

LA NUEVA REGULACIÓN DEL DELITO DE ABORTO EN ESPAÑA

-Análisis de la Ley orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo-

TRABAJO FIN DE MÁSTER

“MÁSTER EN ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES DE GÉNERO”



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

Autora: M^a CRISTINA GARABITO PÉREZ

Tutora: NIEVES SANZ MULAS

Curso académico: 2010 / 2011.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento, a mi tutora Nieves Sanz Mulas, por su ayuda y sus consejos, así como por el tiempo dedicado a que este trabajo saliera adelante.

Darle las gracias, en general a mi familia y a mi pareja, por el apoyo incondicional y el cariño, que me han mostrado siempre a lo largo de mi vida.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| I. Introducción. | 7. |
| II. Delineamientos generales. | 10. |
| 1. Análisis de la situación. | 10. |
| 1.1. Estudio de Estadísticas. | 13. |
| 1.1.1. Datos anuales de IVE en España y en sus Comunidades autónomas. | 14. |
| 1.1.2. Tasas de edad de las mujeres que se sometieron a un IVE. | 16. |
| 1.1.3. Distribución de IVE según Estado Civil. | 17. |
| 1.1.4. Situación laboral de la mujer, y/o de su pareja, en el momento de la IVE. | 18. |
| 1.1.5. Distribución del número IVE según el nivel de instrucción de la mujer. | 19. |
| 1.1.6. Número de hijos en el momento de la IVE. | 20. |
| 1.1.7. Número de IVE anteriores. | 21. |
| 1.1.8. Distribución de IVE según la nacionalidad y el lugar de nacimiento. | 21. |
| 1.1.9. Distribución del número de IVE según el centro donde se llevo a cabo. | 22. |

| | |
|---|------------|
| 1.1.10. Semanas de gestación con las que se practicó la IVE. | 23. |
| 1.1.11. Motivo de la IVE. | 24. |
| 1.1.12. Distribución del número de IVE en función de la información sobre planificación familiar recibida. | 25. |
| 1.2. Déficits / fracasos de la anterior regulación. | 27. |
| III. Contextualización del aborto. | 32. |
| 1. Connotaciones morales, éticas y religiosas. | 34. |
| 2. Connotaciones desde el punto de vista de la salud física y mental. | 39. |
| 2.1. Contexto de la salud reproductiva. | 39. |
| 2.2. El aborto y sus consecuencias en el ámbito de la salud. | 43. |
| 3. Connotaciones sociológicas. | 46. |
| IV. El aborto y sus métodos. | 49. |
| 1. Aproximación conceptual. | 49. |
| 2. Clases de aborto. | 50. |
| 3. Técnicas de IVE. | 51. |

| | |
|---|-----|
| V. Sistemas de regulación del aborto. | 56. |
| 1. Sistema Represivo. | 57. |
| 2. Sistema Permisivo. | 58. |
| 3. Sistema Ecléctico. | 58. |
| VI. El aborto en España antes de la Ley Orgánica 2/2010. | 60. |
| VII. La Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. | 65. |
| 1. Promulgación de la nueva ley en materia de IVE..... | 66. |
| 2. Líneas estratégicas de la ley. | 67. |
| 3. Desarrollo de la ley. | 68. |
| 4. El delito de aborto en el Código Penal Español..... | 74. |
| 5. Problemas de aplicación y propuestas de mejora. | 78. |
| 6. La objeción de conciencia. | 82. |
| 6.1. Argumentos que respaldan la objeción de conciencia en esta materia. | 87. |
| 7. Referencia a la Constitución Española. | 89. |
| 8. La interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la igualdad de mujeres y hombres. | 92. |

| | |
|--|-------------|
| 9. Recursos de Inconstitucionalidad presentados frente a la nueva ley del aborto. | 95. |
| VIII. Estudio comparado en Europa. | 99. |
| IX. Conclusiones valorativas | 105. |
| | |
| Bibliografía..... | 108. |
| | |
| Anexos..... | 116. |

I

INTRODUCCIÓN

La idea general de este proyecto, es realizar un análisis sobre la situación actual del aborto en España, tras la reciente entrada en vigor, hace hoy apenas un año (5 de Julio del 2010), de la nueva “*Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 2/2010 de 3 de marzo 2010*”.¹

No obstante, aunque haga especial detenimiento en la reflexión del nuevo enfoque dado a esta materia, en el que está muy presente la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así como el derecho a su intimidad y privacidad, también tratare de llevar a cabo una aproximación a los orígenes que han dado lugar a esta profunda reforma. No cabe duda que la regulación del aborto, tiene un gran trasfondo político, religioso, económico, cultural, etc., que ha hecho que durante muchos años su regulación haya estado estancada, y no se haya modificado ajustándose a las necesidades y a los cambios actuales.

Se trata de una temática muy delicada, y muy polémica a la vez. Son muy numerosos, y a su vez muy dispares, los argumentos que se ponen sobre la mesa en cuanto a la regulación de esta situación. El tema levanta tales pasiones que, incluso las mentes más cultivadas científicamente, no pueden dejar a un lado la subjetividad al esgrimir sus puntos de vista.

¹ Boletín Oficial del Estado. Núm. 55, Sec. I, Pág. 21001.

<<http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>>

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Por ello, comenzaremos realizando un repaso por los diferentes puntos de vista y las diversas connotaciones, que sobre la interrupción voluntaria del embarazo, se han hecho desde las más variadas disciplinas.

Pese a los diversos enfoques, es evidente que toda interrupción del embarazo comporta un conflicto de intereses. Vemos, como frente al reconocimiento de la protección a la vida prenatal, se reconoce también el derecho al libre desarrollo de la personalidad humana, y a la libre disposición de la sexualidad de la propia mujer. Las diferentes corrientes político – criminológicas² proponen como solución a esta disputa de intereses que se mantienen en juego en cuanto a la interrupción voluntaria del embarazo, su regulación a través del Sistema de Plazos combinado con el de las Indicaciones. De esta manera, este conflicto de intereses muy presente en nuestra sociedad, ha hecho necesaria la intervención del Estado, ponderado estos intereses, y declarando prevalencia a los derechos fundamentales de las mujeres en las primeras semanas de embarazo. No obstante, a partir de un determinado periodo de gestación, pasa a valorarse superiormente al “nasciturus” (no nacido).

También, realizaremos un repaso sobre los diferentes sistemas de regulación de la interrupción voluntaria del embarazo que se han dado a lo largo de la historia de nuestro país, hasta llegar a esta nueva ley del aborto, que tanta polémica está suscitando.

Asimismo, y como no podría ser de otra manera, nos detendremos en esta nueva ley, para realizar un estudio exhaustivo sobre todos los campos de actuación a los que hace referencia: educación, sanidad, etc. Y prestaremos especial atención a la objeción de conciencia, y a la regulación de los casos de las menores. Igualmente, haremos referencia al recurso de inconstitucionalidad presentado, frente a la presente ley.

De su parte, además de tratar de conocer la evolución legal de España, trataremos de realizar un estudio comparado con Europa, analizando tanto las estadísticas, como las resoluciones judiciales en esta materia, para tratar de dar a conocer, en todo lo posible, la realidad de esta práctica.

² “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. pp 2.

Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género.

Para finalizar esta pequeña introducción, nos gustaría manifestar que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), se trata de una situación límite, difícil y traumática, ante la que es importante mostrar todo el respeto y la tolerancia existente, y que no debe desconocerse, ni ocultarse, o ignorarse. No pretendemos con este trabajo realizar un debate sobre la constitucionalidad o no de la nueva regulación de la situación del aborto, pero sí que queremos hacer evidente que se trata de una regulación necesaria, ante el fracaso y el descontrol (no solo en cuanto a aspectos legales, sanitarios, sociales, etc.) de la anterior legislación vigente.

II

DELINEAMIENTOS GENERALES

1. Análisis de la situación

Actualmente nos encontramos ante un gran cambio frente a la consideración del aborto. El pasado año 2010, pudimos ser testigo de una trascendental modificación en nuestra legislación sobre la interrupción del embarazo, materializada en la *Ley orgánica, 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva, y de la Interrupción voluntaria del embarazo*³, por la que hemos pasado de considerar a los IVEs⁴ un “delito” contra la vida humana dependiente, a un “derecho” de la autonomía reproductiva de la mujer, si bien, manteniendo igualmente ciertas conductas como delictivas, como veremos más adelante.

La regulación del aborto se ha caracterizado siempre por ser un tema muy polémico, del que todo el mundo opina, y manifiesta su postura hacia él. Actitudes de lo más diverso y que muchas veces parecen ser irreconciliables. Son numerosas las instituciones, asociaciones, organizaciones, etc., así como innumerables estudios, que teorizan y discrepan, manteniendo al rojo vivo, el controvertido dilema ante la defensa del no nacido (“nasciturus”) y el derecho reproductivo de las mujeres. Este gran debate sobre el aborto, aunque está más que nunca de actualidad, no es un debate reciente ya que las feministas llevan toda una eternidad reivindicando la autonomía de la mujer ante

³ Boletín Oficial del Estado. <<http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>>

⁴ IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

su maternidad, reafirmando una vez más, que son pocas las experiencias que como esta, presentan tantos interrogantes y dilemas morales en lo que respecta al control sobre el propio cuerpo y la vida.

Los argumentos en contra de esta práctica, que la califican de “asesinato” hacen referencia a: “santidad de la vida”, “persona potencial”; “derechos del no nacido”, etc. Si bien también reconocen ciertas excepciones: salvar la vida de la madre, casos de violaciones, etc. Estas excepciones, son las que hacen poner en tela de juicio esos argumentos en contra. Otras concepciones más sutiles, consideran el aborto, como un mal menor.

Llegados a este punto, es importante luchar por lograr considerar la maternidad como un mérito, pero también que el no llevarla a cabo no signifique una desestimación como mujer y como persona. No podemos seguir obligando a las mujeres a que a toda costa tengan los hijos que no desean, más cuando está comprobado que, por lo general, quienes realmente van a ser los perjudicados son los propios niños. El problema es que seguimos arrastrando estereotipos, y la mujer por lo general se ve frenada a decidir como cualquier adulto ante un problema como este, y toma una decisión en función de lo que la sociedad espera que haga como mujer que es. Por ello, en muchos casos, las mujeres ven en la maternidad una obligación, un deber como mujer. Es importante romper con esa concepción, e introducir el equilibrio entre responsabilidad y disponibilidad, para hablar de “autonomía reproductiva”.

Difícilmente nos vamos a encontrar con mujeres que estén a favor del aborto porque sí, o que sean “abortistas” por así decirlo. Inevitablemente, se trata de una situación desagradable y dolorosa para una mujer, y por más que nos cueste reconocerlo, hasta ahora se trataba de una práctica clandestina de alto riesgo muy numerosa. Porque, en la práctica muchas mujeres seguían abortando, con una gran inseguridad sanitaria y jurídica. Por ello, es importante asesorar a las mujeres que se deciden a hacerlo, para que puedan cumplir su deseo en las mejores condiciones posibles. Se debe garantizar que la mujer que decide abortar, pueda contar con todo el apoyo y la estructura que garantice su bienestar, partiendo siempre de que es lo suficientemente responsable para sopesar los posibles efectos de su conducta (salvo excepciones graves).

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Por esta evidente necesidad, se hace patente la importancia de encuadrar la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en un efectivo marco de educación sexual y reproductiva, para tratar de evitar embarazos no deseados. Pero además, se hace imprescindible regular dentro del sistema sanitario las medidas y garantías necesarias para que en el caso de que se opte voluntariamente por un IVE, este pueda realizarse con plena seguridad, respeto y confidencialidad.

En este nuevo contexto nace la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, adoptando un sistema mixto de indicaciones y plazos. Por un lado, se concretan y especifican claramente los casos y las condiciones para la práctica de los IVEs, y por otro, se establecen unos plazos, en los cuales en principio la interrupción del embarazo es de libre disposición para la gestante, pero transcurrido un tiempo tendrán que darse una serie de indicaciones para poder llevar a cabo esta práctica. Este nuevo planteamiento de regulación de esta materia, es fiel reflejo de la gran mayoría de las regulaciones europeas de IVE, a través de las cuales, se establece primacía a la persona real, antes que a la persona potencial, y por ello, la autonomía de la embarazada a disponer de su propio cuerpo.

A continuación, en los siguientes epígrafes, mediante el análisis de las estadísticas y sentencias judiciales, trataremos de dar a conocer, en la medida de lo posible, la realidad existente en torno a esta temática, antes de la entrada en vigor de la nueva regulación.

1.1. Estudio de Estadísticas

Para analizar con claridad la realidad existente de las interrupciones voluntarias del embarazo, hasta su nueva regulación del 2010, es importante prestar atención a los datos estadísticos publicados por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

La fiabilidad de los datos del IVE en España es elevada, según declara “El Comité de personas expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España”, en su informe del 2009⁵. A través de este informe, se manifiesta que los datos publicados en cuanto a esta temática son fruto del seguimiento y la evaluación de los IVEs a través de un sistema de vigilancia epidemiológica que recibe información de todo el Estado Español. Explican que cada IVE que se practica en nuestro país, el/ la médico/a responsable, a través de un boletín común, lo notifica a la autoridad sanitaria de la Comunidad Autónoma correspondiente, que remitirán los datos a la Dirección General de Salud, de conformidad a lo dispuesto en la *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio (RCL 1985\1715)*, y la *Orden de 31 de julio de 1985 (RCL 1985\1924)*⁶. En este informe también se destaca la estricta confidencialidad con la que se tratan los datos, debido a la delicadeza y sensibilidad del tema.

Otro aspecto a tener en cuenta, antes de adentrarnos en los datos estadísticos, es que antes de la existencia de la ley de 1985, que despenalizaba ciertos casos de aborto, las mujeres abortaban clandestinamente, o se desplazaban a otros países donde esta práctica sí que era legal. Según datos de este informe, en estos años previos a la esta reforma de cierta despenalización, (años 1974 – 1984) se calcula que aproximadamente 220.000 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo en Holanda e Inglaterra.

Por todo ello, en el análisis de la evolución real de los IVE de las españolas hay que tener en cuenta también las “cifras negras”, es decir los abortos clandestinos no notificados a este sistema, o aquellos IVE de mujeres españolas practicados en otros

⁵ Informe del Comité de Personas Expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España y Propuestas para una nueva regulación”. 2009. pp 7 – 9.

⁶ Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 3 julio 1986, núm. 158, [pág. 24219]

La nueva regulación del delito de aborto en España.

países. Además, también hay que tener presente la progresiva mejora de este sistema de registro.

En España, como en el resto de los países, la práctica del aborto ha sido una constante en todas las épocas. Aunque la tasa de abortos registrados en España se sitúa aún entre las más bajas de Europa, entre 1996 y 2005 ésta se incrementó en tres cuartas partes. Mientras en 1996 era de 5,69 por cada mil mujeres de 15 a 44 años, alcanzó los 9,6 en 2005, año en el que se produjeron un total de 91.664 casos.

1.1.1. Datos anuales del IVE en España y en sus Comunidades Autónomas.

Según los últimos datos disponibles⁷, anteriores a la nueva regulación, publicados por el Ministerio de Sanidad, y como podemos observar en la siguiente tabla, en el año 2009 se realizaron en España 111.482 IVE, manteniendo más o menos las cifras de años anteriores. (Año 2008, 115.812 abortos; en 2007, 112.138, etc.).

I.V.E. NÚMERO DE ABORTOS REALIZADOS Y TASAS POR 1.000 MUJERES ENTRE 15 Y 44 AÑOS (año 2005-2009)

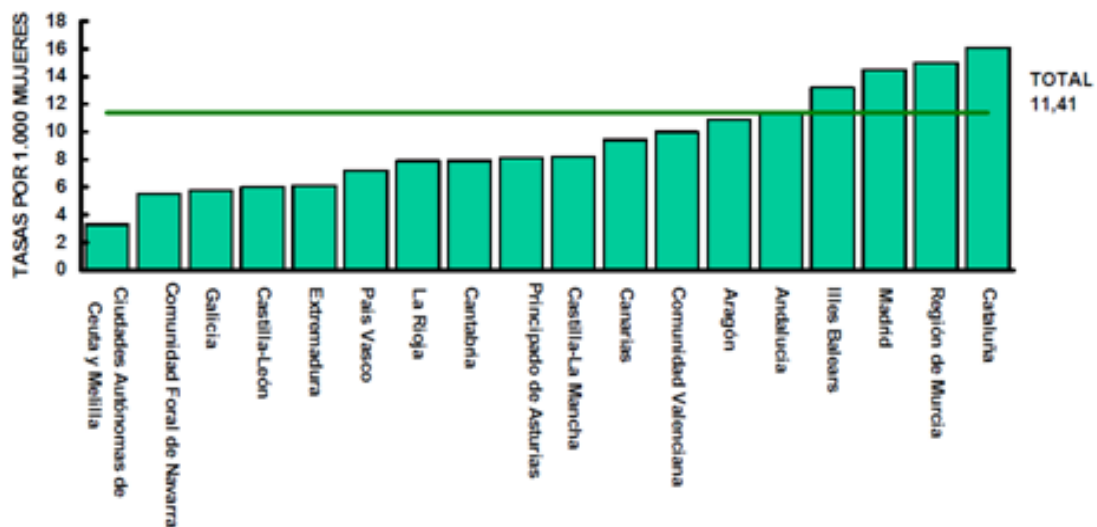
| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Nº de Abortos realizados | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

⁷ MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. “Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2009”

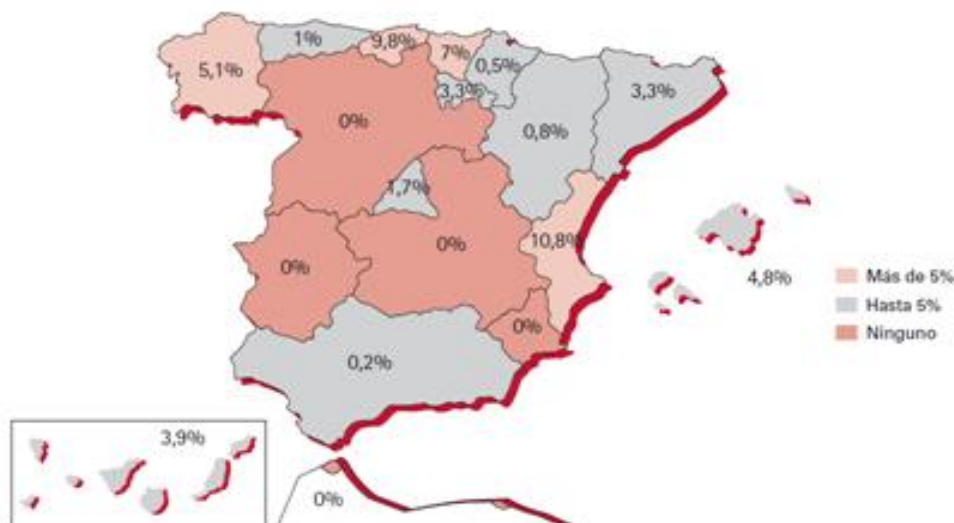
En cuanto a las Comunidades Autónomas, Cataluña, Murcia, Madrid, Baleares y Andalucía destacaban en 2009 por presentar mayores tasas de aborto. Frente a estas Ceuta y Melilla, Navarra, Galicia, Castilla y León y Extremadura son en las que menos IVEs se han registrado. Ante estos datos, hay que tener muy en cuenta la distribución poblacional existente.

I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años según Comunidad Autónoma de Residencia. Total Nacional Año 2009.



FUENTE: Ministerio de Sanidad.

Distribución porcentual de abortos realizados en el sistema sanitario público (2005)



FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.2. Tasas de edad de las mujeres que se sometieron a una IVE.

Tratando de determinar el perfil medio de las mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo, comenzaremos teniendo en cuenta que, por grupos de edad, en España las adolescentes y especialmente las jóvenes tienen una tasa de abortos más alta que la del conjunto de las mujeres. Podemos observar que el mayor número de abortos, aproximadamente el 20 %, se practica en el tramo de edad de 20 – 24 años, seguido del tramo de edad de 25 – 29 años, en que se practican el 16 %. Con menos frecuencia, un 12 %, tienen lugar, los abortos en las edades de 19 y menos años, o en el tramo de edad de 30 – 34 años donde los IVEs representan el 11%. Cifras bajas ya, en cuanto a los edades de 35 – 39 años (8%) y de 40 y más años (3%).

I.V.E. TASAS POR 1.000 MUJERES DE CADA GRUPO DE EDAD .2005-2009. TOTAL NACIONAL.

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|-----------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL | 9,60 | 10,62 | 11,49 | 11,78 | 11,41 |
| 19 y menos años | 11,48 | 12,53 | 13,79 | 13,48 | 12,74 |
| 20-24 años | 16,83 | 18,57 | 20,65 | 21,05 | 20,08 |
| 25-29 años | 12,60 | 14,44 | 15,57 | 16,49 | 16,02 |
| 30-34 años | 9,07 | 10,12 | 11,07 | 11,63 | 11,63 |
| 35-39 años | 6,48 | 7,34 | 7,67 | 7,97 | 8,05 |
| 40 y más años | 2,87 | 3,05 | 3,25 | 3,30 | 3,36 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

Esta tendencia se repite cada año, y a su vez también está presente en todas las Comunidades Autónomas, como podemos ver en el siguiente gráfico:

COMPARACIÓN DE LA TASA DE ABORTO POR GRUPOS DE EDAD SEGÚN COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2009

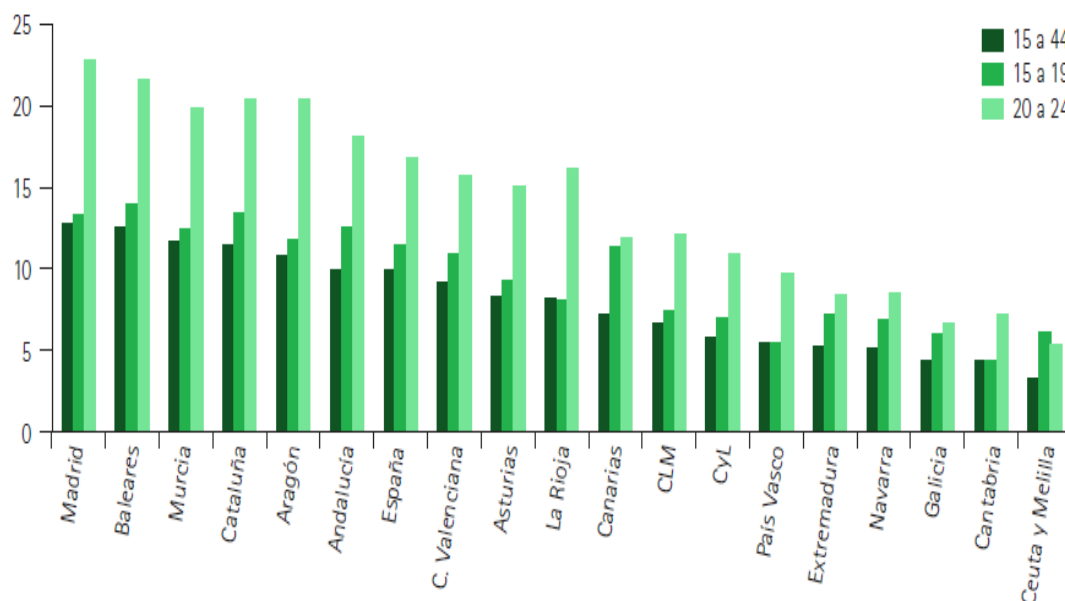


Gráfico 3. FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.3. Distribución de IVE según estado civil.

En cuanto a la distribución del número de abortos practicados, atendiendo al estado civil, vemos como la gran mayoría, prácticamente el 70 % de las mujeres, cuando hicieron frente a esta situación se encontraban solteras. Las mujeres casadas representan el 22 % de esta práctica. En menor proporción se encuentran los casos de mujeres separadas y divorciadas, aproximadamente 3 % en cada caso. Resultan insignificantes los casos de mujeres viudas.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ESTADO CIVIL (2005-2009)

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|---------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E. | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Estado Civil | | | | | |
| Soltera | 65,84 | 66,26 | 67,63 | 68,23 | 68,26 |
| Casada | 25,02 | 24,58 | 23,76 | 23,56 | 22,92 |
| Viuda | 0,61 | 0,55 | 0,49 | 0,44 | 0,44 |
| Divorciada | 2,49 | 2,87 | 3,10 | 3,30 | 3,75 |
| Separada | 5,52 | 5,00 | 4,32 | 3,90 | 3,95 |
| No consta | 0,52 | 0,73 | 0,72 | 0,56 | 0,68 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.4. Situación laboral de la mujer y/o de su pareja en el momento de la IVE.

Si nos detenemos en la situación laboral de estas mujeres, podemos comprobar que la gran mayoría, el 60%, es asalariada. El 20 % se encuentra en situación de parada, y el 10% son estudiantes. Solo el 8% se dedican a sus labores en el hogar.

I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SITUACION LABORAL DE LA MUJER (2005-2009)

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E. | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Situación laboral de la mujer | | | | | |
| Profesional emplea | 0,57 | 0,57 | 0,55 | 0,61 | 0,58 |
| Profesional no emplea | 1,59 | 1,50 | 1,38 | 1,43 | 1,43 |
| Asalariada | 58,60 | 61,24 | 62,93 | 61,56 | 56,02 |
| Pensionista | 0,34 | 0,30 | 0,28 | 0,30 | 0,29 |
| Estudiante | 11,67 | 10,75 | 10,24 | 10,03 | 10,81 |
| Parada | 13,70 | 12,77 | 12,52 | 15,04 | 20,41 |
| Sus labores | 11,70 | 10,99 | 10,40 | 9,58 | 8,74 |
| Otras | 1,46 | 1,45 | 1,35 | 1,09 | 1,28 |
| No consta | 0,36 | 0,43 | 0,35 | 0,37 | 0,45 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

No obstante, también podemos observar que, en cuanto a la situación laboral de la pareja o sustentador principal, la mayoría se encuentra como asalariado, aproximadamente el 56%. A este porcentaje le sigue, como en el caso de la situación de la propia mujer, un 9% de parados. Asimismo, es importante tener en cuenta que en el 12% de los casos la mujer no tiene relación de pareja, y que el 16% de los casos tampoco consta la situación laboral de su pareja o persona sustentadora principal. Estos datos hacen referencia concretamente al año 2009, pero se mantienen sobre la misma línea que en los años anteriores.

I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA SITUACIÓN LABORAL DE LA PAREJA O SUSTENTADOR PRINCIPAL (2005-2009)

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|---|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E. | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Situación laboral pareja o sustentador principal | | | | | |
| No existe | 10,48 | 12,69 | 13,29 | 13,25 | 12,28 |
| Profesional emplea | 1,50 | 1,37 | 1,16 | 1,32 | 1,30 |
| Profesional no emplea | 2,28 | 1,97 | 1,60 | 1,87 | 1,72 |
| Asalariada/o | 65,29 | 64,20 | 64,23 | 62,19 | 55,88 |
| Pensionista | 1,34 | 0,94 | 0,89 | 0,86 | 0,91 |
| Estudiante | 0,94 | 0,79 | 0,79 | 0,84 | 0,97 |
| Parada/o | 3,31 | 2,75 | 2,63 | 5,05 | 9,93 |
| Sus labores | 0,10 | 0,10 | 0,15 | 0,32 | 0,26 |
| Otras | 1,04 | 0,98 | 1,04 | 1,42 | 2,00 |
| No consta | 13,72 | 14,21 | 14,20 | 12,89 | 14,75 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.5. Distribución del número de IVE según el nivel de instrucción de la mujer.

Así, en cuanto al nivel instrucción de la mujer, vemos claramente en la siguiente gráfica, como por lo general la gran mayoría de ellas tenían un nivel educativo medio, (30% de 2º grado, de 2º ciclo, y el 27% aproximadamente de 2º grado, de 1º ciclo). Seguidamente, el 23 % presentaba un nivel de estudios bajo, y solamente el 3% no tenían estudios. Por otra parte, el 6% poseían estudios universitarios, como podemos comprobar.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN (2005-2009)

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E. | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Nivel de instrucción | | | | | |
| Analfabeta | 0,44 | 0,50 | 0,42 | 0,61 | 0,76 |
| Sin estudios | 2,25 | 2,66 | 2,31 | 2,45 | 2,88 |
| 1º grado | 21,57 | 22,65 | 21,82 | 21,84 | 23,87 |
| 2º grado, 1º ciclo | 31,70 | 29,92 | 32,38 | 32,66 | 30,28 |
| 2º grado, 2º ciclo | 28,14 | 28,10 | 27,56 | 27,82 | 27,71 |
| 3º grado (Escuela) | 8,82 | 8,92 | 8,70 | 8,48 | 8,25 |
| 3º grado (Facultad) | 6,06 | 6,29 | 5,80 | 5,34 | 5,45 |
| No clasificables | 0,35 | 0,18 | 0,11 | 0,08 | 0,09 |
| No consta | 0,68 | 0,78 | 0,92 | 0,73 | 0,71 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.6. Número de Hijos en el momento de la IVE.

Por otra parte, si nos centramos en el número de hijos que estas mujeres tenían cuando decidieron someterse a la interrupción voluntaria de su embarazo, por lo general, como vemos comparando los datos anuales, reflejados en la siguiente tabla, la gran mayoría, en torno al 47%, no tenía ningún hijo. El 26% tenía un hijo y el 18 % tenía dos hijos. A partir de dos hijos los porcentajes son mucho menores, tres hijos en torno al 6%, cuatro ya solo el 2%, etc.

I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NÚMERO DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD (2005-2009)

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|--|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E. | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Nº de hijos que viven actualmente | | | | | |
| Ningún hijo | 49,82 | 48,86 | 48,28 | 47,31 | 46,95 |
| Un hijo | 24,22 | 24,72 | 25,28 | 25,94 | 26,10 |
| Dos hijos | 17,68 | 17,86 | 17,91 | 18,15 | 18,63 |
| Tres hijos | 5,58 | 5,64 | 5,72 | 5,89 | 5,68 |
| Cuatro hijos | 1,65 | 1,85 | 1,79 | 1,82 | 1,78 |
| Cinco o más hijos | 0,96 | 0,95 | 0,94 | 0,86 | 0,83 |
| No consta | 0,09 | 0,13 | 0,08 | 0,03 | 0,03 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.7. Número de IVE anteriores.

Si nos detenemos en el número de veces por las que han pasado estas mujeres por esta experiencia, comprobamos que la mayoría de las afectadas se encontraban por primera vez ante una situación de este calibre. Observamos en la presente representación estadística, que aproximadamente el 65 – 70 % no se habían practicado nunca ningún aborto. En torno al 25%, ya se habían sometido a un IVE. A partir del segundo caso de aborto ya descende en picado la frecuencia de un nuevo aborto. Solo el 7% había abortado anteriormente en dos ocasiones, y el 2% tres veces.

I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NÚMERO DE HIJOS QUE VIVEN EN LA ACTUALIDAD (2005-2009)

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|--|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E. | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Nº de hijos que viven actualmente | | | | | |
| Ningún hijo | 49,82 | 48,86 | 48,28 | 47,31 | 46,95 |
| Un hijo | 24,22 | 24,72 | 25,28 | 25,94 | 26,10 |
| Dos hijos | 17,68 | 17,86 | 17,91 | 18,15 | 18,63 |
| Tres hijos | 5,58 | 5,64 | 5,72 | 5,89 | 5,68 |
| Cuatro hijos | 1,65 | 1,85 | 1,79 | 1,82 | 1,78 |
| Cinco o más hijos | 0,96 | 0,95 | 0,94 | 0,86 | 0,83 |
| No consta | 0,09 | 0,13 | 0,08 | 0,03 | 0,03 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.8. Distribución de IVE según la nacionalidad y el lugar de nacimiento.

Por otra parte, si tenemos en cuenta la nacionalidad de las mujeres que se sometieron a una interrupción voluntaria del embarazo, decir que el 58,35 % son Europeas, de ellas 48% Españolas. Ya en menor proporción, se encuentran las americanas (principalmente norteamericanas), con un 23,85 %, seguidas de las africanas que representan el 5,50% de los casos, y las asiáticas, con un 1,69%.

I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NACIONALIDAD Y LUGAR DE NACIMIENTO EN MUJERES RESIDENTES. (2009)

Año de intervención 2009

| TOTAL IVE RESIDENTES | | 109.351 | |
|--------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| Nacionalidad | | Lugar de nacimiento | |
| EUROPA | 58,35 | EUROPA | 67,68 |
| España | 47,99 | España | 57,21 |
| Resto Unión Europea | 9,08 | Resto Unión Europea | 9,17 |
| Resto de Europa | 1,28 | Resto de Europa | 1,30 |
| ÁFRICA | 5,50 | ÁFRICA | 5,62 |
| África del Norte | 3,59 | África del Norte | 3,65 |
| África Subsahariana | 1,91 | África Subsahariana | 1,97 |
| Resto de África | 0,00 | Resto de África | 0,00 |
| AMÉRICA | 23,85 | AMÉRICA | 24,91 |
| América del Norte | 0,16 | América del Norte | 0,18 |
| América Central y Caribe | 2,66 | América Central y Caribe | 2,94 |
| América del Sur | 21,02 | América del Sur | 21,79 |
| Resto de América | 0,00 | Resto de América | 0,00 |
| ASIA | 1,69 | ASIA | 1,73 |
| OCEANÍA | 0,00 | OCEANÍA | 0,00 |
| NO CONSTA | 10,60 | NO CONSTA | 0,05 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.9. Distribución del Número de IVE según el tipo de centro donde se llevo a cabo

Centrándonos más en el proceso del IVE en sí, hay que destacar que prácticamente el 87% de los abortos llevados a cabo en España, tienen lugar en un centro extra-hospitalario, frente a solo el 13% que se llevan a cabo en centros propiamente hospitalarios. Así también es importante destacar como la gran mayoría de ellos, e independientemente de los datos anteriores se llevan a cabo privadamente. En cuanto a los abortos en centros hospitalarios, solo el 2% se lleva a cabo en un centro hospitalario público, el 10% restante en los privados. En los practicados en centros extra-hospitalarios, en su totalidad son de carácter privado.

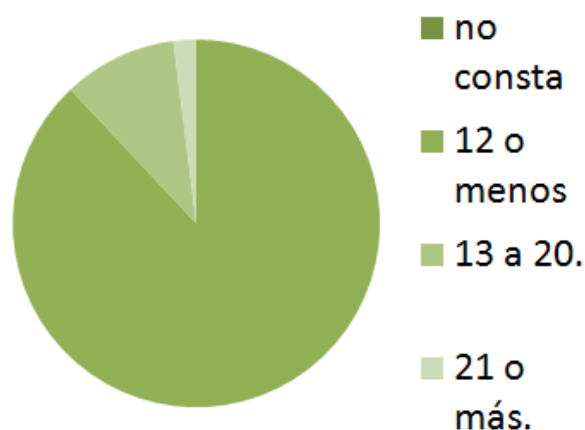
I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE CENTRO DONDE SE LLEVO A CABO.
(2005-2009)

| | Año de intervención | | | | |
|-----------------------|---------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Tipo de centro | | | | | |
| HOSPITALARIO | 12,79 | 11,62 | 12,63 | 12,77 | 12,28 |
| Público | 2,91 | 2,51 | 2,08 | 1,91 | 2,03 |
| Privado | 9,88 | 9,11 | 10,55 | 10,86 | 10,25 |
| EXTRAHOSPITALARIO | 87,21 | 88,38 | 87,37 | 87,23 | 87,72 |
| Público | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Privado | 87,21 | 88,38 | 87,36 | 87,23 | 87,72 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.1.10. Semanas de gestación con las que se práctico la IVE.

En cuanto a las semanas de gestación con las se sometió a IVE, como podemos comprobar en las siguientes representaciones estadísticas, el 63% de los IVEs que se practicaron la gestación era de 8 o menos semanas; el 25 % de los casos se encontraban entre las 9 – 12 semanas; en menor proporción a partir de este periodo, nos encontramos que el 6% tenían 13 – 26 semanas de gestación, 3,5%, 17 – 20 semanas, solo el 1,60% contaban con una gestación superior a las 21 semanas. Del tanto por ciento restante, no consta información al respecto.



La nueva regulación del delito de aborto en España.

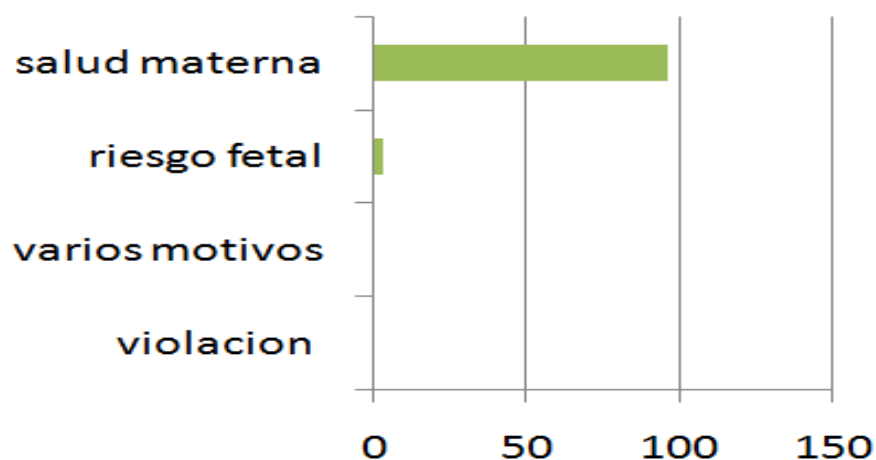
I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE IVE SEGÚN SEMANAS DE GESTACIÓN, (2005-2009)

| | Año de intervención | | | | |
|-----------------------|---------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Tipo de centro | | | | | |
| HOSPITALARIO | 12,79 | 11,62 | 12,63 | 12,77 | 12,28 |
| Público | 2,91 | 2,51 | 2,08 | 1,91 | 2,03 |
| Privado | 9,88 | 9,11 | 10,55 | 10,86 | 10,25 |
| EXTRAHOSPITALARIO | 87,21 | 88,38 | 87,37 | 87,23 | 87,72 |
| Público | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| Privado | 87,21 | 88,38 | 87,36 | 87,23 | 87,72 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad

1.1.11. Motivo de la IVE.

Atendiendo al motivo que dio lugar a interrumpir voluntariamente el embarazo, resaltar que por una mayoría abrumadora, concretamente, el 97% de los casos, tuvieron lugar debido al riesgo para la salud materna. A gran distancia le sigue, con tan solo un 3,5 %, el riesgo fetal y la violación constituyendo únicamente el 0,02 de los casos, como podemos comprobar en el siguiente diagrama de barras.



**I.V.E. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE IVE SEGÚN MOTIVO
(2005-2009)**

| | <u>Año de intervención</u> | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|
| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| TOTAL I.V.E | 91.664 | 101.592 | 112.138 | 115.812 | 111.482 |
| Semanas de gestación | | | | | |
| 8 ó menos semanas | 62,09 | 62,23 | 62,84 | 62,90 | 63,17 |
| 9-12 semanas | 25,84 | 25,71 | 25,31 | 25,80 | 25,31 |
| 13-16 semanas | 5,98 | 6,14 | 6,20 | 6,11 | 6,30 |
| 17-20 semanas | 4,05 | 3,87 | 3,69 | 3,49 | 3,56 |
| 21 ó más semanas | 1,98 | 1,97 | 1,93 | 1,67 | 1,64 |
| No consta | 0,07 | 0,08 | 0,04 | 0,02 | 0,02 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad

1.1.12. Distribución del número de IVE, en función de la información sobre planificación familiar recibida.

Para concluir con este repaso por los datos estadísticos que enmarcan la situación del aborto en España antes de la actual despenalización, haremos referencia al porcentaje de mujeres que acudió a un centro de planificación familiar. El 57 % de los casos no acudió a ningún centro de este tipo para que le explicaran sobre el procedimiento del aborto o las alternativas existentes a él. El 26% si que acudió a este tipo de centros de carácter público, pero el 10% lo hizo en centros privados.

Asimismo, también es importante prestar atención al lugar en el que se informaron sobre el IVE, la gran mayoría lo hizo en un centro sanitario público.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

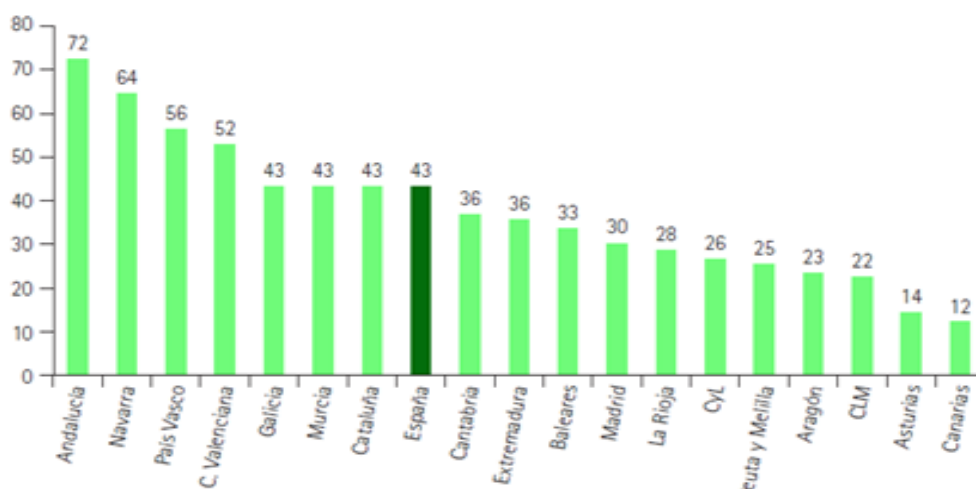
I.V.E. NÚMERO SEGÚN TIPO DE UTILIZACIÓN DE CENTRO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR, y LUGAR DONDE SE INFORMÓ. (2009)

| TOTAL I.V.E. | 111.482 |
|-----------------------------|---------|
| Utilización C.P.F. | |
| Sí. Público | 28706 |
| Sí. Privado | 11936 |
| Sí. Otros | 5736 |
| No | 63640 |
| No consta | 1464 |
| Lugar de información | |
| Centro Sanitario Público | 51765 |
| Centro Sanitario Privado | 12196 |
| Otros | 47266 |
| No consta | 255 |

FUENTE: Ministerio de Sanidad.

Por comunidades autónomas, como podemos comprobar observando el siguiente diagrama de barras, las cifras sobre información en esta materia son muy dispares de unas a otras. El porcentaje de mujeres que se informaron sobre el aborto en centros públicos, destaca en la comunidad de Andalucía, seguida de la de Navarra y la del País Vasco. Por el contrario, Canarias y Asturias, presentan menores índices al respecto.

PORCENTAJE DE MUJERES QUE SE INFORMARON SOBRE EL ABORTO EN CENTROS PÚBLICOS SEGÚN COMUNIDADES AUTÓNOMAS



FUENTE: Ministerio de Sanidad.

1.2. Déficits / fracasos de la anterior regulación

Vistos los datos anteriores, no hay duda del fracaso de la normativa anterior en esta materia, la *Ley de 1985, de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, que pese a ser un regulación despenalizadora del aborto, era intencionalmente restrictiva, aunque en la práctica, en torno a los IVEs permitidos al amparo de esta ley, había un gran ambiente de hipocresía y permisibilidad.

La gran mayoría de las intenciones de interrumpir el embarazo, como ya he comentado en el anterior apartado, más del 97% de los practicados cada año, se alegaba el criterio despenalizado de “grave riesgo psíquico para la salud de la gestante”, es decir al “aborto terapéutico”. Cifras que se han mantenido constantes a lo largo de los años. Luego, al amparo de esta legislación se había producido en España una situación de aborto libre, cuando no arbitrario, en la que creció notablemente el número de abortos clandestinos, practicados en pésimas condiciones sanitarias⁸. Así, el magistrado del Tribunal Supremo, Ángel Calderón,⁹ fue uno de los muchos que proclamó la necesidad una reforma del Código Penal que regulara de forma realista el aborto, ya que cientos de jóvenes españolas se veían obligadas a interrumpir sus embarazos en condiciones de clandestinidad, arriesgando su vida o su salud.

Era evidente, por tanto el clima de inseguridad jurídica en el que se encontraban, no solo las mujeres que decidían someterse a esta práctica, sino también el personal profesional que se veía implicado en la misma.

La incertidumbre legal, la hipocresía social, trasladaban el problema a las filas de los psiquiatras¹⁰. Estos se quejaban de que, debido al vacío legal de esta ley, los jueces los utilizaban a su antojo, según les convenía buscando las directrices que enmarcaban sus creencias religiosas o políticas.

⁸ Reportaje Projusticia: “Así se aborta en España” << www.youtube.com/watch?v=MMjcb8IKg5E>>

⁹ “Magistrado del TS pide al legislativo una reforma realista en del Código Penal que ataje la clandestinidad actual entorno al aborto.” *Noticias jurídicas Wetslaw.es* , 10 de Agosto del 2004.

¹⁰ Revista de Administración Sanitaria (DINARTE). <www.dinarte.es/salud-mental/pdfs/debate.pdf>

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Denunciaban que lo que en realidad pasaba es que, la mujer que deseaba libremente abortar, por las razones que fuera, se veía obligada, por lo general, a convertirse en “enferma mental” para poder interrumpir su embarazo.

Ante estos hechos, la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, también manifestó, mediante un comunicado público¹¹, su preocupación por la inseguridad jurídica de los clínicos ante estos dictámenes de Interrupción. En este escrito se pone, como ejemplo de esta situación, la resolución judicial del Tribunal Supremo Núm. 470/1998, por la que se desestiman los recursos de casación interpuestos por el ginecólogo y la psiquiatra afectados, previa denuncia del padre del feto abortado, de manera, que se condena a la psiquiatra que emitió el preceptivo dictamen, a un año de prisión y dos años de inhabilitación profesional, y al ginecólogo que efectuó la intervención, a seis meses de prisión y ocho meses de inhabilitación. Tanto la valoración psiquiátrica como la intervención se efectuaron en una clínica legalmente autorizada a practicar intervenciones de aborto en los supuestos contemplados por anterior legislación. La sentencia es condenatoria porque los magistrados consideraron que no existía tal grado de gravedad psíquica que requiriera interrupción del embarazo, pese que el dictamen psiquiátrico establecía que: “la paciente presenta ansiedad, equivalentes somáticos de angustia, emesis importante, mareos y dolor abdominal”, además de ir acompañado de los respectivos peritajes forenses. La susodicha Junta alegaba que, ante estas situaciones, el psiquiatra se veía obligado a actuar conforme a su perspectiva ética, pues era sumamente complejo una estimación concreta y precisa del pronóstico, de una mujer que declara sentirse desbordada ante el embarazo no querido. Manifestaban que el clínico se debía interesar por la demanda explícita e implícita de la mujer, y por ello se veía abocado a dictaminar en favor de la IVE, salvo aquellos que se hubieren declarado objetores de conciencia.

Por otra parte, si nos detenemos en el análisis de algunas de las sentencias judiciales dictadas en esta materia¹², podemos comprobar que en la gran mayoría de ellas hace referencia a este tipo de supuesto legal de aborto. En ellas, por lo general, se

¹¹ “De nuevo, condenas por aborto en España”, *Noticias jurídicas www.Wetslaw.es*. 1 de Febrero de 1997.

¹² www.aranzadi.es

pone en evidencia más bien errores burocráticos del proceso, y no tanto en la veracidad de los informes sobre la salud mental de la mujer.

La gran parte de las sentencias condenatorias ponen de manifiesto el incumplimiento de la norma¹³ por la cual se exige que el dictamen debe ser emitido con anterioridad a la intervención y por un médico especialista correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo su dirección se practique el aborto. En el caso del dictamen psicológico, solo el médico psiquiatra es el que esta ha acreditado para ello. Unas sentencias en las que en definitiva, se condena al personal sanitario que lleva a cabo la interrupción voluntaria del embarazo, amparándose en el informe médico emitido por un psicólogo en el que se declaraba el malestar psicológico de la gestante, no es válido, ya la emisión de esos informes es competencia exclusiva de los psiquiatras.¹⁴ Así, el Tribunal Supremo rechaza que los psicólogos, que no sean al mismo tiempo médicos especialistas, puedan emitir los informes para justificar un aborto legal por grave riesgo para la salud mental de la madre.

Otra laguna legal que había en esta materia, era la situación en la que se encontraban las menores de edad, pero emancipadas, cuando decidían realizarse un IVE. El dilema de si necesitan permiso de los progenitores o no para realizar esta práctica fue toda una constante. Una sentencia de la Audiencia Provincial de Málaga (AP Málaga, Núm. 49/2002, 20 abril.), marco el ejemplo a seguir de otras muchas más, en la que se establecía que este tipo de menores era completamente responsable y consecuente con la decisión de hacer frente a un aborto, levantándose así los cargos contra los profesionales que se lo había llevado a cabo.

Asimismo, en cuanto al supuesto de aborto ético, también surgen ciertos problemas. Por ejemplo, el comentado en una noticia¹⁵, en la cual se relata como una mujer, para acogerse a este supuesto, denuncia falsamente que ha sido víctima de una

¹³ RD 127/ 1984, de 11 de Enero. por el que se regula la Formación Médica Especializada y la obtención del Título de Médico Especialista

¹⁴ AP Castellón. Sentencia núm. 31/2001, 19 Noviembre.

AP Granada. Sentencia núm. 788/1998, 17 Noviembre.

Tribunal Supremo. Sentencia núm. 1639/2000, 26 Octubre.

¹⁵ “Condenada a pagar una multa de 360 euros una mujer por provocarse un aborto.” *Noticias jurídicas* www.Wetslaw.es. 26 de Marzo del 2009.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

violación. Cuando las investigaciones pertinentes dan sus frutos, la mujer se había sometido al IVE, y es castigada con una pena de multa de 360 €.

Al margen de la veracidad de las circunstancias dadas, en cuanto a los supuestos permitidos anteriormente, otro problema bastante evidente, era el desigual acceso al sistema sanitario para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo. La gran mayoría de las mujeres afectadas, se veían obligadas a acudir a una clínica privada, pues el mapa sanitario público del aborto es muy reducido. Incluso se veían obligadas a desplazarse a otros lugares de España, ya que las diversas maneras en que las autonomías aplicaban la legislación sobre el aborto, daban lugar como resultado a importantes desigualdades en el acceso de esta práctica.

Aspectos que podemos comprobar observando el siguiente gráfico:

DESPLAZAMIENTOS ENTRE COMUNIDADES AUTÓNOMAS QUE DEBEN REALIZAR LAS MUJERES PARA ACCEDER AL ABORTO



Fuente: Informe 2008 sobre el Acceso al aborto en el Estado Español. Un mapa de inequidad. Grupo de interés español en población, desarrollo y salud reproductiva.

En 2009, según la información publicada por el Informe “Acceso al aborto en el Estado Español. Un mapa de inequidad” del Grupo de interés español en población, desarrollo y salud reproductiva, sólo Aragón incluía la IVE como prestación sanitaria en su Ley Sanitaria, y contemplaba el establecimiento de conciertos entre el sistema de

salud público y las clínicas acreditadas, y la entrega de reembolsos por gastos de desplazamientos en los que deban incurrir las mujeres para acceder al aborto.

Entre otros casos singulares, por ejemplo, Extremadura, incluía en su Plan de Salud 2005-2008 como objetivo específico garantizar el acceso a la IVE en el sistema sanitario público, pero no contaba con ningún centro público que realice esta prestación. De su parte, Cantabria, en su Plan de Gobernanza, señaló el derecho a información, asesoramiento y asistencia en materia de IVE, pero no establece prioridades sanitarias en este campo. De manera similar el País Vasco, incluía en su la Carta de Derechos y Obligaciones en salud, el derecho a la información y al asesoramiento sobre IVE, pero en el Plan de Sanidad no se establecen las medidas para garantizar este derecho. En Cataluña de su lado, asociaba la interrupción voluntaria del embarazo únicamente con el embarazo adolescente y no incluía medidas específicas relativas a la prestación del aborto. Finalmente en la Comunidad de Madrid, se hacía referencia muy concreta al IVE dentro del Plan de Sexualidad Juvenil, pero en la realidad eran pocos los hospitales que contaban con unidades para la realización de abortos.

En general, el vacío legal era tal, que no existía ninguna Comunidad Autónoma que contara con un protocolo sobre el aborto, de manera que los profesionales sanitarios no contaban con ningún referente formal en esta materia, por lo que la gran mayoría de ellos no estaban dispuestos a realizar los abortos. En conjunto, era evidente que la normativa vigente en las CCAA acerca de la atención del aborto era claramente desigual e insuficiente, y requería de un mayor nivel de concreción para poder garantizar un mínimo nivel de acceso y equidad a las mujeres que requieren estos servicios. Era, en consecuencia, de urgente necesidad, el garantizar un acceso igual a la atención sanitaria, eliminando así las barreras geográficas, sociales, económicas o culturales, que flanqueaban el camino a las mujeres que se encontraban en esta situación.

Además, los embarazos no deseados y la necesidad de poder acceder libremente al aborto, también hacían visibles los retos pendientes por resolver en el sistema sanitario del Estado Español, en cuanto al acceso a educación y a servicios integrales de salud sexual y reproductiva. Como ya hemos comprobado, la mayoría de estas mujeres, (el 57% en 2009) no habían acudido a ningún centro de planificación familiar. Luego era evidente la urgencia de hacer hincapié en la educación sexual, y la conciencia social fomentando así el carácter preventivo en esta materia.

III

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ABORTO.

La situación del aborto se encuentra influenciada por toda una serie de factores morales, éticos, religiosos, sociológicos, sanitarios, históricos, etc. que influyen notablemente en su regulación legal.

Diferentes puntos de vista de una misma realidad, que se propagan a través de los medios de comunicación, campañas, informes y diversas publicaciones, etc. ejerciendo una fuerte influencia. Argumentos más o menos progresistas, o más o menos conservadores, que han condicionado el sistema de regulación de la interrupción voluntaria en nuestro país.

Y es que, 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, instituciones y asociaciones, marcando su contextualización legal, y dando lugar a la reciente despenalización del aborto.

Llegados a este punto, y antes de pasar a reflexionar sobre las diferentes connotaciones sobre el aborto, en el que se pone de manifiesto el marco contextual de la interrupción voluntaria del embarazo, nos gustaría destacar a modo de introducción el siguiente fragmento de CASTILLO, donde, de forma muy sencilla y contundente, recoge la trascendencia de esta temática, así como la permanencia de su debate a lo largo de la historia, en la que se ven afectados “multitud de factores”. No obstante, también es interesante, como además destaca, el gran número de elementos o cuestiones personales que entran en juego cuando nos encontramos ante una decisión de este tipo. En palabras literales de esta autora:

*[...]La reproducción humana es un proceso biosocial. [...] La práctica del aborto es tan antigua como la organización social de los seres humanos y esta dependencia se da a través de múltiples factores psicológicos, culturales y sociales, incluidos los puntos de vista religiosos, las tradiciones y la reacción psicológica a la coyuntura económica y política. El aborto provocado es, probablemente, el método más antiguo y polémico de regulación de la fecundidad. No existe otro procedimiento que haya generado tanta controversia emocional y ética, y haya recibido tanta y tan constante atención pública a través del tiempo. La ilegalidad del proceder, existente en muchos países, ha ido en detrimento de la salud femenina, además de violar los derechos reproductivos de la mujer. Hay que tener en cuenta en el momento de la interrupción de un embarazo, aspectos como: los marcos morales de la embarazada, los aspectos bioéticos, la intervención médica, las legislaciones para las prácticas abortivas de cada país, los valores morales del profesional de la salud y las diversas conceptualizaciones de la salud pública, que cuando interactúan, casi siempre provocan colisión entre el principio de autonomía y el bien público, vinculado todo al principio de la justicia sanitaria” [...]*¹⁶

¹⁶ Castillo R, González L. El aborto: problema fundamental de la bioética. Arch Med Fam. 2004; 6(2). Pp. 34-35

1. Connotaciones morales, éticas y religiosas

Los aspectos morales, éticos y religiosos, ejercen una decisiva influencia en la teorización que muchos realizan sobre la temática del aborto.¹⁷ La base de los moralistas y pensadores, que debaten los pros y los contras de la interrupción voluntaria, se encuentra en el respeto por la vida. Esto es, los que se muestran en contra del aborto, fundamentan sus argumentos, básicamente, en la valoración y la defensa de la vida, y en la protección de un bien supremo, como es el derecho a la vida. En España, se trata de colectivos o movimientos muy influenciados por la religión Católica.

Por ejemplo “El movimiento en Defensa de la Vida”¹⁸, que cuenta con el respaldo de la Iglesia Católica y de otros grupos religiosos, defienden los siguientes axiomas que manifiestan su radical oposición al aborto:

- El aborto, es totalmente contrario a la naturaleza.
- Todos los seres humanos, incluso el feto que se halla en el vientre de la madre, reciben directamente de Dios el don de la vida.
- Los seres humanos no tienen derecho a quitarles la vida a otros seres inocentes.
- La vida humana comienza en el momento de la concepción.
- El aborto, en cualquier fase de la gestación, equivale a quitar la vida a un ser inocente.

La legislación, como hemos comprobado a lo largo de la historia, se dicta en gran medida en función estos principios. Por ello, en España debemos tener en cuenta la gran influencia de la Iglesia Católica en cuanto a esta temática de interrupción voluntaria del embarazo.

La doctrina oficial del Catolicismo rechaza toda tendencia abortista. Considera el aborto como la destrucción voluntaria del producto de la concepción humana. La vida es de Dios y nadie puede suprimirla, ni manipularla. Así manifiestan de manera contundente lo siguiente, respecto del aborto: “el aborto es una práctica perniciosa,

¹⁷ GERARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ, *El aborto en España. Análisis de un proceso socio-político*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas-Madrid, Upco, 1992. pp 123 – 147.

¹⁸ Dra. DIGNA MAYO ABAD. “Algunos aspectos históricos-sociales del aborto.” *Rev Cubana Ostet Ginecol*, vol.28, núm. 2 (2002). [Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”].

contraria al precepto divino, dando muerte a un inocente”¹⁹. El aborto, es un pecado vital, que se castiga con la excomuni3n, seg3n el *C3digo de Derecho Can3nico*, promulgado en 1917., ya que se considera el asesinato de un “inocente”.

Adem3s en sus or3genes, el Cristianismo²⁰, apoyaba su contrariedad hacia la interrupci3n del embarazo, apoy3ndose en una idea tremendamente machista. Seg3n este criterio instalado 200 a3os d. C., la mujer no ten3a derecho a abortar, porque no era qui3n para arrebatarle al marido la descendencia.

La Iglesia, en la actualidad, solo manifiesta su conformidad respecto al aborto en aquellos casos que est3 en riesgo la vida de la embarazada (el aborto terap3utico), ya que incluso cuando nos encontramos ante un aborto eugen3sico, es decir, aquel que se justifica en las graves taras del no nacido, lo consideran contrario a la moral. Consideran que este tipo de aborto no es m3s que un criterio de selecci3n²¹, una manera de controlar la calidad de la reproducci3n humana. La Iglesia califica que con la permisibilidad de este supuesto lo 3nico que se pretende es lograr, es un “control de calidad fetal”, de manera que se est3 recurriendo al aborto cuando el feto, no se ajusta al “est3ndar esperado”.

Algunos religiosos confirman que despenalizar y legalizar el aborto, es un primer paso hacia la eutanasia, y que es moralmente un homicidio. Manifiestan que el negar al no nacido su protecci3n, es un atentado contra el hombre, y que el aborto es un crimen indefendible e injustificable moralmente. El aborto directamente querido, est3 prohibido aunque sea con un fin terap3utico,²² como ya he comentado antes.

La Comisi3n Episcopal Espa3ola, manifest3 que la nueva “*Ley Org3nica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupci3n voluntaria del embarazo*”, se trata de una ley objetivamente incompatible con la recta conciencia moral, y en particular con

¹⁹ Papa PIO XI, Enc3clica: “Casti Connubii” de 31 de diciembre de 1930.

²⁰ Dra. DIGNA MAYO ABAD. “Algunos aspectos hist3ricos-sociales del aborto.” *Rev Cubana Ostet Ginecol*, vol.28, n3m. 2 (2002). [Facultad de Ciencias M3dicas “Miguel Enr3quez”].

²¹ *Revista Sociol3gica de Pensamiento Cr3tico*: <<http://www.intersticios.es>>

²² Papa PABLO VI: Enc3clica “Humane Vitae” de 25 julio de 1968.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

la católica, ya que, desde el punto de vista ético, empeora la legislación vigente por los siguientes motivos fundamentales²³:

- Considera la eliminación de la vida de los que van a nacer como un derecho de la gestante.
- Establece un concepto de salud tan ambiguo que equivale a la las anteriores indicaciones social y eugenésica como justificación legal del aborto.
- Impone en el sistema educativo obligatorio la ideología abortista y “de género”

Así la Subcomisión Episcopal de Familia y Vida²⁴, defiende que basa su labor: “[...] *en favor de quienes tienen derecho a nacer y a ser acogidos por sus padres con amor; hablamos en favor de las madres, que tienen derecho a recibir el apoyo social y estatal necesario para evitar convertirse en víctimas del aborto; hablamos en favor de la libertad de los padres y de las escuelas que colaboran con ellos para dar a sus hijos una formación afectiva y sexual de acuerdo con unas convicciones morales que los preparen de verdad para ser padres y acoger el don de la vida; hablamos en favor de una sociedad que tiene derecho a contar con leyes justas que no confundan la injusticia con el derecho[...]*”.

La Conferencia Episcopal Española, con la colaboración de las distintas asociaciones (Ej.: Adevida²⁵, AVA²⁶, etc.) y movimientos en contra de la regulación del aborto, siempre ha elaborado contundentes campañas, que han distribuido a través de prensa, vallas publicitarias, trípticos, radio, internet, redes sociales,... y demás medios. Pero en los últimos años, y debido al clima tan polémico que ha caracterizado la regulación del aborto en 2010, estas campañas, acompañadas de numerosas y multitudinarias manifestaciones, ha cobrado mayor presencia.

Es fácil encontrarnos en internet con este tipo de información. En YouTube, por ejemplo, podemos ver los videos publicitarios de algunas de estas campañas como: “¡Es

²³ Conferencia Episcopal Española. <<http://www.conferenciaepiscopal.es/index.php/notas/2010/1389-ante-la-entrada-en-vigor-de-la-nueva-ley-del-aborto.html>>

²⁴ Conferencia Episcopal Española:

<<<http://www.conferenciaepiscopal.es/index.php/subcomision-familia-vida.html>>>

²⁵ Adevida (asociación en defensa de la vida humana): <<<http://www.adevida.org/>>>

²⁶ AVA (asociación de víctimas del aborto): <<<http://www.vozvictimas.org/>>>

mi vida!... Está en tus manos"²⁷, con su lema, "Es un Tú en ti"; "Carta de un bebé a su mamá"²⁸; y la más novedosa "Siempre hay una razón para vivir"²⁹. "No lo mates, dámelo a mí"³⁰, es otra campañas que podemos encontrar en internet que anima a no abortar y propone como alternativa entregar en niño a la comunidad cristiana. En algunas de estas páginas web, en las que se difunden estas campañas, podemos encontrar argumentos como este³¹:

"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"

También es frecuente que la Conferencia Episcopal de España trate de difundir sus ideas a través de foros cibernautas, en los que mujeres que ya se han sometido a una interrupción voluntaria del embarazo expresan su arrepentimiento y su angustia, con el objetivo de disuadir a las mujeres de practicarse un aborto.

Otro de los mecanismos de difusión, utilizado por la Conferencia Episcopal, son los blog con noticias antiabortistas, con titulares como: "Los derechos del aborto, no eran los míos"³², "Testimonios de nueva vida"³³, etc. Noticias que, en general, solo buscan disuadir a la mujer de su idea de abortar, pero que no le ofrecen ningún tipo de alternativa o ayuda para continuar con su embarazo, solo el consuelo de haber obrado conforme a la moral cristiana.

Por el contrario, los grupos feministas se manifiestan a favor de la legalización del aborto, esgrimiendo como principal argumento el derecho de las mujeres a decidir sobre su propia maternidad, y, por lo tanto, de su propio cuerpo y de la vivencia de su sexualidad.

²⁷ <http://www.youtube.com/watch?v=LsW2EJCgg1g>

²⁸ <http://www.youtube.com/watch?v=gV9B6UAHKb0>

²⁹ <http://www.youtube.com/watch?v=iKxfhJy43n0>

³⁰ <http://nolomates.catholic.net/>

³¹ <http://www.esuntuenti.com/>

³² <<http://esuntuenti.com/blog/?p=143>>

³³ <<http://esuntuenti.com/blog/?p=148>>

Los grupos más radicales³⁴ defienden que el aborto no es un asunto relacionado con la vida, sino con las relaciones sexuales, y que su regulación posibilitaría que las mujeres puedan tener relaciones sexuales sin temor a un posible embarazo. Defienden que la salud reproductiva, es parte del contenido material del Derecho a la Salud, reconocido en distintos tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por España, por ello proclaman la consecución de un aborto libre y gratuito. Desde esta concepción se denuncia el gran número de abortos clandestinos que se practican en el mundo, y la cantidad de mujeres que fallecen por interrumpir embarazos de forma insegura.

En España la Federación de Mujeres Progresistas³⁵, entre otros muchos colectivos, denunciaron, incansablemente, la gran inseguridad jurídica que han padecido las mujeres que decidían interrumpir su embarazo al amparo de la legislación anterior.³⁶ Lucharon por la consecución de un sistema de regulación del aborto que recogiera un sistema combinado de plazos y de indicaciones, a través del cual se reconociera de una vez por todas, la autonomía de la mujer a decidir libremente sobre su maternidad, incluidas las mujeres menores de edad y mayores de 16 años.

Asimismo, desde estos grupos, también se hacía referencia a la importancia de la educación y la prevención en esta temática. Por ello, consideran importante luchar por enmarcar estos aspectos en una estrategia de global de salud sexual y reproductiva.

Los esfuerzos de estos grupos más progresistas dieron sus frutos en marzo del 2010, cuando después de grandes avances y retrocesos, vio la luz la nueva *Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, a la que más adelante se haremos referencia concretamente.

³⁴ <www.vidahumana.org/vidafam/feminismo/maldicion_feminismo.html>

³⁵ Federación de mujeres progresistas: www.fmujeresprogresistas.org

³⁶ Comunicado 14/05/2009. Aborto. Mujeres Progresistas: "De una vez por todas se reconoce el derecho de las mujeres a decidir".

2. Connotaciones desde el punto vista de la salud física y mental

2.1. Contexto de la salud reproductiva

La salud reproductiva es parte del contenido material del Derecho de Salud. Así lo reconocen distintos tratados internacionales ratificados por España, referentes a Derechos Humanos.

La OMS, ha establecido como uno de los aspectos más importantes en esta materia de salud reproductiva, la eliminación de la práctica de aborto en condiciones sanitarias inadecuadas.³⁷

En la Conferencia Mundial de la Mujer de 1975, celebrada en México, se reconoció el derecho a la integridad física y psíquica de la mujer y a decidir sobre el propio cuerpo, incluyendo aquí, la maternidad opcional. Años más tarde, en su cuarta celebración en Beijing, en 1995, se hicieron las siguientes declaraciones: “[...] *Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener el control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva [...]*”³⁸

En el Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales³⁹, en el año 2000, en la aprobación del la Observación General nº14 sobre “El Derecho a la Salud”, incluyó en su apartado 8º que: “*El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica*”. Así en el apartado 21º se hace referencia a que “*el ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de*

³⁷ Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Año 2004.

³⁸ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Párrafo 96.

³⁹ En vigor desde el día 3 de enero de 1976, y ratificado por España el día 27 de abril de 1977.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

*salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésico”.*⁴⁰

De igual modo en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer⁴¹, en el reconocimiento del derecho de la salud, en su art 12, se hace la siguiente especial mención: *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”*⁴².

Así el comité CEDAW en 1999, en su Recomendación General núm. 24, estableció que el acceso a la salud reproductiva es un derecho básico, que sedimenta las bases de la propia Convención. Al respecto nos parece interesante destacar el siguiente fragmento del art 31.c de dicha recomendación⁴³: *“Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castiga el aborto, a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”*.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de Naciones Unidas (El Cairo, 1994), se puso de manifiesto que: *“la Salud Reproductiva, entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos [...] y la libertad*

⁴⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General 14
<www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universal/es/5%20Observaciones%20generales/39.pdf>

⁴¹ En vigor desde el día 3 de septiembre de 1981, y ratificada por España el día 5 de enero de 1984.

⁴² CEDAW. <www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

⁴³ Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (última reforma publicada DOF 28-01-2011)
<www.equidad.scjn.gob.mx/img/pdf>

para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia".⁴⁴ No obstante, en su Programa de Acción⁴⁵ deja bien claro que en ningún caso se debe promover el "aborto" como un método o mecanismo de planificación familiar. Además, en este programa se anima a los gobiernos y demás organizaciones a incrementar su compromiso con la salud de las mujeres, y por lo tanto a considerar como un importante problema de salud pública los problemas derivados de los abortos practicados en condiciones poco adecuadas. Así establece que en todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios sanitarios de calidad, cuando se vean afectadas por complicaciones derivadas de abortos. Por ello declara textualmente: *"Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos"*.⁴⁶ No obstante, por otra parte se establece que se le debe asignar la máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados, evitando todo lo posible la necesidad de aborto.

En definitiva, podemos ver como hay un gran esfuerzo a nivel mundial, que trata de solventar el gran problema de salud pública causado por el aborto practicado en condiciones de riesgo.

A nivel de la Unión Europea, su Parlamento aprobó en 2001 la Resolución sobre salud sexual y reproductiva y de los derechos en esta materia⁴⁷, propuesto por la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades. En ella se recomienda que, para proteger la salud reproductiva de las mujeres, es imprescindible que el aborto sea legal, seguro y accesible sin ningún tipo de restricciones o condicionantes.

En 2008 se aprobó la Resolución 1607 por parte de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa⁴⁸, en la que se invita a los Estados miembro a despenalizar el

⁴⁴ Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de Naciones Unidas <www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>

⁴⁵ Implementación del Programa de Acción de la CIPD (Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de Naciones Unidas). El Cairo, 1994. <<http://web.unfpa.org/swp/1997/spanish/sicpdfol.pdf>>

⁴⁶ Apartado 8.25 del Programa de Acción de la CIPD. (Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de Naciones Unidas). El Cairo, 1994.

⁴⁷ Proyecto de informe sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia. (2001/2128(INI)) Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades (Parlamento de la Unión Europea).

⁴⁸ Resolución 1607 (2008)1 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa

La nueva regulación del delito de aborto en España.

aborto. Anima a los gobiernos a que levanten las restricciones existentes en esta materia, para que las mujeres puedan ejercer sus derechos en materia de salud reproductiva, con plena libertad, y a su vez con todas las garantías. Textualmente, en el 6º apartado, vemos que hace la siguiente declaración: *“La Asamblea afirma el derecho de todos los seres humanos, incluidas las mujeres, al respeto por su integridad física y a la libertad para controlar sus propios cuerpos. En este contexto, la decisión última de practicarse o no un aborto debería ser un asunto que sólo concierne a la mujer, y ella debería tener los medios para ejercer ese derecho en una forma efectiva”*.

Por último destacar, la Resolución⁴⁹ del Parlamento Europeo en esta materia, en el año 2009, sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea 2004 – 2008. A través de ella, el Parlamento Europeo, pone de manifiesto la importante necesidad de reconocimiento público del “derecho a la salud genésica y sexual”. Por ello anima de nuevo a los Estados miembro a que establezcan políticas de educación sexual, que cuenten con sistemas de asesoramiento personalizado y confidencial, así como de mecanismos de prevención de embarazos no deseados. Además, hace especial mención al control de los abortos ilegales y en condiciones poco acordes sanitariamente.

En definitiva, podemos comprobar que la Interrupción Voluntaria del Embarazo se trata de una constatación con una gran trascendencia en la Salud Pública internacional. Por ello, en el epígrafe siguiente trataremos de poner sobre la mesa los diferentes enfoques y consecuencias sanitarias que se derivan de esta práctica.

⁴⁹ Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de enero de 2009, sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea 2004-2008 (2007/2145(INI))

2.2. El aborto y sus consecuencias en el ámbito de la salud⁵⁰

Para la ciencia en general⁵¹, aborto hace referencia a la interrupción del embarazo antes de que el feto sea viable. Así, la organización mundial de la Salud (OMS) define el aborto como “*la terminación espontánea o provocada de un embarazo antes de la vigésima semana de gestación, contadas a partir del primer día de la última menstruación normal*”. Según esta misma fuente solo el 10- 15% de los embarazos terminan en aborto.

No obstante, son numerosas las diferentes apreciaciones que surgen a la hora de concretar el momento en el embrión empieza a tener vida, y con ello la valoración de la interrupción voluntaria del embarazo.

El inicio de la vida del ser humano es un tema sumamente trascendental, en cuanto a las diferentes valoraciones sobre la protección penal. Podemos ver como hay profundas controversias entre los penalistas al respecto de esta materia.⁵² Por ello es sumamente importante los criterios científicos que se establecen al respecto, para tratar de llegar a un consenso razonable y enmarcar la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en él.

Así podemos ver como muchos consideran que la vida humana comienza en el momento de la fecundación, es decir que podemos hablar de vida humana desde el instante en el que el espermatozoide y el ovulo se fusionan. Otros, por otra parte, tienen un concepto de “inicio de vida humana”, más estricto, y consideran que esta tiene lugar cuando el óvulo fecundado se anida en el útero materno para su desarrollo. También hay quienes van más allá, y apoyan la tesis de que dicha vida comienza con el alumbramiento y la separación del bebé del cuerpo de la madre.

⁵⁰ SILVIA L. GAVIRIA A. “Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del aborto inducido”, núm.5 (2004), pp 118-129.

⁵¹ GERARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ, *El aborto en España. Análisis de un proceso socio-político*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas-Madrid, Upco, 1992.

⁵² LUIS GONZÁLEZ MORÁN, *De la bioética al bioderecho. Libertad, vida y muerte*. Dykinson, 2006. pp 421.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

De cualquier forma, destacar que los problemas derivados de estas prácticas de IVE son graves si no se cuenta con un sistema sanitario, donde se practiquen, con ciertas garantías.

Aunque, según la OMS, la cifra de mortalidad provocada por aborto inseguro a nivel mundial ha disminuido notablemente en los últimos diez años, gracias a la introducción de nuevas técnicas abortivas, no deja de ser aún significativamente alta, con 67.800 mujeres jóvenes muertas en edad fértil y en plena capacidad de su vida.

No obstante, y a pesar de todo, los problemas de salud que se pueden derivar de esta práctica, son bastante complicados, ya sean a nivel físico o psíquico, o ambos a la vez incluso. Así, los problemas físicos de salud más frecuentes son: la perforación del útero, abscesos pélvicos, necrosis uterina, perforación de asas intestinales, peritonitis, insuficiencia renal aguda, el choque séptico, trombo embolismo pulmonar y muerte por fallo multisistémico. También se han relacionado con el aborto, problemas de salud como la esterilidad, la prematuridad, la rotura precoz de membranas, la placenta previa o el embarazo ectópico.

Además de los problemas físicos de salud, que hoy por hoy parecen estar más controlados, siempre y cuando se practiquen con unos mínimos sanitarios, queremos destacar la importancia de los problemas de salud psíquicos, ya que, por lo general, en la mayoría de los casos pasan desapercibidos. Se trata de un deterioro de la salud mental muy fuerte, posterior al momento del aborto, y al que pocas veces se presta atención.

Nada Stoland,⁵³ considera que *“la respuesta emocional inmediata después del aborto, puede incluir sentimientos de dolor, culpa, indiferencia o ambivalencia, los cuales son a menudo confundidos con un trastorno mental”*. Es frecuente, según esta autora, que una mujer que practica un aborto manifieste sentimientos de culpa y tristeza, por haber acabado con una futura vida. Sentimientos que generan confusión en la paciente, debido a la ambivalencia hacia el embarazo y el aborto, arraigados en sus más profundos deseos, principios religiosos y éticos. Esta autora manifiesta que también es

⁵³ STOTLAND S.L. “Psychological Aspects of Induced abortion”. Clin obst Gynecology; vol. 40, núm. 3 (1997),pp 673-668

frecuente confirmar que, para muchas mujeres, la experiencia del aborto ha significado un cambio en sus vidas, que han pasado de la pasividad a la responsabilidad activa, y que ahora planean y conducen su destino. Pero también vemos alivio, algunas mujeres sienten que pueden reenfocar su vida y continuar adelante, a pesar de los sentimientos de remordimiento y decepción y las recriminaciones.

Las reacciones emocionales que siguen al aborto suelen ser catalogadas como trastornos, pudiendo tratarse perfectamente de las reacciones de duelo o de la manifestación de los sentimientos secundarios a un evento vital, doloroso, y difícil de enfrentar.

3. Connotaciones sociológicas⁵⁴

La interrupción voluntaria del embarazo, como ya hemos comentado antes, siempre ha supuesto un conflicto de intereses, y por lo tanto se trata de un tema que, en general, no ha dejado indiferente a la sociedad española como colectivo.

En relación con el aborto, también se han producido numerosas manifestaciones, tanto a favor de su regulación como en contra, sobre todo en el pasado año. Diferentes puntos de vista que son carne de cañón en la agenda de los diferentes partidos políticos de nuestro país.

Finalmente, decir que en cierta medida parecen llegar a una premisa en común, y es la de que el aborto no debe convertirse en una práctica habitual de control de natalidad, sino que debe utilizarse como medida excepcional.

Resulta interesante también destacar las características socio – demográficas de las mujeres que han experimentado la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, ya que esto nos ayuda a comprender y analizar las necesidades e inequidades que pueden tener lugar en el desarrollo de esta práctica.

Las apreciaciones que teníamos sobre el supuesto de los abortos voluntarios practicados en España, hasta hace unos años que se creara el sistema sanitario de registros en cuanto a esta materia, eran inexactas y poco ajustadas a la realidad actual, debido a la clandestinidad con la que se ha practicado los IVEs a lo largo de la historia en nuestro país.

Hasta la despenalización del aborto (en ciertos supuestos) en 1985, gran número de españolas se veían obligadas a trasladarse a otros países, donde la legislación sobre el aborto fuera más permisiva. Precisamente, el coste de la intervención, y el de tener que desplazarse a esos lugares, suponían un gran condicionamiento para que las mujeres tomaran este tipo de decisión, de manera que en muchas ocasiones esta alternativa se vio limitada a algunos sectores de la población.

⁵⁴ GERARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ: “Aborto y planificación familiar aspectos sociológicos”. Revista del centro de investigaciones sociológicas. REIS 5/79 pp. 137-163.

En otros casos, quienes aun así tomaban la decisión de interrumpir su embarazo, pese a estas limitaciones, y se decidían a abortar en nuestro país, se ponían en manos, por lo general, de personas escasamente capacitadas para llegar a cabo esta tarea, y que contaban con pésimos servicios sanitarios. Por ello, era frecuente que un gran número de ellas acabaran más tarde en centros sanitarios, aquejadas de trastornos o secuelas graves, debido a las precarias intervenciones que se le practicaban.

Si volvemos la vista atrás, observaremos que en España, ha habido afortunadamente una apertura de mentalidad, que ha dado su fruto a la despenalización del aborto el año pasado. Es evidente el trascendente y profundo cambio que ha experimentado la sociedad española en el modo de concebir la sexualidad, mucho más desvinculada del fin único de la procreación. Sí que es cierto que, en comparación con otros países de nuestro alrededor, España ha tenido un lento despertar en este sentido, también es evidente, que la gran política natalista y de sumisión de la mujer de la época franquista ha dejado huella.

Este cambio de mentalidad, sobre la interrupción del embarazo, se ve respaldada por argumentos como este:

“El Movimiento en pro de la libre elección⁵⁵, enumera 4 proposiciones:

- Nadie tiene obligación de ser madre a la fuerza.*
- No hay que dar a luz a hijos no deseados.*
- La prepotencia masculina es la causa del rigor y la estrechez de las leyes regulares del aborto.*
- La libertad de la mujer depende, en última instancia, de que sea ella la que tenga pleno y libre control de su vida procreadora.”*

No obstante, esta evolución de la valoración social respecto al aborto, no parece haber ido en consonancia con la legislación vigente del momento, y por lo tanto las actuaciones de la gestión pública de la salud sexual y reproductiva de los ciudadanos, tampoco se ajustan a la realidad social actual.

⁵⁵ Dra. DIGNA MAYO ABAD. “Algunos aspectos históricos-sociales del aborto.” Rev Cubana Ostet Ginecol, vol.28, núm. 2 (2002). [Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”].

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Decir también que, aunque todavía hoy en día haya mucha gente que se manifieste en contra del aborto, la actitud de la opinión pública de los españoles se muestra un poco más permisiva y menos negativa hacia este tema. Más aún cuando se trata casos de violación, incesto, malformaciones del feto o peligro para la madre.

Al margen de este debate, destacar que entre las razones que se aluden para buscar el aborto, se incluyen los problemas económicos, embarazos previos con complicaciones, problemas con los hijos actuales, contraindicaciones médicas generales para el embarazo, conflictos maritales, sentimientos de soledad, aspiraciones profesionales, y sentimientos de inseguridad hacia el futuro, el caos social, el incesto, el abuso sexual, la inmadurez, el abandono, la violencia doméstica, la falta de anticoncepción o la falta de métodos anticonceptivos.

Además destacar, que aunque sí que es cierta la influencia de la inmigración, en los datos de IVE realizados en España, el número de abortos efectuados por cada 100 mujeres hispanas es 43% más alto que entre cada 100 mujeres no hispanas.

Finalmente la influencia de la religión en este aspecto está claramente patente, ya que las mujeres católicas tienen 30% más posibilidades de tener un aborto que las protestantes. Pero las mujeres sin filiación religiosa tienen tasas más altas de aborto que aquellas que confiesan un credo religioso.

IV

EL ABORTO Y SUS MÉTODOS

1. Aproximación conceptual

Para comenzar, es importante hacer una aproximación terminológica al concepto de aborto. Etimológicamente la palabra “aborto” proviene del latín “*abortus*”, participio pasado del verbo “*abortis*”, formado por el prefijo privativo “*ab*” y el verbo “*oriri*”, que significa surgir o nacer; de modo que, “aborto” significa no surgido o no nacido.⁵⁶ Más concretamente, el término aborto significa “la pérdida del producto de la concepción antes de alcanzar la viabilidad extrauterina.”⁵⁷ Es decir, la interrupción del embarazo antes de, aproximadamente, los 180 días de gestación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el aborto en su resolución técnica 461, como: “la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas”.⁵⁸

De su parte, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) ha indicado que ya no puede considerarse aborto la interrupción del embarazo a partir de

⁵⁶ VALDÉS, Margarita. “El problema del Aborto: tres enfoques. Cuestiones morales”. Editorial Trotta. Madrid. 1996. Pág. 241.

⁵⁷ CAMINO DELGADO, R y LÓPEZ GARCIA, G. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Ariel, 2004. pp.228.

⁵⁸ www.abortoinformacionmedica.es

las 22 semanas de gestación, ya que a partir de ese momento el feto ya es viable extrauterinamente, pudiendo vivir por sí mismo con el apoyo médico correspondiente.

2. Clases de aborto

Cuando hablamos de “aborto”, es importante distinguir atendiendo a su origen, entre aborto espontáneo y aborto provocado.

- *Aborto espontáneo:*

Es aquella interrupción del embarazo que surge de manera espontánea, natural, ya sea por complicaciones maternas o fetales. En el 80-90% de los casos se produce por causas fetales. El aborto espontáneo es la complicación más frecuente del embarazo, ocurre en el 10 al 15% de las gestaciones. Dentro de él podemos distinguir, a grandes rasgos, entre:⁵⁹

*amenaza de aborto: hemorragia genital y contracciones uterinas, durante las primeras 20 semanas de gestación.

*aborto inevitable: hemorragia vaginal intensa. Se produce la rotura de la bolsa amniótica, el cuello uterino se dilata, y el feto y la placenta se encuentran en disposición de ser expulsados.

*aborto incompleto: parte de los productos de la concepción no son expulsados. Son frecuentes los abortos espontáneos en los que parte del feto, la bolsa amniótica, o por lo general parte de la placenta, permanecen en el interior del útero de la mujer causando un grave sangrado. Este tipo de aborto es frecuente durante el segundo trimestre de embarazo.

*aborto retenido: retención del feto muerto dentro del útero durante al menos dos meses.

*aborto séptico: aborto causado por la infección del útero o del producto de la concepción (ya sea placenta, feto, líquido amniótico, etc.)

⁵⁹ AMMER, C. *La Salud de la Mujer de la A a la Z*. Ed. Edaf, 2008. pp 25.

*aborto habitual: pérdida espontánea de tres embarazos consecutivos.

- *Aborto provocado o inducido:*

En aquella interrupción voluntaria del embarazo, mediante la destrucción del feto en el seno materno o la provocación de su expulsión prematura, obedeciendo a razones terapéuticas, psicológicas, eugenésicas, etc., o por el simple deseo de no llevar a término ese embarazo.

La OMS define el aborto provocado como “Evacuación total intencionada del contenido de un útero gestante, antes de la viabilidad fetal, cumpliendo la legislación vigente”. Este procedimiento se ve denominado de otras muchas maneras: Aborto Provocado, Aborto Inducido, finalización voluntaria del embarazo, Interrupción Voluntaria del Embarazo, Interrupción Legal del Embarazo.

3. Técnicas de IVE ⁶⁰

Para llevar a cabo un aborto provocado, cabe hacer distinción entre dos amplios grupos de técnicas empleadas: por un lado, las “técnicas farmacológicas”, y, por otro, las “técnicas quirúrgicas”.

- **Técnicas Farmacológicas / Médicas:** utilización de fármacos para conseguir una evacuación completa uterina, sin ningún otro tipo de ayuda técnica instrumental complementaria. No obstante, por lo general, en la gran mayoría de los casos se suele llevar a cabo un legrado, para confirmar el éxito del proceso de aborto.

Los elementos farmacológicos utilizados para llevar a cabo un Aborto Provocado son:

- mifepristona [RU486] (oral).
- prostaglandinas (oral o vaginal).

⁶⁰ BARAMBIO S. Finalización voluntaria del embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: técnicas, resultados, complicaciones. Aborto de segundo trimestre: técnicas, resultados, complicaciones en: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción Tomo I. Madrid: Ed. Panamericana; 2003. p. 1079-84

La nueva regulación del delito de aborto en España.

- methotrexate (oral o IM) y prostaglandinas (oral o vaginal).
- mifepristona (oral) y prostaglandinas (oral o vaginal).
- prostaglandinas E1 (oral o vaginal) y oxitócicos.
- otros: instilación intrauterina y/o intra-amniótica de suero salino hipertónico, urea, etacridina (Rivanol), etc.

Los métodos farmacológicos utilizados para llevar a cabo la interrupción voluntaria del embarazo, tienen como contraindicaciones las propias de los fármacos.

- **Técnicas Quirúrgicas / Instrumentales**⁶¹: utilización de instrumentos o procedimientos quirúrgicos para interrumpir el desarrollo del embarazo. Por lo general, se utilizan también fármacos, para facilitar este procedimiento o hacerlo más seguro.

Los abortos quirúrgicos, pueden hacerse recurriendo a las siguientes técnicas:

- *Dilatación y Aspiración (D y A)*: Es la técnica utilizada para llevar a cabo la interrupción del embarazo en el primer trimestre de embarazo. Se utiliza esta técnica hasta las 12 - 15 semanas completas de gestación. Se considera un aborto de bajo riesgo, y puede utilizarse anestesia local o anestesia general. Consiste en la dilatación mecánica del cuello uterino, para que por él pueda caber un tubo conectado a un sistema de vacío que se situará entre los 0,4 y los 0,6 Bars negativos, gracias al cual se aspira el contenido de la concepción. Una vez terminada la succión se suele realizar un legrado, con una cucharilla de bordes cortantes que corta la placenta y extrae aquellas partes fetales que pudiesen haber quedado en el interior, cerciorándose de que el útero ha quedado vacío.
- *Dilatación y Legrado (D y C)* (también llamada raspado, curetaje o legrado uterino): Esta técnica se suele llevar a cabo entre la quinta y la decimo segunda semana. Consiste en ensanchar la cavidad vaginal,

⁶¹ www.clinica-isadora.es

www.abortoinformacionmedica.es

empleando una varilla metálica y luego se pasa una legra o cureta, a través de la abertura hacia la cavidad uterina, raspando suavemente el endometrio.

- *Dilatación y evacuación (D y E):* este método abortivo se utiliza en embarazo que ya se encuentran en el segundo trimestre bien avanzado o ya en el tercer trimestre de gestación. Se dilata el cérvix para introducir unos forces o pinzas, preferentemente las especialmente diseñadas por Finks, McClintocks, Bierer, Shoper o Herncon, mediante las cuales se fragmenta el contenido uterino y extrae.
- *Histerotomía/ Micro-cesárea:* Se aplica en los tres últimos meses del embarazo, en los que el feto es viable. Se lleva a cabo cuando estén contraindicados o fracasen ambos métodos, el instrumental y el médico. Se considera una práctica de grave riesgo. Consiste en practicar una incisión en el útero a través del abdomen materno para extraer al feto, y la placenta.
- *Histerectomía:* no se trata de un método para la práctica de un aborto provocado en sí, pero puede considerarse si ya estuviera indicada en ausencia de embarazo. Consiste en una operación para extraer el útero (matriz) de la mujer, normalmente para hacer frente a una complicación de la salud de la mujer. (ej.: *Fibromas uterinos, Endometriosis, Prolapso del útero, etc.*). Algunas veces se extraen las trompas de Falopio, los ovarios y el cuello del útero al mismo tiempo que se extirpa el útero.

Estos 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 cualquier lugar, es importante, sea cual sea la técnica utilizada para llevar a cabo un IVE, el apoyo de la ecografía y la profilaxis o cobertura antibiótica, que

La nueva regulación del delito de aborto en España.

colaboran en la previsión, y en la disminución de los posibles riesgos y complicaciones que puedan surgir.

En los embarazos precoces, menores de 7 semanas se debe ofrecer, elegir a la paciente entre aborto quirúrgico y aborto farmacológico. La misma *Ley de Autonomía del Paciente* obliga a que sea informada de su diagnóstico, pronóstico y diferentes alternativas de tratamiento. En esta temática en concreto, es obligatorio explicar a la usuaria, verbalmente y por escrito, todas las diferentes técnicas de aborto que existen para su caso, de manera que ella pueda elegir el método mediante la firma del consentimiento informado para la técnica elegida.

A pesar de ello, hay que tener en cuenta que, en última instancia, la elección de la técnica utilizada debe estar fundamentada en función de un conjunto de diversas circunstancias, como son por ejemplo: las semanas de gestación, las características del embarazo a interrumpir, las condiciones anatómicas y los antecedentes de salud de la gestante, etc.

Según datos publicados por el Ministerio de Sanidad en el año 2009, referentes a la Técnicas utilizadas en años anteriores para realizar las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), ponen de manifiesto, y según podemos observar en el gráfico siguiente, que preferentemente se opta por la utilización del método quirúrgico de la aspiración. En segundo lugar, pero en mucha menor proporción, el mecanismo farmacológico de Ru486, seguido del método de dilatación y legrado. Las histerotomías/ mini-cesáreas, y las histerectomías por esta causa, son practicadas en casos muy puntuales.

Técnicas de IVE, utilizadas en España.

| | TOTAL |
|-----------------------------------|----------------|
| TOTAL I.V.E. | 115.812 |
| <u>Método intervención</u> | |
| Aspiración | 100.978 |
| Dilatación | 4.333 |
| Legrado | 3.106 |
| Ru486 | 4.940 |
| Inyección intravenosa | 359 |
| Inyección intrauterina | 48 |
| Histerotomía | 7 |
| Histerectomía | 8 |
| Otros métodos | 1.993 |
| No consta | 40 |

Fuente : Ministerio de Sanidad. Datos 2009.

62

⁶² MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. “Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2009”

V

SISTEMAS DE REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El tratamiento legal que se le ha dado al aborto provocado en las diferentes sociedades, a lo largo de la historia, se ha visto siempre inmerso en una gran controversia ideológica y religiosa. Tantos son los interrogantes jurídicos que surgen en torno a él, que lo hacen ser objeto de especial consideración por parte del Derecho.

A rasgos generales, podemos distinguir posturas o sistemas de regulación de la interrupción voluntaria del embarazo, que van desde una prohibición a una permisibilidad absoluta, pasando por una regulación intermedia, de la que son partidarios la mayoría de los países.

De esta manera, en las legislaciones que regulan el aborto encontramos diferentes sistemas, que podemos agrupar de la siguiente manera: sistema represivo, sistema permisivo y sistema ecléctico, los cuales pasaremos a explicar a continuación.⁶³

⁶³ [www.enciclonet.com : <http://aborto.cc/aborto-micronet.html>](http://aborto.cc/aborto-micronet.html)

1. Sistema represivo

Se trata de sistemas que acogen los postulados antiabortistas, inspirados normalmente en ideas de tipo ético y religioso. Mediante una postura penalizadora y restrictiva sobre el aborto, se le impide a la mujer el ejercicio pleno de su derecho a la maternidad voluntaria.

Los juristas que abogan por la prohibición y penalización de esta práctica, afirman que el aborto provocado constituye un delito contra la vida, además de atentar contra otros bienes jurídicos, y que por lo tanto debe ser castigado de manera análoga al delito de homicidio. Estos basan sus argumentos en la idea de que existe vida humana independiente desde el mismo momento de la concepción. Por ello, se le debe garantizar al nasciturus (no nacido) la misma protección que el ordenamiento jurídico le otorga a la vida de los ya nacidos.

Este marco legislativo, en el que las prácticas abortivas son consideradas en todos los casos como delito contra la vida humana, implica la imposición de una pena tanto a la mujer embarazada como a quienes intervienen directamente o colaboran en su realización.

Ejemplos de este sistema, encontramos en América Latina, que presenta algunas de las leyes más restrictivas del mundo en materia de aborto. Así, algunos países como Chile, El Salvador, Nicaragua y República Dominicana, no contemplan ningún tipo de excepción o rebaja de la pena por la realización de abortos.⁶⁴

⁶⁴ LAMM, Eleonora Las restricciones de acceso a un aborto legal y seguro como violación de los derechos humanos de las mujeres. Mayo del 2008. <<http://hdl.handle.net/2445/11421>>

2. Sistema permisivo

Se trata de un sistema de completa despenalización del aborto, cuya práctica sería libre e incondicionada, ya que parte de la primacía absoluta del derecho a la libertad individual de la mujer. Esto es, considerar que la vida del feto no constituye un bien jurídico objeto de protección, independiente de la otorgada por el ordenamiento jurídico a la gestante, ya que se parte de que el “nasciturus” forma parte del cuerpo de la gestante, y, por lo tanto, éste no tiene viabilidad alguna fuera del cuerpo de ésta.

Este sistema jurídico tan excepcional, transfiere toda la responsabilidad a la mujer de su estado de gravidez, y por lo tanto la decisión acerca de proseguir o no con su embarazo. Esta concepción radical del derecho al aborto se trata más bien, de una idea teórica, ya que su puesta en práctica no es seguida por casi ninguna legislación.

3. Sistema ecléctico

Se trata de un sistema intermedio entre ambas posturas anteriores. Este modelo legislativo, se basa en intentar preservar en la medida de lo posible los dos bienes jurídicos en conflicto: el derecho a la libertad individual y a la integridad física de la embarazada y el derecho a nacer del feto. De este modo se le otorga protección jurídica al nasciturus, aunque se tolera la práctica del aborto en ciertos supuestos. Se establece cierta primacía de la persona real, antes que la persona potencial, y por ello la autonomía de la embarazada a disponer de su propio cuerpo, durante las primeras semanas de gestación, se ve reforzada.

Este sistema es el adoptado en la mayoría de las legislaciones modernas y el vigente en la práctica totalidad de los estados desarrollados. Dentro de este sistema de regulación de la interrupción voluntaria del embarazo podemos distinguir, otros dos criterios a seguir, mucho más concretos:

Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género.

- Criterio de plazos: Permitir la práctica libre del aborto durante el período de tiempo en que el feto aún no tiene forma humana. Normalmente durante un periodo de tiempo de 3 meses. (12 semanas).

- Criterio de indicaciones: Se admitirá la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo cuando concurren ciertas circunstancias previstas en la ley. De manera que, dependiendo de esas circunstancias, podemos hablar de:
 - ✓ *Aborto terapéutico*: Se trata de aquellos casos en que la muerte del embrión o feto es buscada como medio para lograr la salud física o psíquica materna.

 - ✓ *Aborto ético*: aquel destinado a provocar la muerte del embrión o feto en gestación cuando este ha sido el producto de alguna agresión sexual o relación incestuosa. A este tipo de aborto se le suele denominar también aborto “por honor”.

 - ✓ *Aborto eugenésico*: es aquel que se realiza con la intención de eliminar el feto, cuando se puede predecir con probabilidad o certeza que nacerá con un defecto o enfermedad.

Por último, mencionar la posibilidad de establecer un Sistema mixto de Indicaciones y Plazos. Este sistema mixto, como mecanismo para regular el aborto provocado, consistiría, por un lado, en concretar y especificar claramente los casos y las condiciones para la práctica de los IVEs, y, por otro, en establecer unos plazos, en los cuales, en principio, la interrupción del embarazo sería de libre disposición para la gestante. Así, transcurrido cierto tiempo de gestación, tendrían que darse una serie de indicaciones estrictas y concretas (ej.: problemas de salud de la gestante o del nasciturus), para poder llevar a cabo esta práctica.

VI

EL DELITO DE ABORTO EN ESPAÑA ANTES DE LA LO 2/2010.

La legislación española relativa al aborto, ha tenido un lento y estancado recorrido, poco ajustado a la realidad social del momento. Cada modificación al respecto ha supuesto siempre una gran polémica. La controversia política y social ha ido ligada a esta temática, dando lugar a grandes incidentes políticos y numerosas polémicas manifestaciones, tanto por parte de los detractores de su legalización como de sus defensores.

Podemos decir que la Interrupción Voluntaria del Embarazo en España, a lo largo de la historia, ha descansado sobre la regla general de la máxima prohibición, es decir, sobre el castigo penal.

En el *Código Penal de 1944*, se penalizaba el aborto en cualquier circunstancia, siempre que fuera causado a propósito. Se castigaba tanto a la mujer como a quien permitiese que se lo realizasen, así como a quien se lo causase o le ayudase a ejecutárselo. El único supuesto que contaba con un cierto privilegio, ante las consecuencias penales que se derivaban de este delito, era el aborto “honoris causa”. Es decir el aborto producido por la mujer embarazada o por sus padres con el consentimiento de ella, con el objetivo de evitar la deshonra de la mujer y de su familia. Por aquel entonces, se hacía referencia a esta excepción con el nombre de “infanticidio

privilegiado”, estableciendo así que: “*La madre que para ocultar su deshonra matare a su hijo recién nacido será castigada con la pena de prisión menor. En la misma pena incurrirán los abuelos maternos que, para ocultar la deshonra de la madre, cometieren este delito*”.⁶⁵

La excepción a esta regla general, podemos decir que en cierto modo vio la luz, en 1985, con la introducción en la legislación penal española del aborto no punible en ciertas circunstancias. La *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de Despenalización del Aborto* en ciertos supuestos, entro en vigor el día 1 de agosto de 1985. Esta ley del 85 se estructuraba sobre la base de la prohibición general, mediante sanciones penales, combinándose con un conjunto restringido de indicaciones. Introducía así un nuevo artículo en el código penal, el 417 bis, donde se hacía referencia a estas tres indicaciones de aborto no punibles: indicación eugenésica (graves anomalías en el feto); indicación ética (embarazos causados por violación); e indicación terapéutica (grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada).

Dicha ley socialista, salió a delante después de grandes complicaciones y problemas para su aprobación. El 6 de octubre de 1983, el anteproyecto de esta ley fue aprobado en el Congreso de los Diputados, con 186 votos favorables, 109 en contra y cuatro abstenciones.⁶⁶

Todos los diputados Socialistas asistentes a la votación, se pronunciaron a favor del la promulgación del texto del Gobierno, al igual que el representante de Esquerra Republicana. Sin embargo, los representantes del Partido Popular, así como la Minoría Vasca, y los Centralistas lo hicieron en contra. De los 12 parlamentarios catalanes, 4 de ellos se ausentaron a la votación, 3 votaron a favor y 5 en contra (tres de ellos de Unión Democrática, partido de inspiración democristiana, y dos de Convergencia). Los diputados del Grupo Mixto, tres de ellos Comunistas, y el otro de Euskadiko Ezquerria, se abstuvieron de votar. En total se produjeron 48 ausencias en esta votación de los diputados. Concretamente, 15 del PSOE, 10 del PP, 4 de la Minoría Catalana, otros 4 de la Minoría Vasca, 6 Centristas y 3 del Grupo Mixto. Las ausencias del Grupo

⁶⁵ RUBIALES TORREJÓN, Amparo. Conferencia: “*Evolución de la situación jurídica de la mujer en España*”. 31 de octubre, de 2003.

⁶⁶ “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.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Parlamentario Socialista obedecían en su mayoría a viajes de trabajo de los parlamentarios. Como dato curioso sólo un diputado del PSOE pidió votar en conciencia, pero finalmente fue convencido por su compañero de que debía votar a favor.

Poco después de esta votación, el 30 de noviembre de 1983, el proyecto de ley fue ratificado en el Senado, por 110 votos a favor, 45 en contra y tres abstenciones.⁶⁷

No obstante, el Partido Popular, interpuso un recurso de inconstitucionalidad contra el presente proyecto. El día 11 de abril de 1985, el Tribunal Constitucional fallaba en contra de la ley del Gobierno socialista, que despenalizaba la interrupción voluntaria del embarazo en tres supuestos: peligro de la vida de la madre, malformación del feto y violación, por considerar que no garantiza suficientemente, en los casos de aborto terapéutico y eugenésico, los derechos que contemplados en el artículo 15 de la Constitución, por el que se afirma que “todos tienen derecho a la vida y a la integridad física”. Tras una votación muy ajustada, con siete votos a favor y seis en contra, solo se da el visto bueno a las garantías ofertadas en cuanto al supuesto del aborto ético, pero como la ley es de artículo único toda ella fue declarada inconstitucional.

Después de llevar a cabo las reformas mínimas exigidas por el Constitucional, se planteó ante las Cortes la nueva redacción de esta ley, donde se hacían más explícitas las garantías en torno a los supuestos de aborto no punibles.⁶⁸

Tras este último trance, la ley fue publicada en el Boletín Oficial del Estado, dando lugar al nuevo texto del art. 417 bis del Código Penal, donde concretamente se establecía que:

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

⁶⁷ “El camino legislativo del Sistema contra la vida”, *Religiónenlibertad.com*. 21 Julio 2009

<<http://www.religionenlibertad.com/articulo.asp?idarticulo=3941>>

⁶⁸ “El voto del presidente del Tribunal Constitucional, García Pelayo, decidió el fallo contra la ley del aborto”, *El País*, 12 de abril de 1985.

Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género.

- 1. Que sea necesario para evitar un grave peligro para 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 aquel bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.*
- 2. 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 primeras doce semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.*
- 3. 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 efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.*

En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aún cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.”

Esta reforma supuso un gran avance, ya que hasta ese momento las mujeres que decidían interrumpir su embarazo, se veían en la obligación de realizarlo en condiciones clandestinas pésimas, tanto sanitarias como legales. Otras muchas, si su economía o la de sus familias se lo permitían, se trasladaban a otros países europeos donde esta práctica sí que era legal.

Este art. 417 bis, se mantuvo el Código Penal de 1995, a través de la *Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*.

En ese mismo año, el Gobierno del PSOE presentó ante el Congreso la ampliación de esta ley, con un cuarto supuesto más de aborto no punible. Este nuevo supuesto hacía referencia a la posibilidad de la mujer de interrumpir su embarazo cuando existiera un conflicto personal, familiar, o social, siempre y cuando no se

La nueva regulación del delito de aborto en España.

hubiera superado un plazo de gestación de 12 semanas. No obstante esta nueva propuesta iba acompañada de la iniciativa de que esa mujer también recibiese asesoramiento adecuado sobre las ayudas sociales y económicas disponibles en caso de tener el hijo. Este nuevo texto ampliativo, fue aprobado por el pleno del Congreso el 14 de diciembre de 1995 con 180 votos a favor, 141 en contra y una abstención. No obstante, no fue posible su promulgación y su llegada al Senado, debido a la convocatoria de elecciones anticipadas y la presión contraria de los grupos políticos del PP y CiU.⁶⁹

Esta regulación de 1985, aunque poco ajustada a los tiempos, ha permanecido vigente hasta la nueva promulgación, en el verano del 2010, de la nueva *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva, y de la Interrupción voluntaria del embarazo*, que veremos a continuación.

Finalmente, solo añadir como nota curiosa, que el aborto fue permitido en Cataluña durante el periodo de la Segunda República.

⁶⁹ “El Consejo de Ministro debate mañana el cuarto supuesto del aborto”, *El País*, 6 de Julio de 1995.

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

VII

LO 2/2010, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA IVE.

La nueva *Ley Orgánica 2/2010, 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*⁷⁰, se publicó en el BOE el 4 de marzo del 2010, y entro en vigor el día 5 de julio del mismo año.

Se trata de una regulación que combina el criterio de plazos con el sistema de indicaciones, tratando de ofrecer así las condiciones adecuadas para que las mujeres que decidan someterse a esta práctica de IVE puedan hacerlo de forma libre e informada, y sobre todo con garantías jurídicas y sanitarias, y sin que su derecho a la intimidad y su desarrollo personal se vean limitados. Desde esta ley se pretende también acabar con el acceso al aborto de forma discriminada, garantizando su acceso a todas las mujeres que así lo deseen.

A través de esta ley, también se persigue un fin preventivo de los embarazos no deseados, a través una política educativa e informativa en materia de salud reproductiva y del ejercicio responsable de las relaciones sexuales.

Se trata de una estrategia general, con enfoque de género, que va a permitir a las mujeres decidir, de forma exclusivamente libre e individual, sobre la continuación de su embarazo durante la primera fase de la gestación. No obstante, también hace referencia a una serie de indicaciones para interrumpir aquellos embarazos en mayor avance estado de gestación, en caso de graves complicaciones.

⁷⁰BOE <<http://www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf>>

1. Promulgación de la nueva ley en materia de IVE

En Septiembre del 2009, pudimos ser testigo de la noticia en la que se ponía de manifiesto como el Gobierno había aprobado en Consejo de Ministros, el proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) y que lo remitía a las Cortes para su tramitación.⁷¹

En las votaciones del Congreso de los Diputados, en Septiembre del 2009, el proyecto de la nueva ley resulto favorable, gracias a los 183 votos a favor, frente a los 162 emitidos en contra. Las votaciones favorables procedieron del PSOE, PNV, ERC, BNG, IU, ICV, Na-Bai y de un diputado de Convergencia. En contra se posicionaron los parlamentarios de PP, CiU, UPyD, UPN y CC.⁷² En febrero del 2010, el Pleno del Senado dio luz verde, por 132 votos a favor, 126 en contra y una abstención, al proyecto de Ley de Reproducción Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Los partidos que apoyaron al Gobierno Socialista, fueron el PNV, ERC, IU, ICV, BNG, Na-Bai y dos diputados de CiU. El Partido Popular votó en contra de la misma, así como algunos miembros de Coalición Canaria, UPN, UPyD y siete diputados de CiU.⁷³

Sin mayor demora esta nueva normativa es publicada el día 4 de marzo del 2010 en el Boletín Oficial del Estado, bajo la denominación de: “*Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*”.⁷⁴ Su entrada en vigor se produce, a los 4 meses, exactamente, el día 5 de Julio del mismo año, aunque con un recurso de Inconstitucionalidad presentado por el Partido Popular y el Gobierno de Navarra aún no resuelto.

⁷¹ “Aprobada la reforma de la ley que permite el aborto libre las primeras 14 semanas” *Diario ABC*, 27 de Septiembre del 2009.

“El Consejo de Estado avala la ley del aborto”. *Público*. 17 de Septiembre del 2009.

⁷² “La Ley del Aborto supera su primer trámite con el apoyo de siete partidos”, *El Mundo*, 26 de Septiembre del 2009.

⁷³ “Aprobada de forma definitiva y sin cambios la ley del aborto”, *El País*, 24 de Febrero del 2010.

⁷⁴ “El Rey ante la nueva ley del aborto”, *Eldia.es*, 11 de Marzo del 2010.

2. Líneas estratégicas de la ley

Según el Informe del Comité de personas expertas sobre la situación del IVE, la presente ley establece las siguientes líneas de actuación⁷⁵:

- Atención a la salud sexual
- Promoción de la salud sexual
- Formación de los profesionales sanitarios

Así, en cuanto a la Atención y a la Promoción de la Salud Sexual, se establece que hay que tener siempre en cuenta que la salud sexual es un derecho, y por lo tanto se debe garantizar el acceso al IVE mediante un servicio público para toda la ciudadanía, eliminando cualquier tipo de discriminación.

También considera sumamente importante, garantizar y facilitar el conocimiento acerca de la sexualidad y la reproducción, así como garantizar el uso universal de los métodos anticonceptivos adecuados en cada caso. Es importante proporcionar una educación sexual ajustada a la realidad y a las necesidades sociales actuales, integral, gradual, y con perspectiva de género. Hace hincapié también en la importancia de fomentar la igualdad y la corresponsabilidad en las relaciones sexuales, remarcando la importancia del sexo seguro, para vivenciar esta experiencia sin ningún tipo de riesgo.

Por otra parte, en cuanto a la formación de los profesionales de la salud que se vean afectados por esta práctica, decir que se ha puesto especial empeño en que en su formación estuviera presente el enfoque de género a través de los programas curriculares o programas específicos de sensibilización.

⁷⁵ Óp. Cit. Informe del comité de personas expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo en España, y propuestas para una nueva regulación. 2009. pp 37 – 38.

3. Desarrollo de la ley

La presente ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.⁷⁶:

En su **Preámbulo**, cabe destacar, además de los detalles ya mencionados, que la presente ley nace adecuándose al consenso internacional actual en esta materia. La protección de la salud sexual y reproductiva ha sido manifestada en numerosos textos internacionales. Así se destaca, entre otros muchos, lo establecido en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer y en la Plataforma de Acción de Beijing, a nivel de Naciones Unidas. En el ámbito de la Unión Europea, se destaca la resolución sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, aprobada por el Parlamento Europeo, en la que se establecen ciertas recomendaciones, a los Gobiernos de los Estados miembros, en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo-sexual. Además destaca como el mismo Tribunal Europeo de Derechos Humanos enfatiza la necesidad de reforzar la seguridad jurídica de la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Por otra parte, nos gustaría destacar el siguiente fragmento del apartado II de este Preámbulo, en el que se pone de manifiesto la necesidad latente que había en España de modificar la legislación en esta materia, que con el tiempo se ha vuelto poco eficaz, y desajustada a la realidad. En él se comenta la legislación anterior, la *Ley Orgánica sobre la despenalización parcial del Aborto de 5 de julio 1985*, que modifica el art.417 bis del Código Penal, avalando la urgente necesidad de esta nueva ley, para así dar solución a las altas cifras de clandestinidad y peligrosidad que giraban en torno a la práctica de la IVE. En palabras textuales:

⁷⁶ VÁZQUEZ GARRANZO, Javier. 2010." La nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo". *A propósito de la Salud Sexual-Interrupción Voluntaria del Embarazo: cuatro estudios*. Derecho y Salud, volumen 20, núm. 2, Julio-Diciembre 2010. pp. 9-49.

[...]Hace un cuarto de siglo, el legislador, respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en relación con la maternidad, despenalizó ciertos supuestos de aborto. La reforma del Código Penal supuso un avance al posibilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concurriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la Ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo.[...]

Así, inmersos en este clima y con la convicción de que una educación sexual y reproductiva adecuada, unida al acceso universal de los sistemas de salud sexual y planificación de la reproducción, como modo más efectivo para prevenir, entre otros problemas, los embarazos no deseados, nace esta nueva ley sobre el aborto.

Una ley que apuesta por la protección y la garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Por ello, podemos ver que además de tratar de garantizar que las interrupciones de embarazo se desarrollen con las totales garantías para las mujeres que deciden llevarlos a cabo voluntariamente, establece toda una serie de medidas de educación y sensibilización, como ya hemos comentado.

La presente ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida. Parte de la voluntariedad de la mujer para seguir o no adelante con su embarazo, respetando siempre la libre disposición de su cuerpo, así como su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad, todo ello, guardando una estricta confidencialidad.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Esta nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo se establece fuera del Código Penal, siguiendo el modelo de otros países de nuestro entorno.

A través de su **Título Preliminar**, (art 1- 4) establece las Disposiciones generales. Así en su art 1, se establece el objeto de esta ley: *“garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos”*.

En su art 2, se hace referencia al concepto de salud reproductiva y sexual, a los cuales se hace referencia constantemente en los siguientes preceptos.

También se establecen aquí, en su art 3, los principios y ámbitos de su aplicación. Destacar que se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida y el derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva. Se refleja además, el acceso universal a las prestaciones y servicios previstos en esta ley y desarrolladas por los Poderes Públicos. Este acceso sin discriminaciones estará vigilado por el Estado en sus competencias de Alta Inspección según se menciona en el art 4.

En su **Título I**, bajo el nombre *“De la Salud Sexual y Reproductiva”* se hace referencia a los siguientes aspectos:

- Se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, así como las acciones formativas y de sensibilización.

Destacar, como se hace especial referencia a la igualdad, cuando establece que sus políticas promoverán:

[...]Art 5. 2.

- *Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.*

-*La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual. [...]*

- Se establecen las medidas a seguir en el ámbito sanitario:

En el art 7, podemos ver como se hace especial referencia a las garantías que los servicios públicos de salud deben tener en cuenta. También se hace especial mención a que la formación de los profesionales se abordará teniendo en cuenta la perspectiva de género. (art 8.)

- Se establecen las medidas relativas al ámbito educativo:

En el art 9, se establece la incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo. Nos parece interesante destacar, el mandato que se le hace al sistema educativo de contemplar, en la formación en salud sexual y reproductiva, la promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre mujeres y hombres.

Asimismo, según el art 10, los Poderes Públicos apoyaran a la comunidad educativa en la relación de actividades formativas relacionadas con este ámbito de la educación afectivo sexual.

- Se establece la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

El Gobierno en colaboración con las Comunidades Autónomas aprobarán, por un periodo de cinco años, una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que contará con el apoyo de las sociedades científicas y profesionales, así como con las organizaciones sociales.

En su **Titulo II**, *“De la Interrupción Voluntaria del Embarazo”* se establecen las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y se regulan las garantías de acceso a la prestación.

En cuanto a las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo, comienza en su art 12. estableciendo la garantía de acceso a la IVE, haciendo hincapié en la libre voluntad de la mujer.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

En el art 13 establece como requisitos esenciales que las IVE se practiquen por un médico especialista o bajo su dirección, en un centro sanitario acreditado, ya sea público o privado, y que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada (o en su caso de su representante legal). Además, este es el artículo en el que regula la polémica situación de las menores de 16 y 17 años, donde se establece que igualmente, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo reside en ellas, aunque, al menos uno de sus representantes legales deberá ser informado de su decisión, salvo que esto suponga un conflicto grave.

En el art 14 se establecen los criterios de la Interrupción del embarazo a petición de la mujer. De manera que a petición de la embarazada, siempre y cuando se cumplan los criterios ya explicados, y hayan transcurridos 3 días de reflexión desde que fue informada, esta podrá abortar durante las primeras 14 semanas de gestación. Asimismo, este plazo de 14 semanas de gestación puede verse ampliado a 22 semanas (art 15) si la interrupción del embarazo se debe a causas médicas. (Imprescindible, la justificación de esta práctica mediante un dictamen médico). Incluso, no se hace referencia a ningún plazo en los casos de anomalías graves incompatibles con la vida, si así lo determina un comité clínico.

En el art 16 se establece, entre otros muchos criterios, que el comité clínico⁷⁷ estará formado por un equipo interdisciplinar integrado por: dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. Una vez conocida la opinión del comité, será la mujer libremente la que decida sobre su embarazo.

En el segundo capítulo, referente a las garantías en el acceso a la prestación se hace especial referencia a:

- las medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.
- la protección de la intimidad y a la confidencialidad.

⁷⁷ El Comité Clínico se regula posteriormente *Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.*

-el tratamiento de los datos de las personas que se someten a las IVE, así como el acceso y la cesión de los datos de carácter personal, o la cancelación de esos datos, transcurridos 5 años desde la fecha del alta de la intervención.

En cuanto a sus **tres disposiciones adicionales**:

- La primera de ellas contiene un mandato para que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidos en esta ley.
- La segunda impone al gobierno la evaluación del coste económico de los servicios y prestaciones incluidas en esta ley.
- Por último, en la tercera se hace referencia a posibilitar el acceso a los métodos anticonceptivos y a su inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud.

A través de su **disposición derogatoria**, elimina el art 417 bis del Código Penal, introducido en este por la *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio*.

Finalmente respecto a las seis **disposiciones finales**:

- Destaca la primera, por medio de la cual se da nueva redacción al art 145 del Código Penal y se introduce un nuevo art. 145 Bis.
- En la segunda se modifica la *Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica*.
- La tercera se refiere al carácter orgánico de esta ley.
- La cuarta habilita al Gobierno para el desarrollo reglamentario de esta ley.
- La quinta se refiere al ámbito territorial de aplicación de la ley.
- La sexta y última establece la entrada en vigor de esta ley, a partir de los cuatro meses de su publicación

4. El delito de aborto en el Código Penal Español actual⁷⁸

A través de esta nueva *Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del embarazo*, se realizan dos modificaciones importantes en el Código Penal español:

- A través de su disposición derogatoria, se elimina el art 417 bis del Código Penal, introducido en este por la *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio*.
- Mediante su primera disposición final da nueva redacción al art 145 del Código Penal y se introduce un nuevo art 145 bis.

El Código Penal Español, pese a la aprobación de la interrupción voluntaria del embarazo, sigue manteniendo el delito de aborto, aunque con ciertos matices y limitado a ciertas circunstancias.

En su Libro II, de los “Delitos y sus Penas”, en su Título II, rubricado “del aborto” (artículos 144, 145, 145 bis y 146), se hace referencia a los distintos delitos de aborto, que a continuación pasare a comentar.

En el art 144, se castiga el aborto doloso. Es decir se sanciona a aquella persona que le practica un aborto a una mujer en contra de su consentimiento. Asimismo también, se considera delito de aborto, cuando el consentimiento de la mujer se haya obtenido mediante engaño, amenaza o violencia. Según este artículo, como podemos ver textualmente a continuación, se impondrá una pena de prisión de 4 – 8 años, además de inhabilitación de 3 – 10 años para ejercer la profesión sanitaria.

[...] **Artículo 144.**

El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión

⁷⁸ Código Penal Español. <<http://noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo10-1995.html>>

sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años.

Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño. [...]

La *Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción voluntaria del embarazo*, mediante su primera disposición final, da nueva redacción al art 145 del Código Penal y se introduce un nuevo art 145 bis.

Así, a través de la nueva redacción del art. 145 del Código Penal, se pone de manifiesto que será castigado aquella persona que le produzca un aborto a la mujer, aun cuando esta preste su consentimiento, si el procedimiento se ha llevado a cabo fuera de lo establecido por la Ley. Constituirá además un agravante, en el caso de que el aborto se lleve a cabo fuera de un centro acreditado. Las penas establecidas son de 1 – 3 años de prisión y de 1 – 6 años de inhabilitación. Además, también se castiga, con una pena de multa (6 – 12 meses), a aquella mujer que se produjera su propio aborto o consintiera que otra persona se lo causase, fuera de los casos establecidos en la ley. También, se hace mención, como agravante, aquellos casos en los que se interrumpa el embarazo de más de 22 semanas de gestación.

[...]El artículo 145 del Código Penal queda redactado de la forma siguiente:

- 1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la Ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.*
- 2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.*
- 3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.*

La nueva regulación del delito de aborto en España.

A través del nuevo art. 145 bis de Código Penal, establece que se impondrá pena de multa 6 – 12 meses e inhabilitación especial, cuando se practique un aborto, sin tener en cuenta alguna de estas cuestiones:

- Haber comprobado que la mujer que ha decidido abortar, ha sido informada de sus derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad.
- Hayan transcurrido los tres días de espera, entre el momento en el que se informa la mujer y la interrupción voluntaria del embarazo.
- Contar con los dictámenes previos necesarios.
- Debida acreditación del centro donde se lleva a cabo la interrupción voluntaria del embarazo.

Nuevamente se impondrán las penas en su mitad superior, si el estado de gestación hubiera superado las 22 semanas. Destacar, que a tenor de lo dispuesto en el presente artículo, no se arremeterá responsabilidad penal contra la mujer, si no se cumple alguno de los preceptos anteriores.

Artículo 145 bis

1. *Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la Ley, practique un aborto:*
 - a) *sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;*
 - b) *sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;*
 - c) *sin contar con los dictámenes previos preceptivos;*
 - d) *fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.*
2. *En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.*
3. *La embarazada no será penada a tenor de este precepto [...]*

El art. 146, de su parte, hace referencia al aborto imprudente. Se castiga con pena de 3 – 5 años de prisión o de 6 – 10 meses de multa, a aquella persona que por

Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género.

imprudencia grave le provoque a una mujer abortar. Además, hace especial referencia a la imprudencia profesional, a la que impone además la inhabilitación durante 1 – 3 años. Nuevamente, en este artículo, se hace referencia a la no imputabilidad de la mujer.

[....] Artículo 146.

*El que por **imprudencia grave** ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses.*

*Cuando el aborto fuere cometido por **imprudencia profesional** se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años.*

La embarazada no será penada a tenor de este precepto.

5. Problemas de aplicación y propuesta de mejora.

Ha pasado casi un año desde que entrara en vigor de la nueva *Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, y aún no contamos con datos estadísticos oficiales que nos confirmen el impacto y los resultados de esta ley, pero pese a su escasa andadura, si que se han puesto sobre la mesa ciertos problemas de aplicación.

La propia secretaria del Estado de Igualdad, Bibiana Aído, ha admitido que se están produciendo ciertas anomalías en la puesta en marcha de esta ley del aborto, aunque considera que dichos problemas obedecen más a planteamientos ideológicos que a dificultades reales. Declara que esas *“anomalías se producen en las comunidades gobernadas por aquellos partidos que se opusieron a la ley en el Parlamento”*⁷⁹

La Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI)⁸⁰ también ha cuestionado la puesta en marcha de esta Ley. Esta asociación manifiesta su disconformidad ante la variada, y extensiva interpretación de esta ley por parte de las Comunidades Autónomas, declarando que casi un año después de su entrada en vigor, podemos apreciar 17 leyes de aborto diferentes, una por cada comunidad. Considera que de esta manera estamos muy lejos de garantizar un servicio igualitario en toda España.

De su parte, Santiago Barambio, presidente de esta asociación, declaró que: *“se están produciendo las diferencias territoriales que precisamente se querían evitar, con esta norma, ya que el posterior desarrollo de la misma ha dado a los gobiernos autonómicos libertad de movimientos y, al mismo tiempo, escaso margen de maniobra al Ministerio de Sanidad”*.⁸¹

⁷⁹ “Aído «estudiará» las anomalías en la aplicación de la ley del aborto”. *La Razón*. 15 Marzo 2011.

⁸⁰ Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo (ACAI): www.acaive.com

⁸¹ “Madrid y Catalunya entorpecen la aplicación de la ley del aborto”. *Publico.es*, 16 de Febrero del

Esta asociación también afirma que en comunidades como Madrid, Cataluña, y gran parte de Castilla y León, el acceso a la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo es muy lenta y burocrática, además de muy desigual, vulnerando así el art. 4 de esta ley mediante el cual se garantiza el igual acceso a esta práctica. Asimismo también critican que esta postura obstaculizadora, está poniendo en peligro la intimidad de las mujeres que se encuentran en esta situación, así como la gratuidad de este servicio.

Desde esta entidad también se ha hecho referencia a la que en Cantabria y en Cataluña, las mujeres por lo general, se ven obligadas a adelantar los costes de esta intervención, costes que a día de hoy, no se les ha devuelto. Resaltan además, que en otras comunidades lo que se establece es una carta de pago o un sistema de facturación directa de la clínica a la Consejería. Afirman que aunque mediante este mecanismo de pago las usuarias no son afectadas directamente, tampoco se trata de un método favorable, ya que por lo general, el pago por los servicios prestados a estos centros acreditados suele retrasarse bastante tiempo, afectando a la viabilidad de estos.

Otro problema que ponen sobre la mesa, además de la desigual financiación, es que la duración del proceso desde que tiene lugar la solicitud de la prestación, hasta la realización del aborto, también varía de manera considerable de unas comunidades a otras. ACAI, declaraba en esta noticia que son significativas también las diferencias en este sentido. Destaca que por ejemplo, en comunidades como la C. Valenciana, Murcia, Galicia, o el País Vasco, la intervención podía tener lugar en menos de una semana, desde que la mujer pone en conocimiento su voluntad, mientras que en zonas de Madrid o Cataluña, el proceso puede alargarse a dos o tres semanas.

Además, afirman que incluso es frecuente, que las mujeres se ven obligadas a dirigirse a otras comunidades para practicarse el aborto, como es el caso de las residentes en La Rioja, Navarra, Ceuta y Melilla, o el escandaloso caso de las mujeres de León, que por “causas administrativas” se las destina a Madrid.

Denuncian que esta demora y burocratización innecesaria termina por minar la decisión de la mujer a abortar, llegando incluso a renunciar a ello. No obstante, por otra parte ensalzan la labor llevada a cabo en Andalucía o Asturias, donde se está permitiendo a las mujeres acceder de manera sencilla, ágil, íntima y segura a esta prestación.

Sería importante regular estatalmente esta situación, limitando y concretando unas competencias mínimas a cumplir por todas y cada una comunidades autónomas, independientemente del signo político que gobierne en ellas. No obstante, también sería interesante crear un sistema de control a nivel estatal, que garantice la financiación y los servicios sanitarios públicos suficientes que permitan mantener en pie este nuevo derecho de las mujeres, en todos los lugares de España.

También surgen problemas a la hora interpretar el artículo 17.4 de esta ley del Aborto, en el que establece la obligación de informar con carácter previo al consentimiento sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales, a aquellas mujeres que deciden interrumpir voluntariamente su embarazo. Llegado es el punto, que por ejemplo El Gobierno Valenciano ha acordado, que antes de que prestar el consentimiento al aborto, se informará a las mujeres que lo soliciten de la trascendencia ética de su decisión con información visual, tanto de la formación de la vida, como del proceso de un aborto. Incluso, han manifestado que se mostrará a la interesada, ecografías en tres dimensiones.⁸²

Los sobres que se les entregan a las mujeres con información sanitaria y social sobre las diferentes ayudas y derechos, también parece ser muy desigual de unas comunidades a otras.⁸³ De modo, que nos encontramos que no todas las mujeres tienen acceso a la misma información que les ayude a reflexionar durante esos tres días que marca la ley. Según datos publicados por ACAI, la recopilación de esta información es llevada a cabo por las propias clínicas, quienes descargan de la red la información que les parece conveniente. Desde la Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid, se

⁸² “La Comunidad Valenciana enseñará imágenes de abortos a las mujeres que lo soliciten antes de abortar”, *InfoCatólica.com*. 9 Julio del 2010.

⁸³ “Los sobres informativos del aborto son un caos automático”, *La Razón*. 6 Agosto del 2010.

afirman que estos sobres incluyen un mínimo legal establecido, como son los recursos económicos y las ayudas públicas, y que a partir de ahí podemos encontrar información de lo más dispar, como las ecografías 3D en la C. Valenciana, folletos propagandísticos de asociaciones pro-vida, etc. Así podemos encontrarnos, sobres informativos con más de 40 hojas como en Madrid o Cataluña, o con tan solo 2 folios como en el caso de Andalucía.

De cualquier modo, se trata de información con terminología puramente legal, que hace que sean de escasa comprensión para muchas de las mujeres. Así lo afirmaban desde la Línea de Atención a la Mujer:

“Muchas de las que vienen nos dicen: “No entendemos nada”»; «las chicas llegan después de hacerles en las clínicas una entrevista mínima, donde les entregan un sobre sin preguntarles nada y las den cita para abortar tres días después”.

Está claro que el objetivo de que las mujeres estén informadas al 100% de la situación a la que se van a enfrentar, para que les permita tomar una decisión lo más convincente y conscientemente, no se está logrando. Nuevamente, queremos referencia a que sería importante que el contenido de esos sobres se concretara legalmente, estableciendo así unos mínimos aspectos informativos básicos, comprensibles y sobretodo neutrales, para que la mujer no se vea influenciada a la hora de tomar una decisión tan importante como esta.

6. La objeción de conciencia ante la interrupción voluntaria del embarazo.

La Objeción de Conciencia, hace referencia al incumplimiento del deber que es encomendado, o de aquello dispuesto en las normas jurídicas, alegando a que su cumplimiento resultaría contrario a las creencias personales, o deberes morales. Se trata de la negativa de una persona por motivos de conciencia, a la realización de una conducta, que en principio, estaría jurídicamente obligado a ella ya sea por norma legal, relación contractual, mandato judicial o por resolución administrativa⁸⁴.

En numerosas ocasiones el Tribunal Constitucional ha declarado la vinculación existente de la objeción de conciencia con la dignidad de la persona humana, el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la integridad física y moral.⁸⁵

La Guía de Objeción de Conciencia para el Aborto, establece la siguiente declaración en cuanto al objetor: *“El objetor siente hacia los actos que rechaza en conciencia una repugnancia moral profunda, hasta el punto de que someterse a lo que se le ordena o pide, equivaldría a traicionar su propia identidad y conciencia, a manchar su dignidad de agente moral.”*⁸⁶

El derecho a la objeción viene recogido entre otras normas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 18) y en el Convenio Europeo de Derechos Humanos (artículo 9).

⁸⁴ SÁNCHEZ CARO, Javier. “La objeción de conciencia sanitaria” en *A propósito de la Salud Sexual-Interrupción Voluntaria del Embarazo: cuatro estudios*. Derecho y Salud. Vol. 20 (2). Julio – diciembre 2010. pp 49 – 65.

⁸⁵ Guía de objeción de conciencia sanitaria al aborto. Cómo afrontar deontológicamente la Ley Orgánica 2/ 2010 de Salud Sexual y Reproductiva.pp6.

⁸⁶ Óp. Cit. Guía de objeción de conciencia sanitaria al aborto. Cómo afrontar deontológicamente la Ley Orgánica 2/ 2010 de Salud Sexual y Reproductiva.pp7 – 8.

Además, la objeción de conciencia se trata de un derecho constitucional, amparado en la Libertad Ideológica: *El derecho a la Objeción de Conciencia, forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el artículo 16 de la Constitución Española.*⁸⁷ Este derecho respaldado por el art. 16 de la Constitución, entra en conflicto con otros artículos de la esta misma norma, en lo que se refiere a la temática tratada a lo largo de este trabajo. Por ejemplo, con el art. 10, donde se pone de manifiesto el Derecho a la dignidad, y al libre desarrollo de la personalidad, ya que la objeción ante el aborto, puede llegar a limitar la voluntad de la mujer de someterse a esta práctica. Esto es algo que resultaría contrario también, respecto a los art 41 y 43, ya que, esta norma establece en el art. 41, que los Poderes Públicos deben garantizar un sistema público de Seguridad Social universal. Además en el art. 43, se defiende en el derecho a la protección de la salud, y dentro de ella, sin duda, también se tiene en cuenta la salud sexual y reproductiva.

Pero a pesar de tratarse de un derecho tan polémico y de tanta transcendencia en esta materia de IVE, no existe en nuestro país una regulación específica y concreta relativa a la Objeción de Conciencia. Ha sido una constante la evidente necesidad de una ley que regulara la objeción de los profesionales sanitarios en relación al aborto, así como el alcance, las condiciones y el contenido de su ejercicio que puede llegar a tener el cumplimiento de este precepto. De su parte, La Comisión de Salud de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, ha recomendado a los estados miembro que regulen específicamente la objeción de conciencia respecto al aborto en el ámbito sanitario.

La *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* ha constituido el primer paso hacia este debate pendiente de la Objeción de Conciencia.⁸⁸ Por primera vez se reconoce en un texto legal este derecho en cuanto a la práctica del aborto. No obstante, no aparece reflejada esta

⁸⁷ STC 53/1985, de 11 de Abril.

⁸⁸ MARTÍN AYALA, María. "La objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo: Procedimiento para su ejercicio. Los registros objetores" en *A propósito de la Salud Sexual- Interrupción Voluntaria del Embarazo: cuatro estudios*. Derecho y Salud. Vol. 20 (2). Julio – diciembre 2010. pp 91 – 105.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

cuestión de manera totalmente explícita y concisa, sino que, solo se hace referencia a que existe la posibilidad de que los sanitarios ejerzan su derecho a ello. Textualmente a través del artículo 19.2 de la presente ley se establece:

[...]Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo [...]

Esta vaga y escueta referencia a la objeción de conciencia en los supuestos de IVE ha cado lugar a numerosos interrogantes a la hora de poner en práctica su aplicación.

Una de las inquietudes hace referencia a qué profesionales pueden acogerse a este derecho, ya que en la ley solamente establece que “los profesionales sanitarios directamente implicados en la IVE”. Al no concretar expresamente las diferentes interpretaciones se ponen de manifiesto. Está claro que el médico que realiza la intervención se ve incluido en el perfil expuesto, ya que además, tanto la propia ley, como el Código Penal, establecen que el aborto sea practicado por un médico especialista o bajo su dirección. El problema interpretativo surge a hora de ampliar este derecho al anestesista, al enfermero/a, al ecógrafo/a, al ginecólogo/a, al médico de atención primaria (quién muchas de las comunidades autónomas, es por ley, el encargado de informar a la mujer de esta práctica), o demás personal auxiliar, que se vea involucrado en esta práctica. Incluso podemos ver, argumentos más extremistas que consideran que pueden ajustarse a este perfil, los psicólogos/as, trabajadores/as sociales, personal administrativo, etc., que cooperen de manera directa con el proceso de interrupción voluntaria del embarazo.

A este silencio, en la guía de Objeción de Conciencia Sanitaria al Aborto se establece que: *[...]Puede hacer uso del derecho a objeción... el personal administrativo que tiene que planificar la agenda del médico, o que tiene que autorizar el pago de las*

*facturas de la práctica abortiva, el personal de trabajo social o psicología, que tiene que informar sobre la práctica del aborto, el ecógrafo que tiene la misión de realizar las pruebas conducentes a establecer la discapacidad del feto, el analista, anestesista, enfermero, ginecólogo [...] el director del centro clínico u hospitalario [...]el médico de atención primaria, que en algunas comunidades autónomas es el primer obligado por ley a entregar a la mujer gestante los sobres informativos sobre la práctica abortiva[...]*⁸⁹

Otro de los interrogantes, hace referencia a qué actividades podemos incluir bajo este precepto. Ciertamente, queda claro y se da por descontado, que la intervención por la cual se lleva a cabo el aborto (destrucción del feto) es una de ellas, pero el problema está, en si consideramos posible la objeción de conciencia en cuanto a la emisión de los dictámenes previos, en aquellos casos en de interrupción del embarazo por causas médicas, a las que se hace referencia en el art 15 de esta ley. También, se duda de la posible aplicación de la objeción ante la realización de pruebas diagnosticas prenatales o anteriores a la intervención del aborto.

De su parte, la Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC) declaro a través de un comunicado oficial⁹⁰, que la objeción de conciencia solo puede ser admitida en aquellas acciones estrictamente necesarias para la práctica del IVE, y que no debe trasladarse a actuaciones previas indirectas, ya que esto podría suponer una obstrucción del derecho a la atención sanitaria.

No obstante, esta nueva regulación del aborto sí que establece claramente que los profesionales sanitarios están obligados de cualquier modo a dispensar tratamiento y atención médica adecuada a estas mujeres que se someten a un aborto, tanto antes, como después de la intervención. También aparece explícitamente reflejado que la objeción de conciencia se trata de una decisión individual del personal sanitario directamente involucrado, por ello, queda totalmente descartado que una persona jurídica, o una colectividad en sí, pueda acogerse a la objeción de conciencia como tal. Así, una entidad sanitaria privada, podría prohibir que se llevaran a cabo en ella IVE en función

⁸⁹ Guía de objeción de conciencia sanitaria al aborto. Cómo afrontar deontológicamente la Ley Orgánica 2/ 2010 de Salud Sexual y Reproductiva. pp 9.

⁹⁰ “Los médicos piden una ley que les garantice la objeción de conciencia en el aborto”, *La Razón*, 2 de julio de 2010.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

de su ideario, pero en ese caso nos encontraríamos ante una cláusula para la defensa del carácter propio de la entidad, no ante un supuesto de objeción de conciencia.⁹¹

La Comisión Central de Deontología Médica de la OMC, resalta de nuevo⁹², que la objeción de conciencia es de carácter individual, y que no puede ser un derecho colectivo ni institucional, ya que los ciudadanos verían vulnerado su derecho a esta prestación contemplada en la ley. Asimismo, también se especifica que ese derecho individual a ser objetor de conciencia, debe manifestarse por escrito y anticipadamente. No obstante, esto no significa que declararse objetor se trate de una cuestión inamovible, sino que cabe perfectamente una objeción de conciencia sobrevenida, debido a una posible evolución o modificación ideológica, fundada por el motivo que sea. Lo que si es necesario decláralo previamente, y no en el momento en el que se presente la situación de realizar la práctica de IVE, para que la mujer afectada pueda acudir a otro facultativo con tiempo suficiente. Pero de nuevo surgen los dilemas, ya que la norma no entra en detalles específicos, como a quién se debe prestar declaración de su decisión de objetar. Tampoco se especifica las consecuencias que se derivaran en caso de que se incumplan los requisitos legales establecidos a este aspecto.

No obstante, aunque pueda resultar evidente la puesta en práctica de este derecho, no puede limitar u obstaculizar los servicios médicos en esta materia, ya que las mujeres igualmente tienen derecho a interrumpir voluntariamente su embarazo. Así, el Sistema Nacional de Salud debe organizarse para que se pueda llevar a término los IVEs con indiferencia del número de sanitarios que se hayan declarado objetores de conciencia. La jurisprudencia ha dispuesto que los facultativos que se encuentren de guardia, deberán prestar servicio en aquellas complicaciones puntuales que puedan darse lugar en esta materia, con independencia de que sean o no objetores de conciencia.

Para concluir este apartado, nos gustaría hacer referencia al fraude que en numerosas ocasiones se ha repetido. Se trata de aquellos sanitarios que se han declarado objetores de conciencia en el ámbito sanitario público, pero que han practicado abortos

⁹¹ABELLÁN, F; ANTEQUERA VINAGRE, J.M.; GARCÍA GARCÍA, R.; LARIOS RISCO, D.; MARTÍN SÁNCHEZ, I.; SÁNCHEZ CARO, J.: *Libertad de Conciencia y Salud, guía de casos prácticos*. Ed. Comares, Granada 2008. pp 83.

⁹² Comunicado de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC. Madrid, 27 de Julio del 2010. (disponible en www.medicosypacientes.com)

en el ámbito privado. Sobre este fraude inadmisibles, la Comisión Central Ética y Deontológica Médica de la OMC ha establecido que es intolerable, y que por tanto, debe ser castigado penalmente aquel colegiado sanitario que se declarara objetor cuando se encuentre en el desempeño de su trabajo como asalariado, y que sin embargo, por cuenta propia si se prestara a la realización de estos servicios. Declaran que esta conducta de doble moral, pondría en evidencia su interés puramente lucrativo ante esta cuestión médica.

6.1. Argumentos que respaldan la objeción de conciencia en esta materia.

Sobre la base del documento público por el cual los sanitarios se declaran objetores de conciencia, podemos comprobar los argumentos principales, bajo los cuales se sustenta su negativa ante la práctica de un aborto.⁹³

Vemos como se hace referencia al Convenio Europeo de Derechos Humanos⁹⁴, el cual, a través del art. 9.2 establece que: *“La libertad de manifestar su religión o sus convicciones no puede ser objeto de más restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad pública, la protección del orden, de la salud o de la moral públicas, o la protección de los derechos o las libertades de los demás”*

También se hace referencia al art 18 de la Declaración de los Derechos Humanos, que manifiesta que: *“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.”*

⁹³ Guía de objeción de conciencia sanitaria al aborto. Cómo afrontar deontológicamente la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva. pp 14.

⁹⁴ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Otra fuente contemplada es la Guía de Ética Médica Europea (art. 17)⁹⁵, donde se declara que: *“es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos”*.

De su parte, el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 1999, establecía ya en su artículo 24, que *“al ser humano embrión-fetal se le debe tratar con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplica a los demás pacientes”*.

De igual forma, y a raíz de la Ley de Despenalización del Aborto de 1985, dicho código estableció en su artículo 23 que *“el médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionado estatutariamente”*.

Destacar, la gran importancia de la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, donde en su fundamento 14, reconoce lo siguiente: *“No obstante, cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercitado con independencia de que se haya dictado o no su regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el art. 16.1 CE y como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales”*.

El Código de Ética y Deontología, respalda de nuevo este aspecto y establece la posibilidad de que: *el médico tiene derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo.* (art. 26)

Cómo no, en este documento también se hace referencia al art. 19.2 de la nueva ley sobre el aborto ya mencionado anteriormente.

⁹⁵ Conferencia Internacional de Ordenes Médicas de 6 de enero de 1987.

7. Referencias a la Interrupción Voluntaria del Embarazo desde la Constitución Española

La Norma Superior de nuestro Ordenamiento Jurídico Español, no hace referencia explícita en ningún de sus preceptos en lo que se refiere a la materia de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Por ello, tanto los defensores como los detractores de la legalización de esta materia, sostienen sus argumentos, haciendo una amplia interpretación de aquellos artículos de la Constitución Española⁹⁶ que más se ajustan a sus creencias y opiniones.

Aquellos que se muestran contrarios a la nueva regulación que despenaliza el aborto, consideran que se está vulnerando unos de los derechos fundamentales más importantes: la vida, protegida constitucionalmente. El art. 15 de la CE., establece que: *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes [...]”*

Consideran que esta nueva regulación, que permite la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de manera totalmente libre, no se ajusta al mencionado precepto, quedando totalmente desprotegidos los derechos del no nacido. Asimismo, también destacan la declaración del Tribunal Constitucional, en su Sentencia 53/1985, del 11 de abril de 1985, por la que manifestó que la vida del Nasciturus, es un bien jurídico constitucionalmente protegido por el art. 15 de la CE.

Por el contrario, quienes celebran el gran avance en esta materia del aborto, declaran que, como toda persona, la mujer posee un conjunto de derechos fundamentales reconocidos en nuestra constitución.

Declaran que se ha producido un nuevo re-enfoque en esta temática del IVE, en la que se ha comenzado a valorar la dignidad de la mujer, así como su derecho al libre desarrollo de su personalidad. Libertades que, además de estar reconocidas en la Declaración de los Derechos Humanos, también se reconocen en nuestra constitución,

⁹⁶ Constitución Española de 1978.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

como podemos ver en el art 10: *“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.”*

Además, destacan que se tiene especialmente en cuenta el derecho a la intimidad personal y al honor, reflejados en el art 18.1 de nuestra constitución, de las mujeres que deciden libre y voluntariamente realizarse un aborto.

Por otra parte también es de destacar, los defensores de esta ley, también fundamentan su argumento, en el art 15 de la CE, pero esta vez destacando el derecho a la protección de la integridad física y moral. Consideran que no se puede obligar a una mujer a afrontar un embarazo no deseado, que le va a condicionar el resto de su vida.

La propia *Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva, y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*⁹⁷, hace referencia a este aspecto. En su preámbulo podemos comprobar cómo establece que: *“El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar.”*

También destacan la gran aportación de esta nueva norma, en hacer mayor hincapié en la inclusión de los aspectos de la salud sexual y reproductiva dentro del Sistema Nacional de Salud, dando mejor cumplimiento al art 43 de la CE. Gracias a ello, se garantiza el acceso de todas las mujeres a la Interrupción Voluntaria del Embarazo, de manera segura, legal y gratuita. Con la nueva ley de Salud Sexual y Reproductiva, y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, se pretende acabar con la situación de descontrol, habida hasta ahora en torno al acceso de esta práctica.

No obstante, y asimismo, esta ley, ha prestado especial atención a la educación sexual y reproductiva, desarrollando el reconocimiento que también desde este art. 43 de CE se hace a la importancia de la educación sanitaria. Uno de los pilares que sostiene esta nueva ley, es el ensalzamiento de la importancia de la educación sanitaria en el

⁹⁷ Óp. Cit. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

ámbito de la salud, para prevenir no solo los embarazos no deseados, sino cualquier otro tipo de problemas sanitarios.

Además en la Constitución Española, también podemos contemplar, en su art. 41, el derecho a un Sistema Público de Seguridad Social. La propia nueva legislación del aborto, también en su preámbulo, hace la siguiente declaración: *“Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.”*

De nuevo, comprobamos como la confrontación de las diferentes corrientes que se establecen en torno de la legalización del aborto en España, se encuentra enfrentadas de tal modo, que hasta encuentran la manera de poner de su lado el pilar fundamental de nuestro ordenamiento jurídico español, nuestra Constitución.

8. La interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la igualdad de mujeres y hombres.

Este epígrafe tiene como objetivo vincular la nueva regulación normativa sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo, la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, con la *Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*⁹⁸, y a su vez con el *Anteproyecto de Ley Integral para la Igualdad de trato y no discriminación*⁹⁹.

En el preámbulo de la *Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, podemos observar cómo el desarrollo de su sexualidad y la capacidad de procreación, se vinculan al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres y su dignidad. Se pone de manifiesto que la decisión de tener hijos y cuándo tenerlos, constituye un aspecto profundamente personal y sumamente íntimo.

Este respeto a la dignidad de la mujer, es muy tenido en cuenta en la *Ley Orgánica para la Igualdad Efectiva de mujeres y hombres*, ya en su primer artículo se refleja el reconocimiento a la dignidad de las mujeres en igualdad con los hombres; y también en el *Anteproyecto de la ley integral para Igualdad de trato y No discriminación*, donde se establece en su preámbulo que la no discriminación y la igualdad se ven directamente influenciadas con el respeto a la dignidad de la persona.

Y es que, aunque por cuestiones estrictamente biológicas la interrupción voluntaria del embarazo afecte a las mujeres, no podemos obviar esta situación y hacer como si el problema no existiera porque solo afecte al sexo femenino. Ha sido de suma importancia su regulación, e inclusión en nuestro Sistema Nacional de Salud, tratando así de evitar la discriminación mujeres.

⁹⁸ BOE <www.derecho.com/1/boe/ley-organica-3-2007-igualdad-efectiva-mujeres-hombres>

⁹⁹ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <www.migualdad.es>

Asimismo podemos ver cómo tanto la Ley para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres, como el Anteproyecto de Igualdad de trato, hacen especial referencia a la igualdad en materia de Salud. En el art 27.1 de la *Ley para la Igualdad efectiva de mujeres y hombres* se establece que se desarrollaran las políticas, estrategias, programas y medidas de salud teniendo en cuenta las distintas necesidades de las mujeres y de los hombres. Por lo que consideramos que en esta ley, podemos encontrar cierto amparo en inclusión de esta materia, para que la mujer que decide no continuar con su embarazo, se vea respaldada por una política sanitaria especializada. Igualmente, en su disposición adicional octava relativa a modificaciones de la Ley General de Sanidad, en su apartado tercero, podemos observar como se hace referencia a que se tenga en cuenta la prestación de los productos terapéuticos precisos, atendiendo a las necesidades diferenciadas de mujeres y hombres en el Sistema Nacional de Salud. Nuevamente, vemos como se hace referencia a que se tenga en cuenta las especiales necesidades y circunstancias en las que puede encontrarse una mujer, en el ámbito de la salud.

De su parte, en el *Anteproyecto de Igualdad de trato y no discriminación*, también hace referencia en su art.3, relativo a los ámbitos de aplicación, al área de salud. En su art 17.1 establece que las Administraciones Públicas Sanitarias en el ámbito de su aplicación van a garantizar la ausencia de cualquier discriminación en el acceso a los servicios y a las prestaciones sanitarias por razón de sexo, entre otras cuestiones.

No obstante, no hay que olvidar que esta nueva Ley Orgánica 2/2010, no solo hace referencia concretamente a la interrupción voluntaria del embarazo, sino que además tiene en cuenta la salud sexual y reproductiva. Atendiendo a este otro enfoque de la ley, es importante destacar su intención preventiva, y de concientización. Plantea, en su art5. Apartado 1.e, como uno de los objetivos de los Poderes Públicos en esta materia es “la Educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y reproductiva”.

Vemos aquí la influencia de la Ley de Igualdad, al destacar la inclusión de la perspectiva de género, que se materializa cuando en el apartado 2, se expresa que a través de los programas educativos se promoverán las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre mujeres y hombres, y la corresponsabilidad en las conductas sexuales. Posteriormente vemos como en su art 9, se hace referencia a la incorporación de la

La nueva regulación del delito de aborto en España.

formación en salud sexual y reproductiva en el sistema de educativo. Además se contempla que este enfoque educativo se promocioe una visión de la sexualidad atendiendo a la igualdad y a la corresponsabilidad entre mujeres y hombres. También hace referencia, a este aspecto sexual-educativo, en su art 27.3c. Además, este es uno de los motivos por los cuales, en su disposición adicional octava, ya nombrada, se modifica la Ley general de Sanidad.

A rasgos generales, podemos comprobar cómo desde esta ley se transmite la importancia de la adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento esencial de mejora tanto de la salud individual, como comunitaria, teniendo en cuenta las necesidades, riesgos y características de las mujeres y de los hombres. No obstante, la perspectiva de género también es introducida por la ley 2/ 2010, en los criterios de formación de los profesionales de la salud (art8).

Por último, y para concluir, solo destacar que la Ley 2/2010, a través de su art12. garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, teniendo en cuenta la protección y la eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que lo solicite, así como el respeto al libre desarrollo de su personalidad, a su integridad física y moral, a su libertad ideológica, y a la no discriminación.

9. Recursos de Inconstitucionalidad presentados frente a la nueva ley del aborto.

El Tribunal Constitucional admitió a trámite el 30 de junio del pasado año 2010, los recursos presentados, por el Partido Popular y por el Gobierno de Navarra, contra diversos preceptos de la *Ley orgánica, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*.¹⁰⁰

El Partido Popular formalizó su anunciado recurso de inconstitucionalidad contra la nueva Ley del Aborto¹⁰¹, pidiendo a los magistrados que suspendieran de forma cautelar los preceptos con los que no estaban de acuerdo, hasta que se resolviera el recurso de inconstitucionalidad antes de que entrara en vigor la presente ley, el pasado 5 de julio del 2010.

En un comunicado oficial, el PP, declaró que el motivo jurídico para acudir al Tribunal Constitucional era: “la violación directa de derechos y libertades originados directamente por la entrada en vigor de la L.O 2/2010.”¹⁰² Representantes de este partido político declaraban entonces, que la nueva Ley vulnera los derechos del “nasciturus” (no nacido), dejándolo totalmente desprotegido frente a los derechos de la madre. Además, comentan que con la nueva ley el aborto, este deja de ser una excepción y se convierte en un libre hecho indiscriminado, incompatible con el artículo 15 de la Constitución, donde se reconoce el universal “derecho a la vida”. En este comunicado se establecía que la mera entrada en vigor de esta norma, así como su carácter automático de aplicación, atenta contra los derechos fundamentales. Por ello, hace hincapié en esa suspensión cautelar, hasta que tenga lugar la promulgación de una sentencia firme, para así según esta corriente, evitar daños irreparables.

¹⁰⁰ “El TC admite a trámite el recurso del PP contra la Ley del Aborto”, *ElConfidencial.com*, 30 junio del 2010.

¹⁰¹ “El PP recurre la Ley del Aborto y pide paralizar la aplicación de nueve puntos”, *ElMundo.es*, 2 junio del 2010.

¹⁰² Anuncio de presentación de recurso de amparo constitucional frente a la L.O. 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, *Centro Jurídico Tomás Moro*, 7 julio 2010. pp 2.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

Asimismo, el Tribunal Constitucional ese mismo día también estableció un periodo de tres días para que el Congreso, el Senado y el Gobierno, alegaran acerca de la petición de la oposición de suspender cautelarmente esta nueva ley.¹⁰³

El Gobierno, por su parte, a través de la Abogacía del Estado solicitó al Constitucional que rechazara la petición del PP, alegando que no hay previsión legal alguna que permita la suspensión de una norma con rango de ley aprobada por las Cortes Generales. Los servicios jurídicos del Estado en su escrito de alegaciones recordaron que: *“los poderes de suspensión que tiene el TC están tasados y que no pueden extenderse a los actos o normas emanados del Parlamento, que gozan de presunción de legitimidad”*. También señalaron que la nueva ley del aborto es plenamente constitucional, ya que: *“no introduce ex novo en nuestro ordenamiento jurídico las condiciones en las que es posible la interrupción voluntaria del embarazo, sino que se dirige a modificar dicho régimen jurídico a la luz de la experiencia acumulada en la aplicación del marco legal vigente”*.

Finalmente, El Tribunal Constitucional rechazó por seis votos, contra cinco (y cuatro votos particulares), la petición del PP de suspender cautelarmente la presente ley del aborto, la cual finalmente entró en vigor como se tenía previsto, el día 5 de Julio del 2010.

En el recurso del PP ante el Tribunal Constitucional, se establecía la disconformidad hacia esta nueva ley, en ocho de sus preceptos, además de hacia una de sus disposiciones finales. Las materias llamadas a revisión de su constitucionalidad son las siguientes: art. 5.1.e; art.8 a y b; art.12; art.13.4; art14; art.15; art 17.2 y 5; art 19.2 párrafo primero y la disposición final segunda.¹⁰⁴ Concretamente:

- ✓ La obligación de enseñar las materias relativas a la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva ideológica de género. (art5.1, e)

¹⁰³ “El Tribunal Constitucional admite a trámite el recurso del PP contra la Ley del Aborto”, *El Imparcial*. 1 julio del 2010.

¹⁰⁴ “El PP recurre la Ley del Aborto”. *www.pp.es*. 1 junio 2010.

- ✓ La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y la formación clínica en la práctica de interrupción voluntaria del embarazo. (art. 8. a)
- ✓ La formación de profesionales de la salud en materia de IVE. (art.8. b)
- ✓ La garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.(art. 12)
- ✓ El aborto de las mujeres de 16 y 17 años, que deberán ir a abortar acompañadas de sus tutores, salvo que justifiquen un conflicto extremo. (art 13. 4)
- ✓ La interrupción libre del embarazo dentro de las primeras 14 semanas de gestación. (art14)
- ✓ El aborto por causas médicas cuando no se superen las 22 semanas o existan anomalías del feto incompatibles con la vida. (art15)
- ✓ Las mujeres que opten voluntariamente por la interrupción del embarazo recibirán, un sobre cerrado, que contendrá todo un elenco de información necesaria, para que estas mujeres puedan tomar una decisión meditada ante esta situación. (art. 17.2). Se hace especial referencia a que esta información será proporcionada de forma accesible para aquellas personas con discapacidad. (art. 17.5)
- ✓ La regulación de la objeción de conciencia plasmada en la ley, que se limita sólo al personal sanitario directamente implicado en el IVE. (art. 19.2)
- ✓ La modificación 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*, por la que se establece que la Práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se regirá por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y las disposiciones especiales de aplicación.

Por su parte, el Gobierno de Navarra fundamentó su recurso ante el Constitucional, en función su disconformidad ante la obligación de las comunidades autónomas de garantizar la prestación en su territorio.

Al día de hoy, casi un año después de que se admitieran a trámite esos recursos de inconstitucionalidad, y pese al carácter preferente de resolución que el PP, sugirió al Tribunal Constitucional respecto a esta cuestión, este no se ha pronunciado al respecto. De manera que ante la ausencia de una resolución firme que declare la constitucionalidad o no de esta *Ley orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, el debate político y social está asegurado.

VIII

ESTUDIO COMPARADO CON EUROPA

La Interrupción Voluntaria del Embarazo es una práctica muy habitual en el control de la fecundidad a lo largo de la historia. Sucede, independientemente de que las leyes la permitan, la despenalicen o que incluso, la prohíban.

La Organización Mundial de la Salud, recomienda que es importante que los gobiernos establezcan políticas públicas de salud sexual y reproductiva, que faciliten la concepción efectiva, así como que proporcionen servicios o sistemas de salud competentes, que aseguren que las IVE se realicen en condiciones de seguridad para las mujeres que se encuentren en esa situación.

La situación en Europa no es uniforme en lo que respecta al aborto, pero si bien un gran número de países ha legalizado su práctica a partir de la segunda mitad del siglo veinte, centrándose en el Derecho a la Salud¹⁰⁵

La tendencia dominante en los ordenamientos europeos en lo que se refiere a la regulación del aborto, por lo general, es declarar prevalencia a los derechos fundamentales de las mujeres durante las primeras semanas de gestación. A partir de un

¹⁰⁵ Óp. Cit. "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 del 2009.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

determinado estado de gestación, se empieza a valorar superiormente al nasciturus. Evidentemente afirman que la vida prenatal es merecedora necesariamente de tutela judicial, como bien jurídico protegible que es, pero en que en cierta manera, está por encima la protección de la vida postnatal. Es notable, el creciente interés por la salud de la mujer, y por el desarrollo de sus derechos fundamentales, así como la especial protección de su intimidad y su privacidad.

Al margen de este modelo a seguir, podemos encontrarnos regulaciones sobre el IVE de lo más dispares. Dos ejemplos únicos de ello son:

Malta, que prohíbe el aborto en cualquier caso, estableciendo penas de prisión para la mujer de 18 meses a 3 años¹⁰⁶; y contrariamente, Holanda, que permite el aborto totalmente libre hasta las 24 semanas de gestación, y sin límites en caso de malformación del feto o la salud de la madre. El caso de Holanda, pese a ser se las legislaciones más antiguas (1980 y 1984), es la regulación más liberal de toda Europa en este aspecto. No obstante su regulación también castiga los abortos que tenga lugar fuera de los centros acreditados.

Gran Bretaña por su parte, que también cuenta con una legislación de largo recorrido en cuanto al IVE, en principio era el país que más plazo permitía. Con su regulación de 1967, permitía hasta un plazo de 28 semanas de gestación, pero este fue reducido a 24 semanas (como Holanda), por su *ley de Fertilización Humana y Embriológica de 1990*. Además, en este país se obliga a que la IVE se lleve en un centro acreditado para ello, y siendo totalmente gratuito siempre y cuando sea acordada por dos médicos.

Otro de los países que también establece un plazo de interrupción del embarazo bastante elevado es Chipre. Pero en este caso, solo está permitido para preservar la salud física o mental de la mujer, en casos de violación o incesto y si se prevé que el bebé nacerá con serias discapacidades.

Sin embargo, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia y Portugal, ha optado por una regulación del IVE a través de un sistema mixto, que combina el sistema de plazos con el de indicaciones. En estos países se deja a decisión de la mujer la práctica del aborto, hasta un determinado tiempo de gestación. Una vez

¹⁰⁶ ORTEGA PÉREZ, Pedro José. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Enero 2010.

superado este, sería necesario que tuvieran lugar una serie de circunstancias para llevarlo a la práctica. Podemos comprobar cómo este plazo de espera y las supuestas indicaciones varían dentro de esta larga lista de países.

La gran mayoría de ellos, establecen como plazo máximo 12 semanas. Algunos de ellos son por ejemplo: Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Italia, Lituania, La República Checa, etc. Por debajo de este límite, solo se encuentra el de 10 semanas, de Portugal. Por el contrario el plazo más alto establecido es el de Suecia, con 18 semanas.

A pesar de establecer un plazo legal para abortar, en muchas de las legislaciones se establecen a mayores la obligatoriedad de ajustarse a otra serie de requisitos. Estas pautas complementarias, varían de unos a otros países. Por hacer referencia a alguna de ellos, destacaremos las siguientes:

- Alemania:
 - ✓ Certificado de asesoramiento previo a la intervención (de 3 días)
 - ✓ Informe de un facultativo médico
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado.

- Portugal:
 - ✓ Periodo de reflexión de tres días, a contar desde el momento de la solicitud de la IVE.
 - ✓ Certificado de que la mujer ha sido informada en materia de métodos anticonceptivos.
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado

- Bélgica:
 - ✓ Ratificación por escrito de la decisión de la mujer de interrumpirse el embarazo.
 - ✓ Periodo de reflexión de 6 días

La nueva regulación del delito de aborto en España.

- ✓ Informar a la mujer los riesgos médicos presentes o futuros derivados de un embarazo
- ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado
- Bulgaria:
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado
 - ✓ Autorización de al menos uno de los titulares de la patria potestad, en los casos de menores de edad, o en su defecto estar acompañada por un adulto.
- Italia:
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado
 - ✓ Autorización de al menos uno de los titulares de la patria potestad, en los casos de menores de edad, o de un juez de menores.
- Dinamarca:
 - ✓ Apoyo psicológico, anterior o posterior a la IVE.
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado
 - ✓ Permiso para realizar el aborto si la mujer por motivos de enfermedad física, desarrollo psíquico limitado, salud debilitada o por otros motivos similares, no está capacitada para comprender el significado de la intervención médica. En estos casos habrá que designarse un tutor.
 - ✓ Autorización de al menos uno de los titulares de la patria potestad, en los casos de menores de edad, o en su defecto estar acompañada por un adulto.
- Suecia:
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado
 - ✓ Apoyo psicológico, anterior o posterior a la IVE.

- Austria:
 - ✓ Informe facultativo médico
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado

- Finlandia:
 - ✓ Autorización de dos médicos
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado

- Francia:
 - ✓ Practicado por profesional médico y/o en centro hospitalario, público o privado
 - ✓ Autorización de al menos uno de los titulares de la patria potestad, en los casos de menores de edad, o en su defecto estar acompañada por un adulto.
 - ✓ Las menores de edad, no emancipada han de acudir a una consulta previa con un asesor o consejero, de un centro de planificación familiar.

A parte de este plazos, podemos contemplar las siguientes indicaciones por las que se establece cierta prologa. Por ejemplo:

- Indicación terapéutica, hasta 12 semanas; e indicación eugenésica, hasta 24 semanas, en países como Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Finlandia, Francia y Portugal.

- Dinamarca tiene en cuenta el posible riesgo del niño a contraer una enfermedad grave de carácter genético o por desarrollo de algún tipo de enfermedad fetal, así como la imposibilidad de la madre de hacerse cargo del nuevo ser por motivos de enfermedad, edad prematura, o falta de madurez mental, e incluso cuando el embarazo o el parto le puedan provocar un malestar psicológico grave.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

- El grave riesgo psicológico de la madre, también es aceptado como indicación en Finlandia, así como, si en el momento de quedarse embarazada la mujer fuera menor de 17 años o mayor de 40, e incluso si esta ya tuviera cuatro hijos.
- Portugal, Finlandia, y Alemania también reconocen el aborto ético, es decir, el aborto de un embarazo causado por una violación.

En cuanto al régimen de prestaciones de la IVE, podemos comprobar que varía de unos Estados a otros. En general decir, que en todos los países de la Unión Europea, esta práctica está garantizada teóricamente, gracias a los servicios públicos de salud o a través de ayudas públicas a las mujeres con menos recursos. No obstante, según los datos de este Informe, es importante poner sobre la mesa, que por ejemplo en Suecia, el IVE es totalmente gratuito, tanto si se lleva a cabo en un centro público, como en un privado. En Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, y Portugal, resulta gratuito si se realiza en la Sanidad Pública. Sin embargo, Bulgaria solo asume los análisis y los diagnósticos previos. Bélgica, asume todos los costes si la afectada no tiene deudas en sus cotizaciones. Casos más concretos, los encontramos en Alemania que financia los abortos provocados relativos al sistema de indicaciones, o como excepción, el criterio de plazos en el casos de mujeres con escasos recursos económicos. Por su parte el Estado de Austria, solo se hace cargo de los abortos eugenésicos y terapéuticos.

No obstante decir, que por la extensión del trabajo, hemos limitado este estudio comparado de la IVE en Europa a las regulaciones más significativas, para una mayor profundidad de los conocimientos en esta materia, hemos adjuntado una tabla informativa, con la legislación de otros países de Europa, disponible en los Anexos.

IX

CONCLUSIONES VALORATIVAS

Por lo general, cuando hablamos de “interrupción del embarazo”, nos referíamos a práctica clandestina muy habitual. Las mujeres seguían abortando con una gran inseguridad sanitaria y jurídica, pese a su prohibición estricta, exceptuando los casos permitidos. Destaca la permisibilidad que había a la hora de establecer como una de estas causas justificables el grave peligro psíquico para la salud de la madre. Era evidente que la regulación existente en nuestro país, en referencia a esta materia, era bastante deficitaria. Era necesario, garantizar que la mujer que decidiera abortar, lo pudiera hacer en una estructura que garantice su bienestar.

Creemos que la nueva regulación de esta materia, a través de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, ha dado un mayor enfoque para tratar de evitar los embarazos no deseados, más allá de la estricta prohibición desde el Código Penal. Consideramos que se hace frente al problema desde un punto de vista más interdisciplinar ya que introduce la perspectiva de género, siguiendo el ejemplo de muchos países de Europa.

No se trata de una ley que simplemente permita la interrupción voluntaria del embarazo al libre albedrío. Sí que es cierto, que se garantiza el libre acceso a la interrupción del embarazo sin justificar ninguna causa durante las primeras 14 semanas,

La nueva regulación del delito de aborto en España.

pero aun así se tienen que cumplir una serie de requisitos, de los cuales si no se respetan, se derivaran una serie de medidas penales, de multa, inhabilitación, etc.

Sin duda, el punto más conflictivo se establece en torno a las mujeres de 16 y 17 años que deciden abortar, ya que al amparo de esta ley, la decisión depende exclusivamente de ellas, y solo se establece la obligación de informar a uno de sus representantes (salvo que esto de lugar a un grave conflicto para esta mujer). Ante la polémica que se ha desatado en torno a si con esta edad son suficientemente maduras para meditar esta decisión, o que tantas facilidades para acceder a un IVE, van a hacer que a estas edades se considere esta práctica, por así decirlo como un “método anticonceptivo”, no tenemos muy clara, una opinión al respecto. Se trata de una situación muy delicada, pero si tenemos en cuenta que se ha tomado como referencia la misma edad para decidir un IVE, que para cualquier otro tipo de intervención quirúrgica o para consentir un tratamiento médico, no creemos que este tan fuera de lugar esta decisión. Además, en cuanto a si las jóvenes van a recurrir sistemáticamente al aborto, creemos que esa afirmación, por lo general, está fuera de lugar, si tenemos en cuenta que un aborto se trata de una práctica sumamente traumática y de difícil afrontamiento para la gran mayoría de las mujeres.

En cualquier caso, nos parece esencial el enfoque preventivo que se pretende a través de la educación sexual y reproductiva, tratando de sensibilizar, sobre todo a los jóvenes, de la vivencia de una sexualidad segura. Se trata de promocionar una sexualidad en términos de igualdad y de corresponsabilidad, para así tratar de prevenir además de embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, etc.

También nos parece muy acertado el asesoramiento social que se le facilita a las mujeres que se plantean interrumpir su embarazo, ya que nuevamente, esto supone una garantía más para las personas que se vean en esta situación, poder tomar una decisión libre y meditada, conociendo todas las garantías como los riesgos de su decisión.

No vamos a negar que a pesar de todo, falten cosas por hacer. Hemos visto como la ley todavía dejar ciertos cabos sueltos, que han dado lugar a ciertos problemas de aplicación como ya hemos comentado antes, por ejemplo en el caso de la objeción de conciencia, el contenido informativo a las afectadas, etc. Aspectos que tenemos que

tener en cuenta, para que no se dé la discriminación en el acceso al servicio de la IVE, que precisamente se quería evitar.

Es importante tener en cuenta que la penalización del aborto no disminuye su práctica (ya que hemos comprobado que tiene lugar independientemente de su legalidad e ilegalidad), a lo que da lugar es al turismo abortivo y a la desigualdad social. El acceso al aborto seguro y legal, puede salvar la vida de muchas mujeres, así como facilitar su igualdad.

Permitir la interrupción del embarazo, creemos que supone regular el ejercicio de un derecho de la mujer, y con ello el respeto a su dignidad y a su desarrollo como persona. La regulación del aborto no entraña ninguna obligación para nadie, pero debemos ser tolerantes, y permitir que quien desee recurrir a ello pueda hacerlo de forma segura.

BIBLIOGRAFÍA

- 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.
- MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. “Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2009”
- CASTILLO R, GONZÁLEZ L. El aborto: problema fundamental de la bioética. Arch Med Fam. 2004; 6(2).
- GERARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ, *El aborto en España. Análisis de un proceso socio-político*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas-Madrid, Upco, 1992
- Dra. DIGNA MAYO ABAD. “Algunos aspectos históricos-sociales del aborto.” Rev Cubana Ostet Ginecol, vol.28, núm. 2 (2002). [Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”].
- Papa PIO XI, Encíclica: “Casti Connubii” de 31 de diciembre de 1930
- Dra. DIGNA MAYO ABAD. “Algunos aspectos históricos-sociales del aborto.” Rev. Cubana Ostet Ginecol, vol.28, núm. 2 (2002). [Facultad de Ciencias Médicas “Miguel Enríquez”].
- Papa PABLO VI: Encíclica “Humane Vitae” de 25 julio de 1968.
- Comunicado 14/05/2009. De la Federación de Mujeres Progresistas: "de una vez por todas se reconoce el derecho de las mujeres a decidir".
- SILVIA L. GAVIRIA A. “Aspectos Psicológicos y Psiquiátricos del aborto inducido”, núm.5 (2004).
- Estrategia Mundial de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. Año 2004.

- Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Párrafo 96.
- Programa de Acción de la CIPD. (Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo de Naciones Unidas). El Cairo, 1994.
- Resolución 1607 (2008)1 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.
- Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de enero de 2009, sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea 2004-2008 (2007/2145(INI))
- Proyecto de informe sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia. (2001/2128(INI)) Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades (Parlamento de la Unión Europea).
- LUIS GONZÁLEZ MORÁN, *De la bioética al bioderecho. Libertad, vida y muerte.* Dykinson, 2006.
- STOTLAND S.L. "Psychological Aspects of Induced abortion". Clin obst Gynecology; vol. 40, núm 3. 1997.
- GERARDO HERNANDEZ RODRIGUEZ: "Aborto y planificación familiar aspectos sociológicos". Revista del centro de investigaciones sociológicas. REIS 5/79.
- Dra. DIGNA MAYO ABAD. "Algunos aspectos históricos-sociales del aborto." Rev. Cubana Ostet Ginecol, vol.28, núm. 2 (2002). [Facultad de Ciencias Médicas "Miguel Enríquez"].
- CAMINO DELGADO, R y LÓPEZ GARCIA, G. *Obstetricia y Ginecología.* Ed. Ariel, 2004
- AMMER, C. *La Salud de la Mujer de la A a la Z.* Ed. Edaf, 2008
- BARAMBIO S. Finalización voluntaria del embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: técnicas, resultados, complicaciones. Aborto de segundo trimestre: técnicas, resultados, complicaciones en: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción Tomo I. Madrid: Ed. Panamericana; 2003.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

- LAMM, Eleonora Las restricciones de acceso a un aborto legal y seguro como violación de los derechos humanos de las mujeres. Mayo del 2008. <<http://hdl.handle.net/2445/11421>>
- VALDÉS, Margarita. “El problema del Aborto: tres enfoques. Cuestiones morales”. Editorial Trotta. Madrid. 1996.
- CAMINO DELGADO, R y LÓPEZ GARCIA, G. *Obstetricia y Ginecología*. Ed. Ariel, 2004.
- AMMER, C. *La Salud de la Mujer de la A a la Z*. Ed. Edaf, 2008.
- BARAMBIO S. Finalización voluntaria del embarazo. Aspectos legales. Aborto de primer trimestre: técnicas, resultados, complicaciones. Aborto de segundo trimestre: técnicas, resultados, complicaciones en: *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción Tomo I*. Madrid: Ed. Panamericana; 2003.
- RUBIALES TORREJÓN, Amparo. Conferencia: “*Evolución de la situación jurídica de la mujer en España*”. 31 de octubre, de 2003.
- “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.
- “El camino legislativo del Sistema contra la vida”, *Religiónenlibertad.com*. 21 Julio 2009
- “El voto del presidente del Tribunal Constitucional, García Pelayo, decidió el fallo contra la ley del aborto”, *El País*, 12 de abril de 1985.
- “El Consejo de Ministro debate mañana el cuarto supuesto del aborto”, *El País*, 6 de Julio de 1995.
- “El Congreso aprueba la ampliación del aborto con dos votos del PP y seis nacionalistas”, *El País*, 15 de Diciembre de 1995.
- “Aprobada la reforma de la ley que permite el aborto libre las primeras 14 semanas” *Diario ABC*, 27 de Septiembre del 2009.
- “El Consejo de Estado avala la ley del aborto”. *Público*. 17 de Septiembre del 2009.

- “La Ley del Aborto supera su primer trámite con el apoyo de siete partidos”, *El Mundo*, 26 de Septiembre del 2009.
- “Aprobada de forma definitiva y sin cambios la ley del aborto”, *El País*, 24 de Febrero del 2010.
- “El Rey ante la nueva ley del aborto”, *Eldia.es*, 11 de Marzo del 2010.
- VÁZQUEZ GARRANZO, Javier. 2010.” La nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo”. *A propósito de la Salud Sexual-Interrupción Voluntaria del Embarazo: cuatro estudios*. Derecho y Salud, volumen 20, núm. 2, Julio-Diciembre 2010.
- “Aído «estudiará» las anomalías en la aplicación de la ley del aborto”. *La Razón*. 15 Marzo 2011.
- “Madrid y Catalunya entorpecen la aplicación de la ley del aborto”. *Publico.es*. ,16 de Febrero del 2011.
- “La Comunidad Valenciana enseñará imágenes de abortos a las mujeres que lo soliciten antes de abortar”, *InfoCatólica.com*. 9 Julio del 2010.
- “Los sobres informativos del aborto son un caos automático”, *La Razón*. 6 Agosto del 2010.
- SÁNCHEZ CARO, Javier. “La objeción de conciencia sanitaria” en *A propósito de la Salud Sexual- Interrupción Voluntaria del Embarazo: cuatro estudios*. Derecho y Salud. Vol. 20 (2). Julio – diciembre 2010.
- Guía de objeción de conciencia sanitaria al aborto. Cómo afrontar deontológicamente la Ley Orgánica 2/ 2010 de Salud Sexual y Reproductiva.
- MARTÍN AYALA, María. “La objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo: Procedimiento para su ejercicio. Los registros objetores” en *A propósito de la Salud Sexual- Interrupción Voluntaria del Embarazo: cuatro estudios*. Derecho y Salud. Vol. 20 (2). Julio – diciembre 2010.
- “Los médicos piden una ley que les garantice la objeción de conciencia en el aborto”, *La Razón*, 2 de julio de 2010.

La nueva regulación del delito de aborto en España.

- Comunicado de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC. Madrid, 27 de Julio del 2010.
- ABELLÁN, F; ANTEQUERA VINAGRE, J.M.; GARCÍA GARCÍA, R.; LARIOS RISCO, D.; MARTÍN SÁNCHEZ, I.; SÁNCHEZ CARO, J.: *Libertad de Conciencia y Salud, guía de casos prácticos*. Ed. Comares, Granada 2008
- “El TC admite a trámite el recurso del PP contra la Ley del Aborto”, *ElConfidencial.com*, 30 junio del 2010.
- “El PP recurre la Ley del Aborto y pide paralizar la aplicación de nueve puntos”, *ElMundo.es*, 2 junio del 2010.
- Anuncio de presentación de recurso de amparo constitucional frente a la L.O. 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, *Centro Jurídico Tomás Moro*, 7 julio 2010.
- “El Tribunal Constitucional admite a trámite el recurso del PP contra la Ley del Aborto”, *El Imparcial*. 1 julio del 2010.
- “El PP recurre la Ley del Aborto”. *www.pp.es*. 1 junio 2010.
- ORTEGA PÉREZ, Pedro José. *Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Enero 2010
- MUÑOZ CUESTA, Francisco Javier, “*La nueva regulación del delito de aborto*”. *Revista Aranzadi*. Doctrinal Núm. 7/2010. Pamplona 2010.
- ALISTE SANTOS, Tomás Javier, “Tutela Judicial de la Libertad de conciencia de los profesionales sanitarios ante la cuestión del aborto, y su regulación en el derecho español”. *Diario la Ley* Núm. 7594. Sección Tribuna, 22 de Marzo del 2010.

Legislación consultada:

- Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo 2/2010 de 3 de marzo 2010
- Ministerio Sanidad y Consumo. BOE 3 julio 1986, núm. 158, [pág. 24219]

- RD 127/ 1984, de 11 de Enero.
- Código Penal Español
- Constitución Española de 1978
- RD 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales
- Conferencia Internacional de Ordenes Médicas de 6 de enero de 1987
- Anteproyecto de Ley Integral para la Igualdad de trato y no discriminación.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres

Resoluciones judiciales consultadas:

- Tribunal Supremo Sentencia Núm. 470/1998.
- AP Castellón. Sentencia núm. 31/2001, 19 Noviembre.
- AP Granada. Sentencia núm. 788/1998, 17 Noviembre.
- Tribunal Supremo. Sentencia núm. 1639/2000, 26 Octubre.
- AP Castellón. Sentencia núm. 31/2001, 19 Noviembre.
- AP Granada. Sentencia núm. 788/1998, 17 Noviembre.
- Tribunal Supremo. Sentencia núm. 1639/2000, 26 Octubre.
- AP Málaga. Sentencia Núm. 49/2002, 20 abril.
- Tribunal Constitucional. Sentencia Núm. 53/1985, de 11 de Abril

Recursos electrónicos utilizados:

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: www.msps.es
- www.noticias.juridicas.com
- Boletín oficial del Estado: www.boe.es
- Reportaje Projusticia: “Así se aborta en España”: www.youtube.com.
- Noticias jurídicas www.Wetslaw.es :
 - ✓ “Magistrado del TS pide al legislativo una reforma realista en del Código Penal que ataje la clandestinidad actual entorno al aborto”. 10 de Agosto del 2004.
 - ✓ “De nuevo, condenas por aborto en España”. 1 de Febrero de 1997.
 - ✓ “Condenada a pagar una multa de 360 euros una mujer por provocarse un aborto”. 26 de Marzo del 2009.
- Revista de Administración Sanitaria (Dinarte). www.dinarte.es/salud-mental
- Aranzadi: www.aranzadi.es
- Revista Sociológica de Pensamiento Crítico: www.intersticios.es
- Conferencia Episcopal Española: www.conferenciaepiscopal.es
- Asociación en defensa de la vida humana (Adevida): www.adevida.org
- Asociación de víctimas del aborto (AVA): www.vozvictimas.org
- www.nolomates.catholic.net
- www.esuntuenti.com
- www.vidahumana.org
- Federación de Mujeres progresistas: www.fmujeresprogresistas.org

Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género.

- Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura:
www.unesco.org/new/es/unesco
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales Observación General 14
<www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/5%20Observaciones%20generales/39.pdf>
- Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia (última reforma publicada DOF 28-01-2011) <www.equidad.scjn.gob.mx/img/pdf>
- CEDAW. www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm
- www.abortoinformacionmedica.es
- www.clinica-isadora.es
- www.abortoinformacionmedica.es
- www.enciclonet.com : <<http://aborto.cc/aborto-micronet.html>>
- www.abortoinformacionmedica.es
- Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo (ACAI): www.acaive.com

-Anexos-

Anexo: Tabla informativa sobre los diferentes sistemas de regulación del aborto en Europa. Naciones Unidas. 2002.

| Causas de legalización | <i>Riesgo para la vida de la mujer</i> | <i>Riesgo físico</i> | <i>Riesgo psíquico</i> | <i>Violación o incesto</i> | <i>Malformación fetal</i> | <i>Razones socio-económicas</i> | <i>Viable a petición de la mujer</i> |
|-------------------------------|--|----------------------|------------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| Albania | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí* |
| 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 |
| Azerbaiyán | 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 |

La nueva regulación del delito de aborto en España.

| | | | | | | | |
|------------------------|------|----|----|----|----|----|----|
| 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 | No | No | No | No | No | No | No |
| Islandia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Italia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Kazajstán | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Kirguizistán | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Letonia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Liechtenstein | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 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 | | No | No | No | No | No | No |
| Noruega | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Polonia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| 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** | No | No | No | No | No | No |
| Suecia | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |

Máster en Estudios Interdisciplinarios de Género.

| | | | | | | | |
|---------------------|----|----|----|----|----|----|----|
| Suiza | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Tayikistán | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Turkmenistán | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Ucrania | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |
| Uzbekistán | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí | Sí |

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

**La interpretación legal permite este motivo.

Fuente: "Abortion Policies: A Global Review", 2002. División de Población de Naciones Unidas.