteles en los que se podían leer las palabras: “vida”, “niños”, “mamá”, “familia”.

Y, por si fuera poco, una pancarta de dos metros de altura con el lema “No existe el derecho a matar. Existe el derecho a vivir” encabezaba el desfile⁶³.



Ilustración 11: carroza de la plataforma Provida

⁶² “Una carroza contra el aborto se cuela en la cabalgata de Reyes de Chamartín”, *El País*, 4 de enero de 2010.

⁶³ “Un camión provida abre una cabalgata de Reyes en Madrid”, *Público.es*, 5 de enero de 2010.

El acto no estuvo exento de polémica, ya que muchos vieron en esta carroza una alta carga de significación política, a pesar de que se avisó a los organizadores de la misma de que se trataba de un acto lúdico y festivo. Tanto el colectivo de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales de Madrid (COGAM) como el PSOE mostraron su descontento por este hecho y exigieron el cese del concejal del distrito de Chamartín, Luis Miguel Boto (PP), que autorizó la participación de la carroza provida.

En respuesta a estos ataques directos, los defensores y, especialmente las defensoras de esta causa, han contraatacado creando lo que se podría denominar una “anticampaña” de los anuncios contra el aborto. Especialmente merecen ser destacadas dos iniciativas; una llevada a cabo por un grupo feminista llamado *Las lince*s, y otra organizada por la *Red Estatal de Organizaciones Feministas*.

La iniciativa⁶⁴ organizada por el grupo feminista *Las lince*s surge como reacción a la campaña llevada a cabo por la Conferencia Episcopal en la que se comparaba la vida de un niño con la de una cría de lince.

A los pocos días de presentarse dicha publicidad anti-abortista, *Las lince*s emprendieron, en colaboración con Comisiones Obreras, una campaña en la red para pedir adhesiones en su lucha contra la iniciativa anteriormente mencionada puesta en marcha por la Iglesia. El grupo feminista solicitaba la adscripción a su campaña a través de las redes sociales como Facebook, Twitter y Tuenti para así “responder de forma contundente a la última campaña de la Iglesia contra el aborto y defender la ciudadanía”.

Además, esta iniciativa también pretendía que cualquier persona que tuviese un perfil en alguna de las redes sociales sustituyese su foto principal por el logo de *Las lince*s (Ilustración 12) y dejase sus comentarios u opiniones en dichos blogs. En su manifiesto de esta campaña, el grupo feminista alega que “otros” pueden pagar vallas publicitarias, pero ellas se harán oír a través de la red.



Ilustración 12: logo de *Las lince*s

⁶⁴ Sitios web: <http://www.mujaresenred.net> , <http://www.diariodeuntranseunte.es/?p=1203>
“*Las lince*s somos todas”, *ABC.es*, 18 de marzo de 2009.

La segunda iniciativa pro aborto⁶⁵ es la que llevó a cabo la Red Estatal de Organizaciones Feministas, integrada por más de 200 asociaciones de mujeres. Según declaraban en su web, esta campaña a favor de la nueva ley del aborto “pretendía combatir el tremendismo de la Conferencia Episcopal y la esquizofrenia del Partido Popular”.

La presentación de la campaña fue a últimos de marzo del 2009. Durante ese acto, una de las portavoces, Ángeles Álvarez, declaró que “iban a inundar España de carteles *¡A favor!* (Ilustración 13), frente a la campaña tremendista de la Iglesia”. También aseguró que se trataba de una campaña “sensata y en el marco de la reflexión y el argumento”.

Asimismo, las diferentes ponentes reclamaron al Partido Popular “que dejase de arremeter contra todas las leyes que reconocen derechos a las mujeres”, que cesase de mantener “una situación esquizofrénica abanderando un discurso y haciendo otra cosa” y que “no se dejase arrastrar por los sectores más integristas de su partido”.

Las portavoces de los diferentes grupos que componen esta Red Estatal, pidieron de forma “urgente” la necesidad de una nueva ley que garantizase “el derecho a decidir de las mujeres con plena garantía sobre su maternidad”.

Además, respecto a la posibilidad de abortar a partir de los 16 años sin consentimiento paterno, también se mostraron a favor, pues la ley reconoce a esa edad la autonomía para cualquier tipo de intervención (excepto aborto y fecundación).

También se defendió la necesidad de regular los términos de la objeción de conciencia del personal sanitario “para hacerlo compatible con el derecho de la mujer a decidir sobre su maternidad”.



Ilustración 13: cartel de la campaña *¡A favor!*

La campaña se difundió a través de carteles y soportes con mensajes a favor de 'Una maternidad libre' o 'Un aborto seguro' en castellano, euskera, gallego y catalán, y se presentó a los diferentes grupos políticos que accedieron a entrevistarse con la Red Feminista.

⁶⁵ Sitio web: <http://www.redfeminista.org/noticia.asp?id=6528>

En noviembre de 2009, época decisiva para la aprobación de la Ley Orgánica 3/2010, las Juventudes Socialistas pusieron en marcha una campaña integral a favor del proyecto de ley.

Dicha iniciativa se lanzó con el objetivo de evitar los embarazos no deseados y, con ello, los abortos. El eslogan de la campaña era “Súmate al 0. Cero embarazos no deseados. Cero abortos” con el que se quería poner énfasis en la importancia de la educación y la prevención para conseguir los objetivos planteados.

Para apoyar la iniciativa, se creó “Precoitol” (Ilustración 14), un nuevo “medicamento” que incluía “dos comprimidos de prevención y educación” y que, concretamente, eran dos preservativos y un folleto informativo. 100.000 unidades de estos “medicamentos” fueron repartidas gratuitamente por el colectivo de Juventudes Socialistas.



Ilustración 14: Precoitol

También se editó una guía de educación sexual que incluía orientaciones y propuestas de actividades prácticas a desarrollar por con grupos de jóvenes de educación secundaria, como herramienta de ayuda para la formación en educación sexual⁶⁶.

Además, para dar soporte a la campaña, se diseñó la página web www.decidoyo.com desde la que se defiende el derecho de la mujer a decidir sobre su maternidad, pero en la que también se reta a la sociedad a “acabar con los embarazos no deseados desde la prevención y la educación”⁶⁷.

⁶⁶ Disponible en: www.decidoyo.com

⁶⁷ “Juventudes Socialistas: Cero abortos”, *El Mundo*, 1 de noviembre de 2009.

5.2. Manifestaciones de adhesión, rechazo, disconformidad y protesta

Un comportamiento social ya habitual a la hora de manifestar o expresar la opinión, tanto de adhesión como de disconformidad o rechazo ante diferentes hechos o acontecimientos sociales, viene siendo el de la presencia colectiva en las calles o lugares públicos, la mayoría de las veces con un comportamiento pacífico y otras con una actitud airada.

En relación con el aborto también se han producido numerosas manifestaciones, sobre todo en los últimos meses. Hay que destacar que las de los partidarios del aborto han sido menos numerosas que las de sus detractores y, además, las de estos últimos han tenido más difusión mediática.

La primera gran manifestación de los que se posicionan en contra del aborto tuvo lugar el domingo 29 de marzo de 2009 por las calles de Madrid. Los manifestantes, con el lema “Vida sí, aborto no”⁶⁸, salieron del Ministerio de Igualdad y recorrieron la calle Alcalá y el Paseo del Prado hasta la plaza de Neptuno, donde se había instalado un escenario. Desde allí los representantes de la causa leyeron su manifiesto en contra del proyecto de ley sobre salud sexual y reproductiva y sobre la interrupción voluntaria del embarazo que preparaba el Gobierno. Así, mediante el texto, los manifestantes pidieron que la nueva ley proteja el derecho a vivir y a ser madre. También exigieron que se respete la objeción de conciencia del personal sanitario; y, finalmente recogieron diferentes cuestiones como la importancia de proporcionar información acerca de las ayudas sociales a las mujeres embarazadas o el desacuerdo en que las menores puedan abortar sin el consentimiento paterno⁶⁹. Los organizadores, Derecho a Vivir, Hazte Oír, Médicos por la Vida, y Provida Madrid, a los que se adhirieron cien asociaciones más, hablaron de medio millón de asistentes, aunque según la información de la Policía, fueron unas 10.000 personas⁷⁰. Esta manifestación antiabortista no sólo tuvo lugar en las calles de Madrid, sino que fue secundada en numerosas ciudades españolas como Valladolid o Toledo.

La segunda gran manifestación por parte de los opositores al aborto y a la nueva ley, tuvo lugar el sábado 17 de octubre de 2009 por las calles de Madrid. La protesta, convocada por 46 organizaciones, congregó a una marea humana que llegó a Madrid desde distintos puntos de España, con unos 600 autobuses fletados por dichas asociaciones desde todas las provincias de la Península. Según los datos que dio la organización, asistieron dos millones de personas; la Comunidad de Madrid dejó la cifra en un millón doscientas mil personas⁷¹; fuentes policiales declararon que fueron 250.000 manifestantes; y el cómputo efectuado por la empresa Lynce para Efe, sin embargo, rebajó notablemente la cifra de asistentes a algo más de 55.000^{72,73}.

⁶⁸ “La marcha por la vida de los antiabortistas recorre las calles del centro de Madrid”, *20minutos.es*, 29 de marzo de 2009.

⁶⁹ “Primera gran manifestación contra la reforma de la ley del aborto”, *Madridpress.com*, 29 de marzo de 2009.

⁷⁰ “La manifestación contra el aborto reúne a unas 10.000 personas en Madrid”, *El País*, 29 de marzo de 2009.

⁷¹ “Más de un millón de personas han dicho no al aborto en Madrid”, *ABC*, 18 de octubre de 2009.

⁷² “Clamor masivo en Madrid contra el aborto”, *El Mundo*, 18 de octubre de 2009.

⁷³ “Contando manifestantes”, *El País*, 18 de octubre de 2009.

El acto, que se desarrolló por el centro de Madrid, partió con la pancarta principal "Cada vida importa. Por la vida, la mujer y la maternidad". A su vez, los manifestantes corearon lemas como "¡Aborto no, vida sí!", "¡Zapatero dimisión!" o "¡España unida, lucha por la vida!".

La marcha concluyó en la Puerta de Alcalá, donde varios representantes de las asociaciones provida dieron un discurso "a favor de la vida y en contra del aborto".

El mismo colectivo antiabortista, con motivo de la publicación de la ley sobre interrupción voluntaria del embarazo en el BOE, convocó una nueva manifestación el domingo 7 de marzo de 2010. De nuevo, fueron las calles de Madrid las que acogieron la protesta más multitudinaria en la que participaron 9.726 personas, según contabilizó la empresa de recuento de asistentes Lynce; aunque la organización aseguró que fueron unos 600.000 manifestantes⁷⁴.

La protesta, convocada por 270 organizaciones, pedía la derogación de la normativa y reclamaba al Partido Popular que hiciese efectivo su compromiso político de incluir en su programa electoral la derogación de la ley. Con el lema 'España vida sí', la manifestación buscaba llamar la atención de la opinión pública durante la presidencia española de la Unión Europea.

Los manifestantes, encabezados por varios miembros del Partido Popular y por los portavoces de organizaciones como Hazteoir.org, Derecho a Vivir o Médicos por la Vida, iban cargados con decenas de globos rojos con forma de corazón y corearon gritos como "Un bote dos botes, abortista el que no bote" o "Zapatero, tu madre no te abortó".

A su llegada a la Puerta del Sol, final del recorrido de la manifestación, los manifestantes guardaron un minuto de silencio. "Pedimos silencio porque ahora mismo hay alguien que ha decidido que su hijo no nazca. Porque con el amparo del Gobierno de Zapatero van a seguir muriendo niños", declaró Ignacio Arsuaga, presidente de Hazteoir.org¹⁸.

No sólo Madrid acogió la Marcha Internacional por la Vida. Los organizadores convocaron actos especiales en más de 70 ciudades españolas y varias embajadas nacionales en el extranjero. En Bilbao, bajo el lema "Euskadi sí a la vida", en euskera y en castellano, se reunieron unas 3.000 personas en una marcha en la que se escucharon cánticos como "el pueblo unido quiere al no nacido", "vivan los no nacidos" o "viva la vida, viva el amor, viva la madre que me parió"⁷⁵. En Barcelona también se celebró una marcha de similares características, a la que asistieron 700 personas según la Guardia Urbana y 7.000 según la organización. Sin embargo, dicha manifestación no fue tan pacífica como las demás, pues en un punto del recorrido se encontraron con un grupo de mujeres que reclamaban el "aborto libre y gratuito". En Andalucía, miles de personas se reunieron en ciudades como Córdoba, Granada o Sevilla. No obstante, el mal tiempo impidió que, a pesar de lo previsto⁷⁶, las cofradías saliesen a la calle.

La última manifestación que se ha producido con el propósito de evitar la entrada en vigor de la nueva ley, tuvo lugar el pasado sábado 3 de julio de 2010. El acto congregó

⁷⁴ "Miles de personas piden en Madrid la derogación de la ley del aborto", *El País*, 7 de marzo de 2010.

⁷⁵ "Vivan los no nacidos", *El País*, 8 de marzo de 2010.

⁷⁶ "Las cofradías de Sevilla se manifestarán contra la ley del aborto", *El País*, 5 de marzo de 2010.

ante las puertas del Tribunal Constitucional a unas 600 personas, según fuentes de la Policía y en torno a 15.000 según los organizadores⁷⁷.

La manifestación contó con una enorme pancarta de unos 60 metros de longitud y 20 de altura que hacía referencia al artículo 15 de la Constitución Española: “Todos tienen derecho a la vida”. Mientras tanto, los manifestantes corearon lemas como “Sí a la vida, no al aborto”, “Basta de trolas, la vida es lo que mola”, o “25 años bastan”.

En la lectura de los manifiestos, acto previo a la finalización de la marcha, se instó al Tribunal Constitucional a declarar “nula” la nueva norma sobre el aborto⁷⁸ y, además, se demandó a los asistentes que no cesasen en la lucha por la derogación del nuevo texto.

Por su parte, las organizaciones en defensa de los derechos de las mujeres y a favor del aborto, retomaron su reivindicación histórica del “aborto libre y gratuito” el 23 de enero de 2008. Ese día tuvieron lugar, simultáneamente en varias ciudades de la geografía española, manifestaciones bajo el lema “Yo también he abortado”⁷⁹. En el manifiesto de los grupos convocantes, titulado “*Por el derecho de las mujeres a decidir*”⁸⁰, se mostraba su rechazo a la persecución que estaban sufriendo las mujeres que deseaban abortar por parte de “la derecha y la iglesia más reaccionaria”²³. Y, por último, pedían que se modificase la legislación para legalizar el aborto.

Pocas semanas después y con motivo del Día Internacional de la Mujer, tuvo lugar en Barcelona otra manifestación a favor del derecho al aborto. El acto fue convocado por numerosas organizaciones feministas, con el apoyo de asociaciones vecinales, sindicatos y otras entidades cívicas y sociales.

La portavoz de una de las principales organizaciones declaró, después de muchos años, se vieron obligadas a reclamar de nuevo “el derecho de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo”.

La marcha, que transcurrió por las principales calles de Barcelona, contó con una gran pancarta en la que se podía leer: “Derecho al propio cuerpo. Aborto libre.” Además, las manifestantes corearon lemas como “nosotras parimos, nosotras decidimos” o “ni jueces, ni obispos, ni médicos, las mujeres decidimos”⁸¹.

La última manifestación proabortista de la que se tiene constancia, tuvo lugar el 7 de marzo de 2010 en Barcelona con motivo de la celebración de otra marcha antiabortista. Se eligió esa fecha porque las manifestantes consideraban que celebrar una protesta en contra de los derechos de las mujeres en una fecha tan cercana al Día Internacional de la Mujer, era toda una provocación.

⁷⁷ “Protesta ante el Constitucional contra la entrada en vigor de la ley del aborto”, *El Mundo*, 3 de julio de 2010.

⁷⁸ “Penúltimo intento ciudadano para frenar la nueva ley del aborto”, *ABC*, 3 de julio de 2010.

⁷⁹ “Manifestación a favor del aborto libre en Madrid y Barcelona simultáneamente”, *El País*, 23 de enero de 2008.

⁸⁰ “Manifestantes pro aborto”, *ForumLibertas.com*, 25 de enero de 2008.

⁸¹ “Miles de mujeres a favor del aborto en la manifestación”, *El Imparcial*, 8 de marzo de 2008.

Unas cuarenta mujeres se manifestaron al grito de “nosotras parimos, nosotras decidimos”, a la vez que mostraban su torso desnudo en el que se podía leer: “derecho al aborto libre y gratuito”.

Ambos grupos, pro y anti abortistas, se encontraron en la Plaza Bonanova, donde se produjeron enfrentamientos verbales entre los miembros de una y otra manifestación. Finalmente, los Mossos d'Esquadra tuvieron que mediar entre ambos grupos y obligaron a las manifestantes proabortistas a abandonar la plaza⁸²

⁸² “Un grupo radical intenta reventar la concentración pro-vida”, *ABC*, 8 de marzo de 2010.

6. La postura de los organismos e instituciones

No sólo las personas, individual o colectivamente, se han pronunciado o han reaccionado a favor o en contra del aborto. Sino que también lo han hecho distintos organismos e instituciones. Aquí veremos cuáles han sido esas posturas, diferenciando entre las que han mantenido una tendencia favorable a la legalización del aborto y las que se han mantenido opuestas a este hecho.

Uno de los primeros organismos en posicionarse pública y oficialmente sobre este asunto ha sido el Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, quien se ha declarado en contra del aborto o, de forma más exacta, a favor del “derecho a la vida”, de protección a la madre y al hijo por nacer al margen de ideologías políticas o confesiones religiosas”⁸³. Juan José Poscar, presidente del colegio, explicó que la suya es una profesión “de vida”, e hizo referencia a un artículo del Comité de Ética y Deontología del colegio que asegura que estamos “en una crisis ética de la conciencia social contemporánea, enmarcada en una problemática doble: la pérdida del valor de los derechos fundamentales y las agresiones que sufre el derecho a la vida”¹². Por último, reclamaron una ley de protección a la maternidad.

Otra de las instituciones que ha mostrado su oposición al contenido de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo ha sido el Colegio Oficial de Médicos de Toledo. Esta organización considera que la posibilidad que ofrece la ley a las menores de 16 y 17 años de alegar violencia intrafamiliar, podría generar “inseguridad jurídica” al colectivo médico, pues son éstos los “responsables” últimos de autorizar o no el aborto en dicha situación⁸⁴.

El 11 de diciembre de 2009 la Organización Médica Colegial (OMC) emitió un comunicado⁸⁵ en el que su primer punto dice: *de acuerdo con el Código de Ética y deontología Médica, la profesión médica está al servicio de la vida humana*, con lo que da a entender que su postura es contraria al aborto. En el segundo punto se afirma que *los médicos colegiados aceptarán, como no puede ser de otra manera, las leyes emanadas del Parlamento, pero sometiéndolas siempre al valor superior de la libertad de conciencia de cada uno. La objeción de conciencia es un Derecho fundamental e irrenunciable*. Además, a través del tercer punto se expresa el rechazo a *que se utilice el argumento de que la nueva Ley dotará a los médicos de una mayor seguridad jurídica a la hora de realizar una interrupción voluntaria del embarazo, ya que no se ajusta a la verdad*. También advierte de que el período de 14 semanas de gestación durante el que la mujer puede abortar libremente es difícil de precisar con rigor, por lo que se introduce un elemento subjetivo. Por todo ello, la Organización Médica Colegial consideró unas mínimas peticiones:

1. *“Que se establezcan las garantías para impedir irregularidades en los informes médicos”*.

⁸³ “El colegio de enfermería se posiciona y rechaza el aborto”, *El Periódico de Aragón*, 5 de noviembre de 2009.

⁸⁴ “El Colegio de Médicos, contra el nuevo borrador del aborto”, *ABC Toledo*, 31 de mayo de 2010.

⁸⁵ “Declaración de la OMC sobre el Proyecto de Ley de salud sexual y reproductiva (Ley del aborto)”, 11 de diciembre de 2009. Disponible en: http://www.cgcom.org/noticias/2009/12/09_12_16_ley_aborto

2. “Que se garantice el consentimiento informado de la mujer con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos”.
3. “Que se informe a la mujer de las ayudas públicas y privadas existentes en caso de continuar con la gestación, y que se le conceda un período suficiente de reflexión”.
4. “Que en los centros en los que se realicen abortos se reinstauren las comisiones técnico-éticas que establezcan la legalidad o no del aborto”.
5. “Que la práctica del aborto en las menores de 16 y 17 años no se realice nunca sin su consentimiento. Aunque conviene informar a padres o tutores”.

Por su parte, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) también se posicionó contraria a la nueva ley del aborto en su declaración⁸⁶, considerando que “todos tienen derecho a la vida” y que “el estado tiene la obligación de garantizar la vida, incluida la del nacisturus”. En otra declaración, la SEGO manifestó que “la objeción de conciencia en el supuesto de interrupción voluntaria del embarazo es un derecho irrenunciable de todos los ginecólogos y de los profesionales sanitarios involucrados”, al tiempo que se rechazaba la creación de un registro público obligatorio de objetores y no objetores por considerarla estigmatizante y discriminatoria para ambos.

El manifiesto de la SEGO fue respaldado por la Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España (FACME), que agrupa a 37 organizaciones científicas⁸⁷.

En marzo del 2009 se presentó públicamente la *Declaración de Madrid*, avalada con las firmas de un millar de biólogos, pediatras, juristas, psiquiatras y ginecólogos. El texto, de marcado carácter antiabortista, pretendía posicionar al sector científico en contra de dicha práctica. Sus principales promotores científicos fueron los catedráticos Nicolás Jouve, Luis Franco Vera y César Nombela, que presidió el CSIC de 1996 a 2000.

El texto, con alrededor de 2.000 adhesiones, esgrimía como principal argumento que “la vida de un ser humano se inicia con la fecundación, cuando queda constituida la información genética propia de cada vida humana”⁸⁸. Apelando a esta tesis central del manifiesto, los catedráticos reclamaron “una correcta interpretación de los datos de la ciencia en relación con la vida humana” y apostillaron que “un aborto no es sólo la interrupción voluntaria del embarazo, sino un acto simple y cruel de interrupción de una vida humana”²⁸.

La reacción del resto del colectivo científico frente a esta declaración no se hizo esperar y, a los pocos días, se presentó un contramanifiesto titulado *En contra de la utilización ideológica de los hechos científicos*. El texto fue firmado por un premio Príncipe de Asturias, Ginés Morata; tres premios nacionales de investigación o medicina, Jesús Ávila, Carlos Belmonte y Carlos López Otín; tres directores de grandes institutos del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Ferrando Hiraldo,

⁸⁶ “Declaración de la comisión de bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo”. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>

⁸⁷ “FACME incorpora a la Asociación Española de Pediatría y apoya a la SEGO en la objeción de conciencia”, *Acta Sanitaria*, 14 de diciembre de 2009. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=1&idContenido=163

62

⁸⁸ “El aborto enciende a los científicos”, *El País*, 6 de abril de 2009.

Vicente Larraga y Juan Lerma; el presidente de la Sociedad Española de Neurociencias, Roberto Gallego, y otros siete investigadores de prestigio⁸⁹. Además recibió unas 1.100 adhesiones más del resto de la comunidad científica.

El contramanifiesto respondía a la *Declaración de Madrid* diciendo: "Los científicos, como el resto de los ciudadanos, tenemos la libertad de adoptar posturas personales frente a cualquier iniciativa legislativa, en función de nuestras ideas y creencias. Pero consideramos importante evitar que se confunda a la sociedad contaminando problemas de carácter social con argumentos a los que la ciencia no otorga legitimidad"²⁹. Defendía que la ciencia es neutral en el asunto del aborto pues claro está que puede decir cuando algo está vivo, pero no si se está en frente de un ser humano o no.

⁸⁹ "La élite científica desautoriza a sus colegas antiabortistas", *El País*, 27 de marzo de 2009.

CONCLUSIONES

1. La cuestión del aborto ha sido, es y será un tema controvertido debido a que se enfrentan dos posturas opuestas y de muy difícil reconciliación; de una parte, los defensores del derecho a la vida del *naciturus* y, de otra, los defensores del derecho de la mujer a decidir sobre su propia maternidad.
2. Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres forman parte de los derechos humanos y son numerosos los documentos y tratados internacionales que así lo avalan.
3. Como parte de los derechos humanos, el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres debe ser reconocido, promovido, respetado y defendido.
4. El contexto internacional y, en especial, nuestro entorno europeo, están cada vez más comprometidos con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Así lo confirman las legislaciones de Austria, Grecia, Bélgica, Alemania y Holanda, entre otros.
5. Los países anteriores, a pesar de tener una ley de plazos con respecto al aborto, tienen unas de las tasas de abortividad más bajas de la Unión Europea.
6. En España, el número de abortos ha ido creciendo paulatinamente desde su despenalización en 1985. Esto pone de manifiesto que es necesario trabajar la educación sexual desde los niveles más básicos de la escuela, así como dar mayor importancia a la prevención; todo ello recogido en las medidas aprobadas por la nueva Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo sobre salud sexual y reproductiva y sobre la interrupción voluntaria del embarazo.
7. Fruto del esfuerzo del Gobierno de este país y del Ministerio de Igualdad, se ha conseguido avanzar en el reconocimiento de la capacidad de determinación autónoma de las mujeres y en la admisión de los derechos sexuales y reproductivos de éstas.
8. Hasta la aprobación de la ley 2/2010 de 3 de marzo, el aborto se ha convertido en debate nacional que, poco a poco, se ha ido desenfocando. La sociedad y los medios de comunicación han sido testigos de una contienda de derechas contra izquierdas, de Gobierno contra Iglesia, de posturas radicales “pro vida” contra posturas “pro mujer”. Y se han olvidado de que lo verdaderamente importante es proponer sin imponer, despenalizar sin fomentar y cuestionar sin condenar.
9. El no escuchar y anclarse en una idea es porque no se quiere que otros pongan en duda nuestros propios valores y tener que admitir que existen otras posturas diferentes a la nuestra. Por lo tanto, no es propio de una sociedad responsable y madura la radicalización de las posturas y el anclaje de las ideas.

10. En relación con el punto anterior he de decir que la ley no está todo lo bien desarrollada que debería. La objeción de conciencia es un derecho constitucional de toda persona y, por lo tanto, debería redactarse una normativa específica que la garantizase.
11. Hoy por hoy, se puede decir que en España se ha conseguido que se reconozcan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que, si bien es un gran logro para el colectivo feminista, mayor lo es para la sociedad en general.
12. Como último punto me gustaría dejar una reflexión propia: “A lo largo de la vida de una mujer, una de las relaciones más satisfactorias, si no la que más, que se puede llegar a establecer es la una madre con su hijo. La decisión de abortar es difícil y dolorosa para la mujer, y si se hace, es por razones de peso que hacen que esa relación no sea posible. Seamos coherentes con los tiempos que corren, protejamos a la mujer y también al no nacido a través de la voluntad de ésta, no contra ella⁹⁰. Demos un paso más y derribemos los obstáculos que se nos presentan en el camino de las mujeres a decidir libremente sobre su maternidad”.

⁹⁰ Preámbulo de la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo de 2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AEDS: Asociación Española de Derecho Sanitario
AI: Aborto Inducido
AINE: Antiinflamatorios No Esteroides
AP: Aborto Provocado
BOE: Boletín Oficial del Estado
BOCYL: Boletín Oficial de Castilla y León
CiU: Convergència i Unió
CSIC: Consejo Superior de Investigaciones Científicas
EyO: prostaglandinas E1 y Oxitócicos
DyA: Dilatación y Aspiración
DyC: Dilatación y Curetaje
ERC: Esquerra Republicana de Catalunya
FACME: Federación de Asociaciones Científico-Médicas de España
IA: Induced Abortion
ICV: Iniciativa per Catalunya Verds
ILE: Interrupción Legal del Embarazo
IM: Intramuscular
IPPF: International Planned Parenthood Federation
IU: Izquierda Unida
IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo
MyP: Mifepristona y Prostaglandinas
NaBai: Nafarroa Bai
OMC: Organización Médica Colegial
OMS: Organización Mundial de la Salud
P: Prostaglandinas
PNV: Partido Nacionalista Vasco
PP: Partido Popular
PSOE: Partido Socialista Obrero Español
SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
WHO: World Health Organization

ANEXOS

ANEXO I

ANEXO II

ANEXO III

ANEXO IV

ANEXO V

ANEXO VI

ANEXO VII

ANEXO VIII

ANEXO IX

ANEXO X

ANEXO XI

ANEXO XII

ANEXO XIII

BIBLIOGRAFÍA

1. “Informe del Comité de personas expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España y propuestas para una nueva regulación”, 5 de marzo de 2009.
2. “El Congreso aprueba la ley del aborto, histórica reivindicación feminista”, *Libertad Digital*, 17 de diciembre de 2009.
3. Barambio S, Ramirez A, Xercavins J, “Intercepción postcoital. Interrupción voluntaria del embarazo”. En: Vanrell J, Calaf J, Balasch J, Viscasillas P, *Fertilidad y Esterilidad Humanas II*. 2a ed. Barcelona: Masson; 1999.p.434-438.
4. Grimes DA, Schulz KF, Cates W. “Methods of midtrimester abortion: which is safest?” *Int J Gynaecol Obstet*, 1977; 15:184-8.
5. MacIsaac L, Grossman D, Balistreri E. “A randomised controlled trial of laminaria, oral Misoprostol and vaginal Misoprostol before abortion”. *Obstet Gynecol*, 1999; 93:766-70.
6. Carbonell J. “Early abortion with 800 mg of misoprostol by the vaginal route”. *Contraception*, 1999; 59:219-225.
7. Lilo T y cols, *MMWR CDC Surveill Summ Nov 26*, 2004; 53(SS-09):1-32.
8. Pepe F, Gulisano AS, Panella M, Pepe P, Panella P. “Induction of abortion by PGF2 alpha in the second trimester of pregnancy”. *Clin Exp Obstet Gynecol* 1988; 15:94-7.
9. Jain J, Mishell D. “A comparison of intravaginal misoprostol with prostaglandin E2 for termination of second-trimester pregnancy”. *N Engl J Med*, 1994; 331:290-3.
10. Hill NC, Selinger M, Ferguson J, MacKenzie I.” Mid-trimester termination of pregnancy with 16, 16-dimethyl-trans-delta 2 PGE1 vaginal pessaries: a comparison with intra-and extra-amniotic prostaglandin E2 administration”. *Int J Gynaecol Obstet*, 1991; 35:337-40.
11. Rene AMJ, Vaz-Romero M. “Utilización clínica de las prostaglandinas en Obstetricia”. *Clin Invest Gin*, 1986; 13:237-43.
12. Barambio S. “Fertilitat Despres de l’Interrupcio Voluntaria de l’Embaras.” En: XII Simposi de la Societat Catalana de Contracepcio; 1999: Barcelona, Espana.
13. Lurie S. “Induced midtrimester abortion and future fertility, where are we today?” *Int J Fertil Menopausal Stud*, 1995 Nov; 40(6):311-5.
14. Okonofua FE. “Pregnancy outcome after illegal induced abortion in Nigeria: a retrospective controlled historical study”. *Afr J Med Med Sci*, 1994Jun; 23(2):165-9.
15. Penney GC, Thomson M, Norman J, McKenzie H. Vale L. “A randomized comparison of strategies for reducing infective complications of induced abortion”. *Br J Obstet Gynaecol*, 1998 Jun; 105(6):599-604.
16. [Http:// www.jcyl.es](http://www.jcyl.es)
17. “Los médicos piden una ley que les garantice la objeción de conciencia en el aborto”, *La Razón*, 2 de julio de 2010.
18. “Los médicos piden una ley de objeción de conciencia”, *El País*, 5 de julio de 2010.
19. “Los médicos subrayan la objeción de conciencia”, *diariodenavarra.es*, 3 de julio de 2010.
20. “La ausencia de numerosos diputados facilitó la disciplina de voto de los parlamentarios en la reforma del Código Penal”, *El País*, 7 de octubre de 1983.

21. “El voto del presidente del Tribunal Constitucional, García Pelayo, decidió el fallo contra la ley del aborto”, *El País*, 12 de abril de 1985.
22. “La ley despenalizadora del aborto entrará en vigor dentro de 20 días”, *El País*, 13 de julio de 1985.
23. Boletín Oficial del Estado del 12 de julio de 1985.
24. “El Congreso aprueba la ampliación del aborto con dos votos del PP y seis nacionalistas”, *El País*, 15 de diciembre de 1995.
25. Boletín Oficial del Estado, número 55, 4 de marzo de 2010.
26. “Documentos legales y económicos para pensarse un aborto”, *El País*, 26 de junio de 2010.
27. “El Gobierno aprueba dos decretos para que la nueva ley del aborto entre en vigor el 5 de julio”, *El País*, 25 de junio de 2010.
28. “La legislación del aborto en la España democrática”, *El País*, 30 de junio de 2010.
29. “El derecho a decidir la maternidad”, *El País*, 14 de mayo de 2009.
30. “El Consejo Fiscal ve inconstitucional el sistema de plazos para abortar”, *El Mundo*, 24 de junio de 2009.
31. “El Consejo Fiscal cree que la nueva Ley del Aborto es inconstitucional”, *La Razón*, 23 de junio de 2009.
32. “El poder judicial calla sobre el aborto”, *laopinióncoruña.es*, 24 de julio de 2009.
33. “El Consejo de Estado avala por unanimidad la ley del aborto”, *El País*, 18 de septiembre de 2009.
34. “El Consejo de Estado aboga por el aborto sin información a los padres en caso de *conflicto*”, *El País*, 17 de septiembre de 2009.
35. “Ocho partidos sacan adelante la ley del aborto”, *El País*, 18 de diciembre de 2009.
36. “Trillo afirma que el PP tendrá que derogar la ley del aborto”, *El País*, 2 de febrero de 2010.
37. “La ley del aborto entrará mañana en vigor pendiente de si el Constitucional la suspenderá”, *El País*, 4 de julio de 2010.
38. “Aborto en Navarra”, *El País*, 27 de abril de 2010.
39. “Navarra recurre al Constitucional para evitar el aborto en su territorio”, *El País*, 20 de abril de 2010.
40. “Una mayoría trata de fijar por ley que se pueda abortar en Navarra”, *El País*, 27 de abril de 2010.
41. “Ginecólogos navarros aseguran que no todos los profesionales son objetores en la comunidad”, *El País*, 28 de abril de 2010.
42. “El Consejo de Navarra avala el recurso de inconstitucionalidad contra la Ley del Aborto”, *diariodenavarra.es*, 28 de mayo de 2010.
43. “Cruce de informes”, *El País*, 31 de mayo de 2010.
44. “El Parlamento de Navarra insta al Gobierno foral a no recurrir la ley del aborto”, *rtve.es*, 27 de mayo de 2010.
45. “El Gobierno foral presenta el recurso de inconstitucionalidad a la ley del aborto”, *diariodenavarra.es*, 1 de junio de 2010.
46. “Aprobada la ley foral para garantizar abortos en suelo navarro”, *El País*, 24 de junio de 2010.
47. “Trillo basará el recurso del PP en la sentencia que proclamó la protección del nasciturus”, *El País*, 20 de abril de 2010.

48. “El PP recurrirá mañana la ley del aborto ante el Constitucional”, *El País*, 31 de mayo de 2010.
49. “El PP intenta que la ley del aborto no entre en vigor”, *El País*, 1 de junio de 2010.
50. Olson E, “Swiss voters lift restrictions on abortion”, *New York Times*, 3 de junio, 2002,
<<http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9E05E3D6123AF930A35755C0A9649C8B63&scp=4&sq=Switzerland+abortion+law&st=nyt>>, consultado el 16 de junio, 2010.
51. Reed Boland y Laura Katzive, “Acontecimientos en las leyes sobre el aborto inducido: 1998-2007”, disponible en el sitio web del Instituto Alan Guttmacher,
52. <http://www.guttmacher.org/sections/sp/index.php>
53. Islas Züttel P, “En vigor nueva ley del aborto”, *swissinfo.ch*, 1 de octubre de 2002,
http://www.swissinfo.ch/spa/En_vigor_nueva_ley_del_aborto.html?cid=2957018, consultado el 16 de junio, 2010.
54. Instituto Nacional de Estadística (INE).
55. “Las clínicas abortistas denuncian a Google por vetar sus anuncios”, *El País*, 4 de mayo de 2010.
56. “Google negociará con las clínicas abortistas”, *El País*, 17 de mayo de 2010.
57. “Google se reúne con las clínicas abortistas”, *El País*, 19 de mayo de 2010.
58. “Tuenti retira una campaña de la Iglesia contra el aborto”, *El País*, 22 de marzo de 2010.
59. <http://www.conferenciaepiscopal.es>
60. http://www.forumlibertas.com/frontend/forumlibertas/noticia.php?id_noticia=16441#.
61. “La religión ya no viaja en autobús”, *El País*, 10 de diciembre de 2009.
62. http://www.muchoencomun.com/?page_id=14
63. “Una carroza contra el aborto se cuele en la cabalgata de Reyes de Chamartín”, *El País*, 4 de enero de 2010.
64. “Un camión provida abre una cabalgata de Reyes en Madrid, *Público.es*, 5 de enero de 2010.
65. <http://www.mujeresenred.net> , <http://www.diariodeuntranseunte.es/?p=1203>
66. “Las linceas somos todas”, *ABC.es*, 18 de marzo de 2009.
67. <http://www.redfeminista.org/noticia.asp?id=6528>
68. www.decidoyo.com
69. “Juventudes Socialistas: Cero abortos”, *El Mundo*, 1 de noviembre de 2009.
70. “La marcha por la vida de los antiabortistas recorre las calles del centro de Madrid”, *20minutos.es*, 29 de marzo de 2009.
71. “Primera gran manifestación contra la reforma de la ley del aborto”, *Madridpress.com*, 29 de marzo de 2009.
72. “La manifestación contra el aborto reúne a unas 10.000 personas en Madrid”, *El País*, 29 de marzo de 2009.
73. “Más de un millón de personas han dicho no al aborto en Madrid”, *ABC*, 18 de octubre de 2009.
74. “Clamor masivo en Madrid contra el aborto”, *El Mundo*, 18 de octubre de 2009.
75. “Contando manifestantes”, *El País*, 18 de octubre de 2009.
76. “Miles de personas piden en Madrid la derogación de la ley del aborto”, *El País*, 7 de marzo de 2010.
77. “Vivan los no nacidos”, *El País*, 8 de marzo de 2010.

78. “Las cofradías de Sevilla se manifestarán contra la ley del aborto”, *El País*, 5 de marzo de 2010.
79. “Protesta ante el Constitucional contra la entrada en vigor de la ley del aborto”, *El Mundo*, 3 de julio de 2010.
80. “Penúltimo intento ciudadano para frenar la nueva ley del aborto”, *ABC*, 3 de julio de 2010.
81. “Manifestación a favor del aborto libre en Madrid y Barcelona simultáneamente”, *El País*, 23 de enero de 2008.
82. “Manifestantes pro aborto”, *ForumLibertas.com*, 25 de enero de 2008.
83. “Miles de mujeres a favor del aborto en la manifestación”, *El Imparcial*, 8 de marzo de 2008.
84. “Un grupo radical intenta reventar la concentración pro-vida”, *ABC*, 8 de marzo de 2010.
85. “El colegio de enfermería se posiciona y rechaza el aborto”, *El Periódico de Aragón*, 5 de noviembre de 2009.
86. “El Colegio de Médicos, contra el nuevo borrador del aborto”, *ABC Toledo*, 31 de mayo de 2010.
87. “Declaración de la OMC sobre el Proyecto de Ley de salud sexual y reproductiva (Ley del aborto)”, 11 de diciembre de 2009. Disponible en: http://www.cgcom.org/noticias/2009/12/09_12_16_ley_aborto
88. “Declaración de la comisión de bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo”. Disponible en: <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/24/declaracion-de-la-sego/>
89. “FACME incorpora a la Asociación Española de Pediatría y apoya a la SEGO en la objeción de conciencia”, *Acta Sanitaria*, 14 de diciembre de 2009. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/actasanitaria/frontend/desarrollo_noticia.jsp?idCanal=1&idContenido=16362
90. “El aborto enciende a los científicos”, *El País*, 6 de abril de 2009.
91. “La élite científica desautoriza a sus colegas antiabortistas”, *El País*, 27 de marzo de 2009.