

Area de Políticas Públicas, Sociales y Estado del Bienestar

# INFORMES DE LA FUNDACIÓN

---

2009  
ABRIL  
04

## Interrupción Voluntaria del Embarazo en España

LAURA ARROYO  
Directora del Observatorio Mujer, Trabajo y Sociedad  
Fundación 1º de Mayo



**Fundación 1º de Mayo** | Centro Sindical de Estudios  
C/ Arenal, 11. 28013 Madrid. Tel.: 913640601. Fax: 913640838  
[www.1mayo.ccoo.es](http://www.1mayo.ccoo.es) | [1mayo@1mayo.ccoo.es](mailto:1mayo@1mayo.ccoo.es)

Informes de la Fundación. ISSN 1989-4473

*“Es precisamente este respeto a la decisión de la mujer lo que hace del aborto un derecho y nunca una imposición, no obliga a nadie, pero quien legisla debe garantizar que quien decide abortar pueda realizarlo, y se debe excluir de las políticas públicas visiones confesionales que tratarían de imponer sus creencias incluso a aquellos que no comparten dichas convicciones”.*

**Justa Montero**

## **SOBRE LA OPORTUNIDAD DEL DEBATE SOBRE EL ABORTO**

En los últimos meses, y debido a la oportunidad de la modificación de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de Julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal en materia de aborto, se ha generado un gran debate político y social en torno a esta cuestión. Más de veinte años de vigencia de esta Ley hacen que se encuentre alejada de la realidad social, sexual y reproductiva de las mujeres españolas, sin olvidar la distancia en cuanto a su contenido con la mayoría de los países de la Unión Europea. Ambas cuestiones justifican su modificación.

El principal problema es el claro desconocimiento del hecho del aborto en España. Una realidad que no se aborda con claridad, ya que se entiende sensible al tener un gran contenido ideológico y moral, al “enfrentar” los derechos de las mujeres a la autonomía, a la sexualidad, a la reproducción,..., con valores morales (y religiosos) asociados a la maternidad y a la vida. Un debate que se sostiene en posiciones absolutamente enfrentadas que no comparten ni el planteamiento común inicial sobre el hecho a debatir y, por tanto, utilizan líneas argumentales “paralelas” que no se encontraran nunca. La dicotomía en la posición ante el aborto permanecerá tras el debate social y la modificación legislativa.

Con este trabajo pretendemos aportar alguna luz sobre el hecho del aborto en nuestro país, centrándonos especialmente en la situación de las adolescentes, con el objetivo de abordar con mayor claridad el debate de la modificación de la normativa que lo regula.

## **RECOMENDACIONES INTERNACIONALES Y EUROPEAS**

En el ámbito internacional, ya en 1994, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo, se incorporó el concepto de salud sexual y reproductiva de la siguiente manera “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la **libertad para decidir hacerlo o no hacerlo** cuándo y con qué frecuencia”. Este acuerdo fue ratificado por 179 Estados. En el Programa de Acción de dicha Conferencia, en el apartado 8.25 se insta a los gobiernos a garantizar que el aborto, siempre y cuando no sea contrario a la ley, se lleve a cabo en condiciones adecuadas, así como a asegurar servicios de planificación, educación y asesoramiento para la prevención de embarazos no deseados.

crito por el gobierno español, también estableció el derecho de las mujeres al **control sobre su sexualidad**, incluyendo salud sexual y reproductiva, y a decidir sobre las cuestiones relativas a esta sin discriminación o coerción.

España ha ratificado las conclusiones de, además de las anteriores, distintas Conferencias de Naciones Unidas donde se establecen derechos sexuales y reproductivos suscribiendo, por tanto, el compromiso de poner en marcha actuaciones encaminadas al cumplimiento de lo acordado: Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, 1993; y Cumbre Mundial sobre Derecho Social de Copenhague, 1995.

En 1999 el Comité CEDAW (Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer de Naciones Unidas) aprobó la Recomendación General 24 en la que se encomienda a los gobiernos a **modificar toda normativa que castigue el aborto** y que establezca medidas punitivas para las mujeres que se han sometido a ellos.

También en el marco de la Organización Mundial de la Salud se han abordado los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. En 2004 se alcanzó un Compromiso entre los países miembro, entre los que se encuentra España, para garantizar a las mujeres el acceso a los servicios de aborto seguro.

En el ámbito europeo se han alcanzado también acuerdos y compromisos en esta materia. En 2001 fue aprobada la Resolución sobre Salud Sexual y Reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128 (INI)) por el Parlamento Europeo. En ella se recomienda a los estados miembro que se abstengan de procesar a mujeres que hayan practicado un aborto ilegal. Además recomienda proteger la salud reproductiva y el derecho al aborto legal, seguro y accesible para todas las mujeres. Por último se establecen recomendaciones en materia de educación sexual de los y las jóvenes.

Posteriormente, en 2008, el Consejo de Europa firma una nueva Resolución (1607) instando a los gobiernos a la despenalización del aborto y a establecer mecanismos para garantizar el ejercicio del derecho al aborto de las mujeres. En el texto de la resolución se afirma que la prohibición del aborto no consigue reducir su número sino que conduce al incremento de abortos clandestinos y al aumento de la mortalidad maternal. Además se afirma el derecho de todo ser humano, incluidas las mujeres, al **respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo**, de manera que la elección última de recurrir o no a un aborto debe corresponder a la mujer.

En esta resolución se realiza una advertencia a países donde el aborto es ilegal, como Irlanda, Andorra y Malta, y **advierte al Estado Español sobre la inseguridad de su legislación actual**.

Ya en 2009, el 14 de Enero, el Parlamento Europeo aprueba una nueva Resolución en materia de educación sexual en la que se insta a los estados miembro a velar por el pleno ejercicio de los derechos de las mujeres y a establecer una educación e información sexual adecuada, a garantizar servicios de asesoramiento y a facilitar métodos anticonceptivos.

## LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE ABORTO

En los países europeos la legislación es variada. La mayoría han establecido normativas de plazo, entre las 10 y las 24 semanas, que permiten que las mujeres decidan sobre la interrupción del embarazo.

En España la normativa se sitúa por detrás de las recomendaciones que a nivel inter-

nacional y europeo se han mencionado y de las legislaciones de nuestros países vecinos, al tipificar el aborto como delito excepto bajo determinados supuestos.

La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, sanciona con penas de prisión o multa, tanto a quien produzca el aborto de una mujer con su consentimiento como a la propia mujer que interrumpe su embarazo, estableciendo tres supuestos de despenalización:

- Si existe grave peligro para la vida o salud física de la mujer, y siempre que personal médico distinto de quien practique el aborto lo acredite.
- Si el embarazo se ha producido por violación de la mujer y se practica dentro de las doce primeras semanas de gestación, siempre que exista denuncia.
- Si se presume que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas, siempre que se practique el aborto en las veintidós primeras semanas, y personal médico distinto de quien practique el aborto lo acredite.

En cualquiera de los casos anteriores, la Ley Orgánica establece requisitos para la práctica del aborto, al fijar que será practicado por profesionales médicos, o bajo su dirección, y en centro o establecimiento sanitario.

Evidentemente, la Ley establece la necesidad de que exista consentimiento expreso de la mujer embarazada pero su decisión estará siempre supeditada al dictamen médico.

La interrupción voluntaria del embarazo configura el tipo de delito previsto en el artículo 145 del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre) por el que se establecen penas de prisión de uno a tres años e inhabilitación para el ejercicio de profesión de uno a seis años para quién produzca el aborto de una mujer, aún con consentimiento, fuera de los supuestos establecidos por Ley.

Igualmente el artículo 145, en su apartado 2, pena con prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses, a las mujeres que interrumpen su embarazo fuera de los supuestos permitidos.

El desarrollo reglamentario de la Ley Orgánica 9/1985 ha sido escaso, limitandose a establecer los requisitos de los centros acreditados para la práctica y condiciones de los dictámenes preceptivos para la interrupción (RD 2409/1986, de 21 de enero), y regular el sistema estadístico y de información epidemiológica de las interrupciones (Orden de 16 de junio de 1986 y Resolución de 27 de julio de 2007, de la Secretaria General de Sanidad).

En nuestro país, por tanto, el aborto es un delito salvo en los tres supuestos mencionados y además la legislación otorga a terceros, profesionales de la medicina y jueces, la potestad de decidir sobre la validez de las razones que una mujer aduce para abortar, atentando claramente contra el derecho de autonomía de las mujeres. Es decir, las mujeres son meras demandantes de una prestación cuya autorización para llevarse a efecto corresponde a otras personas.

## **ALGUNOS DATOS SOBRE EL ABORTO EN ESPAÑA**

Según el informe *“Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007”* que elabora el Ministerio de Sanidad y Consumo, se interrumpieron en 2007 en nuestro país un total de **112.138** embarazos, un 108% más que en 1998, creciendo de forma progresiva en este periodo a una media del 8,5% anual.

Pese a la alerta social por el hecho del aborto en la adolescencia, únicamente el **13,6%** de las interrupciones realizadas en el año 2007 se realizan a **jóvenes de 19 años o menos**. Ciertamente es que la cifra de abortos en números absolutos en esta franja de edad es alarmante, **15.307**. Además, de estos, el 30% se concentra en mujeres de 16 y 17 años (4.641) y algo que reviste mayor gravedad es que un 7,4% de estos se realicen a menores de 15 años.

La tasa de interrupciones ha crecido en España desde 1998 a 2007 en **5,49** puntos, pasando de 6 abortos por cada 1.000 mujeres en 1998 a 11,5 en 2007. El crecimiento de la tasa ha sido paulatino año tras año, aunque se han producido mayores crecimientos en las tasas entre las menores de 30 años: en **8,1 puntos en mujeres de 19** y menos años, en 11,5 puntos en mujeres de entre 20 y 24 años, y en 8,2 puntos en mujeres de entre 25 y 29 años. Es además en estas edades donde la tasa de abortos es mayor, situándose por encima de la media.

**Tabla EV.1. I.V.E. Tasas por 1.000 mujeres de cada grupo de edad. 1998-2007. Total Nacional**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Total	6,00	6,52	7,14	7,66	8,46	8,77	8,94	9,60	10,62	11,49
19 y menos años	5,71	6,72	7,49	8,29	9,28	9,90	10,57	11,48	12,53	13,79
20-24 años	9,13	10,26	11,88	12,86	14,37	15,31	15,37	16,83	18,57	20,65
25-29 años	7,35	7,90	8,66	9,34	10,72	11,30	11,43	12,60	14,44	15,57
30-34 años	5,99	6,37	6,90	7,44	8,10	8,28	8,57	9,07	10,12	11,07
35-39 años	4,65	4,86	5,11	5,42	5,84	6,02	6,12	6,48	7,34	7,67
40 y más años	2,35	2,34	2,35	2,47	2,72	2,69	2,69	2,87	3,05	3,25

*Tabla extraída de "Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007". MSC*

En cuanto a las Comunidades Autónomas de Residencia de las mujeres que han interrumpido su embarazo, son cinco las que en 2007 presentan tasas por encima de la media: Madrid (16,0), Illes Balears (14,9), Murcia (14,8), Cataluña (14,3) y Aragón (11,9). Es además en tres de estas donde el crecimiento de la tasa desde el año 1998 ha sido también mayor. Así, en la Región de Murcia ha aumentado en 9,9 puntos, en la Comunidad de Madrid en 8,5 y en Cataluña 6,6 puntos.

En el resto de Comunidades Autónomas la tasa de IVE se sitúa por debajo de la media nacional, siendo en algunas regiones muy inferior, y se ha producido un crecimiento paralelo en los últimos años al de la tasa general de abortos en España.

En cuanto a la edad, más de la mitad de las jóvenes que interrumpieron su embarazo en 2007 (55,4%) son de tres Comunidades Autónomas de residencia: Andalucía, Cataluña y Madrid.

Destacar también que en dos regiones el porcentaje de mujeres de entre 15 y 19 años que interrumpen su embarazo es muy superior al que representan a nivel estatal. Así, en Illes Balears el porcentaje de jóvenes sobre el total de IVE en la región es del 25,6% y en Extremadura del 19,4%, siendo en el conjunto de España de 13,2%.

## PERFIL DE LAS MUJERES QUE INTERRUMPEN SU EMBARAZO EN ESPAÑA. 2007

### ESTADO CIVIL

En el año 2007, de las 112.138 mujeres que interrumpieron su embarazo, el 67,6% eran solteras. En los últimos años, desde 1998, el porcentaje de mujeres solteras que abortan tiene una evolución creciente, mientras que va disminuyendo el porcentaje de mujeres casadas.

Prácticamente la totalidad de las jóvenes de entre 15 y 19 años que interrumpieron su embarazo eran **solteras**.

### NIVEL DE INSTRUCCIÓN

El 81,8% de las mujeres que interrumpieron su embarazo en 2007 tenían estudios de primer y segundo grado (primer y segundo ciclo), un porcentaje muy similar (77,7%) al de 1998. En este período ha disminuido, de forma muy tímida, el porcentaje de mujeres universitarias que abortan.

En el caso de las jóvenes menores de 19 años la cifra de las que tienen **estudios de primer y segundo grado** es mayor, el 93,7%. Alarmar sobre el número de mujeres analfabetas o sin estudios de esta edad que interrumpen su embarazo ya que representan el 2,3%, cifra muy similar al del número de universitarias que suponen el 3,1% de las jóvenes que se han sometido a aborto en 2007.

### SITUACIÓN LABORAL

En 2007, el 62,9% de las mujeres que abortaron eran **asalariadas** y el 22,9% paradas o estudiantes. No es de extrañar, teniendo en cuenta el proceso de incorporación al empleo de las mujeres, que se haya producido un crecimiento significativo, de 13,7 puntos porcentuales, del número de asalariadas que interrumpen su embarazo.

### NÚMERO DE HIJOS QUE VIVEN ACTUALMENTE

En 2007, el 48,3% de las mujeres que interrumpieron el embarazo no tenían ningún hijo y el 25,3% tenían un hijo. En año 1998 el número de mujeres que tenían ningún hijo era 7,8 puntos mayor (56,09%), siendo inferior el de aquellas mujeres que tenían un hijo en el momento de interrumpir su embarazo (18,75%).

En el caso de las menores de 20 años que interrumpieron su embarazo no sorprende el hecho de que el **89,1%** de ellas no tuvieran en el momento **ningún hijo**, aunque si debería considerarse el hecho de que aquellas que tenían un hijo antes de los 19 años supongan un 10% de las jóvenes que abortaron en 2007.

### NÚMERO DE ABORTOS VOLUNTARIOS ANTERIORES

Con respecto al año 1998, ha aumentado en 5 puntos el porcentaje de mujeres que ha abortado en más de una ocasión, siendo en 2007 el 23% de las mujeres que interrumpen su embarazo. Es importante destacar que el 67,6% de las mujeres que en 2007 abortaron no lo habían hecho anteriormente, aunque debido a la ya larga vida de la Ley ha hecho disminuir este porcentaje con respecto a 1998 en 9,2 puntos.

Los datos por edad contraponen la idea que el aborto es considerado un “recurso anticonceptivo” por las jóvenes en España. Casi el **87%** de las menores de veinte años que interrumpieron su embarazo en 2007 **no habían tenido abortos anteriormente**.

## TIPO DE CENTRO DONDE SE PRODUCE LA INTERVENCIÓN

Pese a que el aborto bajo los tres supuestos conocidos es legal, en la mayoría de los centros públicos no se realizan interrupciones de embarazo. El 97,9% de las interrupciones en el año 2007 se practicaron en centros privados, ya fueran hospitalarios o extrahospitalarios. Porcentaje muy similar al del año 1998. Este porcentaje es ligeramente superior si consideramos la edad de las mujeres que interrumpieron su embarazo. Las menores de 19 años abortaron en **centros privados en el 98,8%** de los casos.

## SEMANAS DE GESTACIÓN

El 88,2% de las interrupciones en 2007, un 3% menos que en 1998, tuvieron lugar entre la primera y la duodécima semana de gestación, de las cuales el 62,8% se produjeron en las primeras ocho semanas.

Pese a los mayores problemas de acceso a la información y a los recursos de interrupción del embarazo de las adolescentes, el 85,9% de las menores de 20 años abortaron **antes de la duodécima semana** de gestación y el 57,3% antes de la octava semana.

## MOTIVO DE LA INTERRUPCIÓN

Prácticamente el total de las interrupciones del embarazo se producen bajo el supuesto de grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la mujer embarazada. En 2007 el 96,9% de los abortos se produjeron por este motivo, suponiendo únicamente el 2,9% las interrupciones motivadas por riesgo fetal. Los porcentajes según motivo de interrupción no han sufrido apenas modificaciones desde el año 1998.

En el caso de las mujeres jóvenes, casi la totalidad de las interrupciones realizadas en 2007, el **99,4%, se realizaron por peligro para la vida o salud de la joven.**

## UTILIZACIÓN DE CENTRO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Del total de mujeres que interrumpieron su embarazo en 2007, el 59,4% no utilizaron Centro de Planificación Familiar, pero de las que si acudieron a C.P.F. el 71% lo hicieron a un centro público.

Los porcentajes son mayores en el caso de las mujeres jóvenes, ya que el **67,5%** de las mujeres de entre 15 y 19 años que abortaron en 2007 **no habían acudido a C.P.F.**

## TIPO DE HÁBITAT

Son fundamentalmente mujeres que residen en grandes ciudades las que interrumpieron su embarazo en el año 2007. El 63,3% de las mujeres que abortaron, el 59,6% en el caso de jóvenes de 19 años o menos, residían en **ciudades de más de 50.000 habitantes o capitales de provincia** con población inferior.

Los datos publicados en el informe del Ministerio se elaboran a partir de datos recogidos a través de un cuestionario único que los centros que realizan interrupciones remiten a las distintas Consejerías de Sanidad, y estas a su vez al Ministerio de Trabajo. La información extraída se limita a caracterizar socio-demográficamente a las mujeres que interrumpen su embarazo y a reunir alguna información sobre los centros donde se realizan abortos. Por tanto, no permite conocer otros datos de carácter social, cultural y económico y que permitirían ahondar en cuestiones tan importantes para definir

el problema como los motivos que conducen a estas mujeres a interrumpir su embarazo (más allá del supuesto al que se acogen para hacerlo), las barreras económicas, culturales, sanitarias, etc., que encuentran para llevar a cabo la interrupción, etc.

Una aportación a estas informaciones no incluidas en el informe del Ministerio, se puede encontrar en el informe realizado por la Clínica Dator y la Fundación Mujeres publicado por la Fundación Sindical de Estudios en "*Políticas de Igualdad y Políticas de Discriminación*".

El informe pretende conocer situaciones de violencia de género en las mujeres que abortan y ofrece información sobre el tipo de relaciones íntimas que estas mujeres tienen y la actitud de los varones ante al hecho del embarazo.

Pese a que se asocia en muchas ocasiones el hecho del aborto a la falta de estabilidad en las relaciones de pareja y la promiscuidad en las relaciones sexuales, el estudio establece que la mayoría de las mujeres que interrumpen su embarazo tienen una relación superior a tres años.

Los datos que ofrece el informe sobre violencia encubierta en las relaciones de pareja son cuanto menos alarmantes. Así, de las mujeres que abortan y tienen relaciones estables, el 11,14% tuvieron miedo al comunicar el embarazo a su pareja. Sorprendentemente, aquellas que tenían una relación ocasional con su pareja, sintieron menos miedo al comunicarles su situación, el 6,6%.

Alerta el informe sobre la actitud de los varones ante el problema, ya que un alto número de ellos no asume la responsabilidad del embarazo y por tanto, la mujer debe afrontar sola las consecuencias del mismo. Casi la mitad de los varones, el 41,3% mostraron una actitud negativa al conocer el embarazo. En el caso de las relaciones estables el porcentaje es menor pero alto igualmente ya que el 22,3% mantuvieron actitudes negativas. Entre las parejas ocasionales la actitud más frecuente ante el conocimiento del embarazo es la indiferencia. Mostraron esta actitud el 31,1% de los varones con relación ocasional. Además, sufrieron amenazas de abandono al informar sobre el embarazo el 7,5% de las mujeres y tuvieron que afrontar dudas sobre la paternidad en el 15% de las relaciones estables y en el 18% de las ocasionales. Evidencia la soledad en la decisión de las mujeres, el hecho de que no fuera preguntada su opinión sobre que hacer ante el embarazo, en el 24,4% de las relaciones estables y en el 65,6% de las relaciones ocasionales.

La violencia encubierta, también explícita, y la coacción en las relaciones de pareja se muestran con evidencia en el informe, ya que el 24,4% de las mujeres con relación estable dicen sufrir coacción en sus relaciones sexuales, dándose estas coacciones en el 32,8% de las relaciones ocasionales. El modelo de relación, ocasional o estable, determina el tipo de argumentos. Así, los argumentos coactivos encubiertos en las relaciones de pareja son frecuentes en las relaciones estables (los utilizan el 49,3% de los varones), siendo los explícitos o evidentes los más utilizados en las relaciones ocasionales (50%).

La principal coacción que sufren las mujeres en sus relaciones sexuales, y que determina su situación ante la interrupción del embarazo, es la obligación de mantener relaciones sexuales sin preservativo que ocurre en el 31,3% de las relaciones estables. El porcentaje es aún mayor, del 55,7%, en el caso de mantener relación ocasional con su pareja.

Aducen que el argumento utilizado por los varones para ejercer esta coacción es el otorgar mayor prioridad al placer masculino y que supone un conflicto negarse a mantener la relación sexual sin preservativo (el 48,1% de las mujeres con relación estable).



Informes como el mencionado nos permiten situarnos ante el hecho del aborto con un conocimiento mayor ante los motivos que conducen a una mujer a interrumpir su embarazo. Sin embargo, seguimos encontrando grandes carencias en la información aportada por el Ministerio y pocos estudios relativos a esta realidad. Es necesario profundizar en el estudio de otras variables que condicionan la actitud de las mujeres ante la interrupción del embarazo, variables culturales, religiosas, económicas, etc., y atender en su descripción a la manera en que se establecen las relaciones de poder entre varones y mujeres en su ámbito, las estructuras familiares, el acceso a los recursos económicos, etc.

## **MÁS ALLÁ DE LOS DATOS: LA SITUACIÓN DEL ABORTO EN LA PRÁCTICA**

El hecho de que la normativa en España tipifique como delito el aborto no sujeto a los tres supuestos establecidos, sitúa a mujeres y profesionales ante una gran inseguridad jurídica.

Por una lado, no se otorga a las mujeres la capacidad de interpretar dichos supuestos al estar la decisión en manos de otras personas. Su decisión será sometida a dictámenes facultativos previos a la intervención y a juicios valorativos en distintos ámbitos, a los que la mujer debe acudir antes de ser sometida a la intervención.

También inseguridad jurídica para quienes deben emitir los dictámenes previos al hecho del aborto y que son requisito establecido por Ley, al no existir protocolos sobre la atención a la interrupción voluntaria del embarazo y no estar regulado el derecho a la objeción de conciencia, el personal sanitario se inhibe con frecuencia de emitir estos informes.

Las mujeres que “voluntariamente” deciden abortar deben hacer un largo y costoso recorrido. Como ya hemos comentado, el hecho de que la objeción de conciencia sea mayoritaria entre los y las profesionales de la sanidad, obliga a las mujeres a emprender una costosa búsqueda de centros y servicios donde se realicen informes facultativos para la interrupción del embarazo y posteriormente, de centros donde se practiquen abortos.

A este largo recorrido hay que sumarle la angustia para las mujeres que produce el hecho de que su decisión tenga límite temporal por los plazos establecidos.

Además, hay en España una gran falta de equidad territorial en la disponibilidad de servicios y centros donde se realizan abortos. Esto supone una patente desigualdad entre las mujeres que “desean” acceder a los mismos. Desigualdad en el acceso a la prestación que lleva a las mujeres a tener que desplazarse entre provincias y comunidades autónomas, con las consecuencias económicas que esto conlleva y que son también factor de desigualdad, especialmente para determinados colectivos con situaciones económicas desfavorables como son jóvenes e inmigrantes.

Pese a que el aborto es un acto sanitario no está incorporado en la cartera de servicios de la red sanitaria pública. Actualmente las Comunidades Autónomas tienen la capacidad de decidir si el ejercicio de este derecho se realiza en la red pública o en la red sanitaria concertada.

Existen Comunidades Autónomas donde no se presta asistencia al aborto de forma pública ni privada. Además, en cinco regiones (Castilla La Mancha, Castilla y León, Ex-

tremadura, Murcia y Navarra) no se realizan abortos en ningún centro u hospital público, al igual que en determinadas ciudades de otras Comunidades Autónomas. Como hemos comentado, el efecto de esta desigualdad territorial en el acceso a recursos es el peregrinaje de muchas mujeres.

### Distribución de centros que han notificado I.V.E. según Comunidad Autónoma y dependencia patrimonial. España 2007.

	CENTRO SANITARIO PÚBLICO	CENTRO SANITARIO PRIVADO
Andalucía	1	16
Aragón	1	2
Asturias	5	4
Canarias	4	4
Cantabria	1	-
Castilla y León	-	3
Castilla La Mancha	-	2
Cataluña	8	19
Euskadi	7	7
Extremadura	-	2
Galicia	1	3
Illes Balears	4	2
La Rioja	2	-
Madrid	3	7
Murcia	-	5
Navarra	-	-
Pais Valencia	10	14

*Fuente: "Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007". MSC*

Otra fuente que origina inequidades es la existencia de diferentes y variados sistemas de financiación autonómicos. Únicamente cinco regiones financian de forma completa, a través de clínicas concertadas, la interrupción del embarazo: Andalucía, Asturias, Galicia, Murcia y la Comunidad Valenciana. En algunos casos, como Aragón, si la prestación no puede realizarse en un centro público puede derivarse a centros privados, siendo financiados algunos casos.

Otros sistemas de financiación autonómicos son parciales, no cubriendo todo el gasto de la intervención o estableciendo porcentajes en función de características de las mujeres que la solicitan o del supuesto al que se acogen.

Por último, en algunas Comunidades Autonomas no se financia, al no existir centros privados, la interrupción del embarazo.

Cómo vemos, la realidad es que el sistema público sanitario no se hace cargo de esta prestación pero si se ocupa de la financiación de las interrupciones de embarazos a través de sistemas de concertación con clínicas privadas.

Así, solo el 2,1% de los abortos en 2007 se realizaron en la sanidad pública. Este hecho denota una gran falta de voluntad política ante la obligación de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres por parte de las administraciones sanitarias, Estatal y autonómicas.

Una segunda cuestión en relación al dato de que el 97,9% de los abortos ser realicen en centros privados. Como ya hemos comentado se producen desigualdades económicas en el acceso de las mujeres a esta prestación, derivadas, por un lado del necesario desplazamiento de muchas mujeres a otros territorios por no existir centros públicos ni privados donde se realicen abortos, y por otro lado del hecho del diferente coste de la interrupción en función de la existencia o no de financiación autonómica para abortar.

A la inequidad territorial en la garantía de servicios y centros donde se lleven a cabo abortos, hay que añadir las dificultades en el acceso a la prestación que genera la objeción de conciencia.

El derecho “a la libertad ideológica y religiosa” está reconocido en la Constitución Española (Art. 16.1) pero no regulada de ninguna manera. Es decir, no existe normativa específica en relación a la objeción de conciencia en materia de aborto. Únicamente es recogida en algunos Códigos Deontológicos.

De manera que los profesionales sanitarios, también farmacéuticos, pueden acogerse a ella en el caso de la interrupción del embarazo sin límite ninguno, incluso en función de las circunstancias, tanto personales como de la mujer que acude, y del momento en que sea solicitada.

La objeción de conciencia supone una obstrucción al derecho fundamental de las mujeres a interrumpir el embarazo, derecho que está amparado por la Ley, pero la normativa actual protege más la conciencia de los y las profesionales que el derecho de las mujeres a esta prestación sanitaria.

Las instituciones, a las que no es atribuible el derecho a la objeción de conciencia, tienen la obligación de garantizar la atención a las mujeres que solicitan esta prestación, y por tanto están llamadas a regular el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia para hacerlo compatible con el derecho de las mujeres a recibir esta prestación en la red pública.

Una última cuestión en relación a la escasa participación de la red sanitaria pública en los procesos de interrupción de embarazo es la falta de información de los trámites y la complejidad de los mismos. Las mujeres que deciden abortar acuden a clínicas privadas por la escasa información sobre los trámites que encuentran en los centros públicos y por la demora que supone lo complejo de los trámites para llevar a efecto la interrupción del embarazo dentro de los plazos establecidos.

## **LAS MUJERES JÓVENES Y EL ABORTO**

Las interrupciones de las menores de 19 años suponen el 13,6% del total de abortos en España.

El hecho de que 15.307 jóvenes hayan tenido que abortar el pasado año en nuestro país, y el número de embarazos no deseados, debe llevarnos a cuestionar la eficacia y orientación de las políticas públicas de prevención (educación sexual, anticoncepción, recursos sociosanitarios, etc.) en materia de sexualidad puestas en marchas.

La educación sexual está ausente en el currículo escolar y no forma parte de la oferta educativa de la mayoría de los centros. Con la reforma educativa del año 2006 y la aprobación de la Ley Orgánica de Educación, desaparecen de los textos legislativos en materia de educación cualquier referencia a la educación afectiva y sexual. Esta ausencia no ha sido cubierta tampoco por la polémica asignatura de “Educación para la Ciudadanía”

La educación integral en salud sexual y reproductiva es, según el Consejo de la Juventud de España, la mejor arma para reducir la tasa de embarazos no deseados y de abortos entre los y las jóvenes.

Se entiende que los y las jóvenes tienen en la actualidad acceso a muchísima información sexual, a través fundamentalmente de Internet y las nuevas tecnologías de la información, sin embargo esto no debe confundirse con la formación sexual que debe incluirse en los contenidos curriculares de la educación obligatoria.

Para abordar la sexualidad entre los jóvenes, es necesario partir de la comprensión de que las relaciones sexuales en esas edades son asumidas con naturalidad y forman parte de su vida cotidiana.

Según el Instituto de la Juventud de España, la edad media de la primera relación sexual se situó en los 16 años y diez meses. En los últimos cuatro años, la edad media se ha reducido en casi un año para ambos sexos.

Es en la adolescencia donde se comienza la experimentación sexual. Las relaciones sexuales representan una ruptura con la pubertad y un paso hacia la madurez, pero no son actos planificados. Se conciben como una fuente de placer, son espontáneas y no se asocian ni a la maternidad ni a las enfermedades, por tanto el uso de medidas de prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual, siendo mayoritaria, no es completa entre los y las jóvenes. A medida que disminuye la edad, el porcentaje de jóvenes que recurren a los anticonceptivos también disminuye.

**Tabla 2. Recurso a los anticonceptivos para prevenir los embarazos y protegerse del SIDA, según las edades, en el conjunto de jóvenes con experiencia sexual.**

	Para prevenir embarazos	Para protegerse del SIDA
En todo el grupo	88%	7%
Entre 15-17 años	78%	11%
Entre 18-20 años	84%	10%
Entre 21-24 años	87%	6%
Entre 25-29 años	90%	6%

*Fuente: Informe Juventud en España*

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades de transmisión sexual se encuentran entre las cinco primeras causas por las que se procuran servicios médicos. Estas tienen una incidencia mayoritaria entre las personas jóvenes (20-24 años) y especialmente entre las mujeres adolescentes. Además, la OMS advierte de que las edades de contagio son cada vez más tempranas.

ONUSIDA, organización de Naciones Unidas, remarcó que en 2007 se infectaron por el VIH, 2,7 millones de personas. De estas, casi la mitad, el 45%, fueron jóvenes de entre 15 y 24 años.

En la mayoría de los casos las transmisiones se producen por vía sexual lo que nos da una idea de la infratilización del uso del preservativo y otros métodos preventivos entre jóvenes.

La espontaneidad de las relaciones sexuales en los y las jóvenes, se une a las dificultades de acceso a métodos anticonceptivos. La Ley General de Sanidad, del año 1986, establece la asistencia contraceptiva a menores, sin embargo existen diferentes condicionantes que dificultan el acceso a la anticoncepción entre los jóvenes. Fundamentalmente factores sociales como la falta de información o las dificultades de acceso a centros sanitarios, pero también condicionantes económicos ya que son un colectivo con escasas fuentes económicas.

En relación a esto último, la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud incluye la asistencia en todos los métodos anticonceptivos. Sin embargo, la mayoría no reciben financiación pública al no estar incorporados al Registro de Fármacos. Únicamente, algunas Comunidades Autónomas tienen en marcha políticas en este sentido. Esto, como decimos, supone un mayor problema, precisamente para quienes tienen menos recursos, los y las jóvenes.

El método mayoritariamente empleado entre los y las jóvenes es el preservativo. Las personas jóvenes tienen mayor conocimiento sobre su utilidad, por el grupo de iguales y los medios de comunicación. Además es un recurso de mayor disponibilidad al encontrarse en farmacias, supermercados, lugares de ocio, etc., y tiene un menor precio.

Sin embargo, su utilización también encuentra dificultades al asociarse su empleo con la reducción de la sensibilidad, la pérdida de espontaneidad en la relación, la falta de confianza para negociar con la pareja y la vergüenza, etc.

En las relaciones sexuales de jóvenes también se establecen relaciones de poder que obstaculizan la utilización del preservativo. Se suele definir el placer en términos de satisfacción masculina lo que, en ocasiones, conduce a muchas mujeres jóvenes a aceptar tener relaciones sexuales sin preservativo, por temor a la desaprobación de sus compañeros y a la también aducida pérdida de confianza en la pareja.

La escasa utilización de métodos anticonceptivos y el mal empleo de los mismos, lleva a las jóvenes a recurrir con frecuencia a la píldora de emergencia. El 63% de las mujeres que utilizan la píldora postcoital son menores de 25 años.

La píldora de emergencia no puede interrumpir un embarazo en curso, no es una píldora abortiva. Pese a esto, requiera receta médica y únicamente en nueve Comunidades Autónomas se facilita directamente en centros u hospitales públicos. En el resto requiere receta médica y las usuarias deben pagar el importe íntegro.

Hay que considerar además, que la objeción de conciencia de sanitarios y farmacéuticos en recetar y proporcionar la píldora de emergencia es mayoritaria, lo que sumado a lo anterior hace muy complicado el acceso de mujeres jóvenes a este recurso.

La falta de información sobre la disponibilidad de la píldora y las barreras de acceso a centros de salud y planificación familiar aumentan los problemas de las jóvenes. En la mayoría de las regiones no existen recursos específicos en materia de salud sexual para jóvenes, y por tanto deben enfrentarse a profesionales que emiten juicios sobre sus conductas sexuales y anticonceptivos.

Debemos considerar que, la disminución de la edad media en el inicio de relaciones sexuales, y el gran número de barreras educativas, sociales, económicas... en el acceso de los y las jóvenes a la anticoncepción, son aspectos determinantes en el aumento de los embarazos no deseados y de abortos entre las jóvenes.

El porcentaje de embarazos no deseados ha pasado de de 9,9% en 2004 al 12,1% en 2008. Entre las menores de 17 años, la tasa de embarazos en adolescentes se ha duplicado en diez años: de 3,1 por mil en 1997 a 6,3 por mil en 2007.

En el año 2007, 2.764 mujeres menores de 20 años tuvieron algún hijo. Se considera que alrededor del 60-70%, según la Sociedad Española de Contracepción, de los embarazos en adolescentes no son deseados. Ante el hecho del embarazo la joven tiene dos alternativas, continuar con un embarazo no deseado o interrumpir su embarazo.

El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias biológicas, psicológicas, económicas, sociales... Supone en muchos casos abandono de los estudios, matrimonios precoces impuestos y que conducen a tener más hijos, y en la mayoría un gran impacto económico y el cambio rotundo de su estilo de vida.

En cuanto al aborto en jóvenes, recordamos que el según los datos del Ministerio de Sanidad referidos a 2007, el 13,6% de las interrupciones, 15.307, se realizan a jóvenes menores de 20 años.

Cuando hablamos de mujeres jóvenes, el acceso a la interrupción del embarazo encuentra mayores restricciones que las comentadas en general. Desconocen los trámites establecidos para abortar. En primer lugar, la gran mayoría no acude de forma previa a los centros de planificación familiar ni a centros públicos, sanitarios o no, donde obtener dicha información. Se dirigen en primer lugar a las clínicas privadas.

En segundo lugar, al tratarse de una intervención sanitaria que puede tener alguna complicación, en el caso de las menores de 18 años es necesaria la autorización paterna o materna, o de quien tutele a la menor. Debido a la inseguridad jurídica que conlleva el hecho de que el aborto sea tipificado como delito, las clínicas son estrictas con la normativa en el caso de las menores de edad.

Por lo tanto, las menores de edad deben dar a conocer su situación a sus padres para acceder a la interrupción. Exponerse a juicios y valoraciones sobre su vida sexual y afectiva, y lo que es más grave, debe someter su "decisión" sobre abortar a la legitimación de sus progenitores.

Por no mencionar, el caso de las menores tuteladas por gobiernos autonómicos, que en algunos casos han tenido que recurrir a las instituciones de defensa de menores, para hacer valer sus derechos en materia de interrupción del embarazo, al encontrar enormes resistencias para su autorización por parte de las instituciones que las tutelan.

¿Es legítimo que las menores, además de vivir las dificultades que en general existen para abortar bajo lo supuestos legales, deban asumir que no tienen autonomía y madurez para decidir sobre su maternidad, y por tanto una decisión relativa a lo más íntimo de sus vidas esté en manos de terceros?.

Antes de intentar responder a esta cuestión, es necesario reconocer el hecho de la sexualidad de los y las jóvenes y entender que el aborto entre las jóvenes es una realidad. Por razones prácticas, por tanto, es necesario abrir el debate sobre la capacidad y madurez de las jóvenes para decidir sobre este hecho.

Se entiende que alrededor de los doce años de edad se comienza a pensar en abstracto, se pueden establecer relaciones de causa-efecto, y prever las consecuencias de sus pro-

pios actos. Según un estudio publicado por la Sociedad Española de Contracepción, no existen diferencias en las habilidades cognitivas de una persona adulta y una adolescente entre los 14 y los 17 años.

Es amplio el margen de edad en el que se desarrollan estas habilidades, y por tanto no es fácil determinar los límites legales de la madurez, sin embargo si parece claro que es necesario atender al desarrollo y experiencia de la propia persona para determinar su capacidad para decidir de forma autónoma.

Además, la madurez depende no sólo de factores biológicos, sino que en su desarrollo intervienen variables psicológicas y sociales, como el entorno, la propia experiencia, etc., que es necesario también considerar. La socióloga Lourdes Gaitán lo explica así: “la noción que tenemos de la vida es diferente según la perspectiva de lo vivido y el porvenir, el discernimiento depende en buena medida de la experiencia”.

## LEGISLACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE MENORES

La mayoría de edad se fija en la normativa española en los 18 años. A partir de ese momento, los y las jóvenes tienen capacidad de obrar por sí mismos. Pero también existen excepciones en lo relativo a algunos derechos que rebajan esta capacidad a jóvenes de entre 14 y 18 años.

Un menor de 18 años no puede votar, no puede conducir, no puede consumir alcohol, no puede abrir una cuenta bancaria... Sin embargo, puede trabajar, ya que la educación es obligatoria hasta los 16 años. Con esa edad se puede elegir trabajar, es decir asumir la responsabilidad de firmar un contrato, pero también de arriesgar su propia salud e integridad física, a veces su vida, en el trabajo.

También en materia penal hay excepciones ya que desde el año 2000, los menores tienen responsabilidad penal desde los 14 años. Por tanto se entiende que a partir de esa edad son los únicos responsables de sus propios actos. Tienen madurez suficiente para afrontar las consecuencias de los actos que cometen.

En materia de sexualidad, el Código Civil establece en su artículo 162, que los menores tienen capacidad de decidir sobre los “actos relativos a los derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez pueda realizar por sí mismo”. Es decir, en aquello que se refiere a aspectos íntimos de su personalidad, entre los cuales se encuentra la sexualidad, los menores tienen autonomía para decidir.

Siguiendo con los derechos sexuales de los y las jóvenes, el Código Penal establece que las relaciones sexuales consentidas con adultos no son penadas desde los 13 años, y que pueden contraer matrimonio desde los 16, o desde los 14 si el juez lo dispensa.

La Ley sobre los Derechos del Paciente, del año 2002, también otorga preferencia a la voluntad del o de la menor en materia de intervenciones clínicas. Así, quienes tengan más de 16 años, o aún no alcanzado esa edad tengan capacidad intelectual y emocional suficientes, pueden someterse a intervenciones clínicas, aún implicando peligro grave para su vida. Con una excepción a la validez del consentimiento del menor, artículo 9 apartado 4, en el caso de interrupción voluntaria del embarazo. En este caso, es necesaria la mayoría de edad o el consentimiento paterno.

Por tanto, una menor de 18 años puede tener relaciones sexuales consentidas y contraer matrimonio. En definitiva puede ser madre sin limitaciones legales ninguna. Sin em-

bargo, el acceso a la interrupción del embarazo está limitado por la legislación sanitaria y penal, de manera que una menor no tiene autonomía para hacer frente a las consecuencias derivadas de su derecho a la sexualidad. No es fácil entender que una menor no pueda decidir sobre la interrupción de un embarazo que no desea y si pueda hacerlo sobre una intervención quirúrgica, por ejemplo sobre una operación estética, comporte o no riesgos graves para su vida.

No sorprende el hecho de que dos de las tres excepciones contenidas en la Ley de Autonomía del Paciente al derecho de los menores a decidir sobre intervenciones clínicas, tengan que ver con la capacidad reproductiva de las mujeres (interrupción del embarazo y fecundación asistida). Forma parte de la histórica negación a las mujeres de los derechos sobre su propio cuerpo y su vida, basada en una concepción tradicional de las relaciones de género y alimentada por fundamentos morales y religiosos.

Así lo explica Patricia Laurenzo, catedrática de Derecho Penal, refiriéndose a la polémica en torno a la propuesta de eliminar la excepción en materia de interrupción del embarazo entre los derechos de las menores: «la legislación española ha ido, en los últimos años, reconociendo más derechos a los menores de forma progresiva; los menores pueden decidir sobre sus intervenciones quirúrgicas desde hace siete años y nadie se ha escandalizado; la única explicación es que los problemas planteados son más de tipo moral que de la capacidad del menor».

## EL DEBATE SOBRE EL ABORTO

En el último año se han producido en nuestro país distintos acontecimientos que han promovido el debate sobre la necesidad de la reforma del Código Penal en materia de aborto. Por un lado, los grupos llamados “pro-vida” pusieron en marcha una campaña de denuncias contra las clínicas privadas aduciendo que en ellas se realizaban abortos ilegales y por otro lado, se inició un procedimiento penal en Cataluña contra profesionales de centros privados donde se realizan abortos, argumentando que se realizaban abortos de fetos de más de veintitrés semanas.

Del debate promovido sobre la inseguridad jurídica de la legislación en materia de aborto, y de la necesidad de atender a las recomendaciones internacionales y europeas en esta materia, surge la propuesta de crear una Subcomisión, en el seno del Congreso de los Diputados, que profundice en el estudio de la aplicación de esta legislación.

La propuesta de creación de la Subcomisión es iniciativa de Esquerra Republicana, Izquierda Unida, Iniciativa per Catalunya Verds y el Partido Socialista. En ella, además, han participado distintas organizaciones sociales e instituciones con opinión en la materia.

También, desde el Ministerio de Igualdad, se creó el pasado año un Comité de personas expertas, donde participaron personas del ámbito sanitario y jurídico de reconocido prestigio, y que presentaron un informe de conclusiones a la Ministra de Igualdad a inicios del mes de marzo.

La propuesta gira en torno a la elaboración de una nueva regulación de la interrupción del embarazo y la derogación del delito de aborto establecido en el Código Penal.

Despenalizar el aborto significa que este pase de ser un delito a ser un derecho, de manera que se eliminaría la actual inseguridad jurídica en su realización, tanto para las propias mujeres como para los y las profesionales que los llevan a cabo. Además de evitar la persecución de mujeres y profesionales sanitarios.



Se propone que la interrupción del embarazo sea una decisión que competa, únicamente y sin supervisión de terceros, a las mujeres dentro de un plazo determinado. El plazo en el que el aborto será libre para las mujeres estará a lo dispuesto en las recomendaciones internacionales y europeas en esta materia y en consonancia con la legislación de nuestros países vecinos.

Un sistema que se combine con plazos más amplios en los supuestos de grave riesgos para la salud o la vida de la embarazada y de malformaciones, anomalías físicas o psíquicas del feto o enfermedades incompatibles con la vida.

En un primer momento se ha planteado que durante las primeras 14 semanas de gestación las mujeres puedan decidir sobre la interrupción del embarazo libremente, y en el caso de los supuestos de riesgo para la embarazada o el feto, el plazo se amplie hasta las 22 semanas de gestación.

En relación al plazo establecido para el aborto libre decir, que si dicha medida no va acompañada de la eliminación de la multitud de barreras que encuentran las mujeres hasta llegar a interrumpir su embarazo, el margen para la decisión será estrecho. En cualquier caso, no parece adecuado limitar tanto el derecho a decidir de las mujeres sin tener en cuenta cuales son las razones que conducen a las estas a abortar.

En relación a los casos de riesgos para la salud o la vida del feto o la embarazada, distintas organizaciones han entendido que la propuesta para de 22 semanas es escasa. Así, la Organización Mundial de la Salud establece el concepto de viabilidad fetal en las 24 semanas de gestación y establece que en el caso de alteración fetal no debe existir límite de plazos.

Igualmente, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) establece que la viabilidad fetal se sitúa después de las 22 semanas. El periodo definitorio de aborto desde un punto de vista médico se establece entre las 22-24 semanas de gestación.

También el Observatorio de Bioética y Derecho de Barcelona ha fijado el comienzo de la vida propiamente humana alrededor de la semana 23 de gestación.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y que la ecografía de diagnóstico prenatal, según el protocolo de seguimiento obstétrico, se fija alrededor de las 22 semanas, consideramos que debería ampliarse el plazo del aborto bajo este supuesto más allá de la semana 24 de gestación.

Una segunda cuestión que plantea el informe, es mantener los requisitos que la ley vigente establece para que puedan realizarse interrupciones del embarazo. Estos son la necesidad de consentimiento expreso de la mujer embarazada, que sea realizado por profesionales sanitarios o bajo su supervisión, y que se lleven a cabo en centros públicos o privados acreditados.

Los datos conocidos sobre interrupciones del embarazo en España nos dicen que los abortos se producen mayoritariamente en centros privados. La prestación debe ser garantizada desde el Sistema de Salud Público y por tanto, es necesario poner en marcha centros y servicios públicos y eliminar barreras de acceso a la prestación y a la información.

Y se añade la propuesta de incorporar la necesidad de informar a las mujeres sobre las características de la intervención y sobre las alternativas, económicas y sociales, con las que cuenta en caso de continuar su embarazo. Esta información debe ser objetiva y neutra y proporcionarse con anterioridad al aborto.

El requisito de información previa a las mujeres supondrá un reto para las distintas ad-

ministraciones sanitarias y sociales. En cuanto a la información sobre la interrupción del embarazo, los centros públicos y los profesionales sanitarios de estos servicios tendrán que hacer un esfuerzo de formación en esta materia y de protocolarización de la misma. Además de regular la objeción de conciencia para garantizar el acceso a la información y la objetividad y neutralidad de la misma.

Un segundo esfuerzo de las administraciones será recapitular las distintas ayudas y servicios a disposición de las madres que quieran continuar sus embarazos, evaluar su eficacia y equidad, y rediseñar políticas o poner en marcha nuevas medidas que supongan, en realidad, una oportunidad para aquellas que quieran ser madres.

El informe concluye que es necesario suprimir la excepción a la práctica de la interrupción del embarazo de la Ley 41/2002. Se plantea reconocer a las jóvenes de 16 a 18 años la capacidad de decidir con autonomía e independencia sobre la interrupción de su embarazo, al igual que si se tratase de otra intervención clínica. De manera que se elimina el requisito de la autorización paternal o de quien tutorice a la menor para que se realicen abortos a menores.

En algunos países europeos la legislación en materia de interrupciones del embarazo no exige a las menores consentimiento parental.

Se ha argumentado en contra de esta propuesta basándose fundamentalmente en dos cuestiones. En primer lugar, sobre la madurez de estas jóvenes. Se pone en cuestión su capacidad para decidir sobre su maternidad, pero únicamente en lo relativo al aborto, ya que se entiende que son suficientemente maduras para ser madres.

Algunas organizaciones han defendido la medida. El Consejo de la Juventud de España se pronunció ante esta cuestión argumentando que “de la misma manera que con 16 años no es necesario permiso para casarse o para quedar embarazada, tampoco debe serlo para decidir no ser madre”.

En segundo lugar y contrario al derecho de autonomía de las menores, se ha dicho que esta medida pone en tela de juicio el papel de padres y madres en la educación y tutela de sus hijos e hijas.

El hecho de que el aborto sea legal y libre en las primeras semanas de gestación no obliga a las mujeres a interrumpir su embarazo. Se trata de garantizar el derecho a poder elegir sobre la maternidad. Igual ocurre con las menores de 18 años. La medida pretende que las menores elijan libremente, sin tutelas, si quieren o no ser madres. El papel de padres y madres es si cabe más importante en cuanto a la educación y tutela de sus hijas e hijos. La ley no excluye a quienes quieran ayudar a sus hijas, tanto a llevar adelante su maternidad como a interrumpir su embarazo, pero si evita que estos puedan imponer su decisión.

Por último, en relación a la prestación sanitaria, se establece en la propuesta la necesidad de clarificar el ejercicio de la objeción de conciencia entre los profesionales sanitarios, de manera que no pueda ser invocada en los centros públicos.

Cómo hemos comentado, la objeción de conciencia mayoritaria entre los y las profesionales sanitarios supone grandes barreras al ejercicio del derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo. Ha prevalecido, hasta ahora, el derecho a la objeción sobre el derecho de autonomía de las mujeres.

Considerar el aborto como una prestación socio-sanitaria, no como un delito, obliga a las autoridades sanitarias a garantizar su realización en centros públicos, pero también a establecer protocolos para la intervención, lo que debe repercutir en una disminución en la objeción de conciencia de los profesionales.

La propuesta plantea que se acompañen las medidas anteriores de políticas de carácter más amplio sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva y a la prevención de embarazos no deseados. Se establece la necesidad de incorporar la práctica del aborto en la formación obligatoria de profesionales de la medicina, promover la investigación y dignificar la prestación.

Se propone prestar, además, especial atención a la población joven poniendo en marcha servicios de orientación familiar para jóvenes, asegurando la información y acceso de jóvenes a métodos anticonceptivos, y garantizando la formación afectivo-sexual en los centros de enseñanza.

Al albor de la propuesta de modificación de la normativa, se han producido múltiples reacciones de organizaciones mal llamadas “pro-vida” y de la propia iglesia católica, calificando de descabellada la modificación de la ley y calificando de “asesinas” a las mujeres que interrumpen su embarazo y a quienes defiende el derecho a decidir de las mujeres.

Las organizaciones pro-vida, se atribuyen, en exclusiva, la defensa de la vida dejando al margen de ésta a aquellas que defienden la capacidad de elección de las mujeres, acusándolas de incentivar el aborto y ser contrarias a la maternidad.

La Iglesia, que legítimamente puede imponer a sus adeptos sus doctrinas, pretende intervenir en la actividad de quienes tienen el deber de legislar en un Estado definido como democrático, pluralista y laico. Así lo explica Enrique Gimbernat, en su artículo “*La secularización del derecho y el aborto*” publicado en el Observatorio de Género 2009 de la Fundación Sindical de Estudios, “*la iglesia es muy libre de definir qué conductas deben ser consideradas pecado, pero el argumento de que un óvulo fecundado es una persona sólo puede tener fuerza de convicción para los creyentes*”.

Han llegado incluso en estas últimas semanas a poner en marcha una intensa campaña contra la reforma de la ley del aborto, que desde el año 1985 venía regulando este derecho con la complacencia o el silencio de esta institución, que ha terminado con la propuesta de utilizar los actos celebrados durante la Semana Santa en distintas ciudades, para mostrar su opinión contraria a esta reforma. Nos preguntamos si cualquier otro grupo de personas estaría autorizado a manifestarse todos los días, incluso varias veces en un mismo día, de una semana para reivindicar o mostrar su posición ante cualquier cuestión, y además contaría con financiación pública para hacerlo.

Así las cosas, el proceso de modificación de la legislación en materia de aborto en nuestro país se presenta complejo, ya que cómo apuntábamos al inicio del informe, se trata de una materia sensible al ser necesario enfrentar para abordarlo dilemas morales y éticos, visiones religiosas, concepciones colectivas sobre el valor de la maternidad y la sexualidad, derechos de las mujeres, etc.

## A MODO DE CONCLUSIONES

La oportunidad de la reforma de la ley actual en materia de aborto en España responde a la distancia de la misma con las distintas normativas de países europeos y a la necesidad de atender a las recomendaciones que, a nivel internacional y europeo, han encomendado a despenalizar el aborto y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Se han producido grandes cambios a nivel social en nuestro país desde el año 1985, en

el que se regule el aborto y además tenemos información sobre la aplicación, tras más de veinte años de vigencia, de la Ley. Ambas cuestiones nos obligan a replantearnos la efectividad de lo establecido actualmente y a corregir aquellas cuestiones que son problemáticas en la aplicación de la normativa.

La actual regulación de la interrupción del embarazo establece el aborto como delito, excepto bajo tres supuestos. El contenido de la legislación es tan ambiguo que produce gran inseguridad jurídica entre mujeres y profesionales.

Además, la normativa supone una excesiva tutela sobre la autonomía de las mujeres. La decisión, por parte de las mujeres, de interrumpir el embarazo en ningún caso es voluntaria, ya que depende de la decisión de terceros para llevarse a cabo.

El aborto es una realidad bastante desconocida en nuestro país. Existen datos, elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, sobre el número de interrupciones realizadas, el número de centros, y las características socio-demográficas de las mujeres que se someten a abortos. Sin embargo, no se ha profundizado en las razones que conducen a estas mujeres a interrumpir su embarazo, más allá de los supuestos alegados para hacerlos posibles, ni en las dificultades de acceso a esta prestación, desigualdades sociales y económicas, eficacia de las políticas preventivas, etc.

Conocemos la gran inequidad territorial existente en esta materia y las desigualdades en materia de financiación autonómica, que suponen claras obstrucciones al derecho de las mujeres a acceder a esta prestación sanitaria.

Sabemos que diferentes cuestiones, como la falta de centros y servicios de información, la objeción de conciencia, la inexistencia de protocolos, etc., hacen de los trámites algo complejo y dilatado en el tiempo, dificultando igualmente la efectividad del derecho.

La realidad del aborto entre las mujeres jóvenes es innegable y también la mayor intensidad con la que viven las dificultades para interrumpir el embarazo.

Los datos de aborto entre jóvenes deben hacernos repensar la eficacia de las políticas de prevención de embarazos no deseados puestas en marcha, así como la urgencia de incorporar la educación afectiva y sexual en la enseñanza reglada y de crear centros y servicios de información específicos para este colectivo sobre métodos anticonceptivos.

La legislación española es restrictiva con respecto a la responsabilidad de los menores en algunas materias, entre las que se encuentra la interrupción del embarazo, y les otorga enormes responsabilidades en otras cuestiones como la sexualidad o la maternidad. Además es especialmente restrictiva con respecto a los derechos de las mujeres jóvenes. Los varones jóvenes no están llamados en ningún momento a asumir las consecuencias de su sexualidad. El debate no se plantea en torno a la madurez y autonomía de los varones para decidir sobre su paternidad. Sobre su decisión ante el hecho del embarazo no existen restricciones.

En relación a lo anterior, consideramos que la nueva regulación del aborto debe contener, al menos, las cuestiones siguientes:

- Eliminar el aborto como delito en el Código Penal. Mientras el aborto esté tipificado como delito continuará existiendo inseguridad jurídica para mujeres y profesionales.
- Incorporar la interrupción del embarazo como prestación sanitaria, garantizando su realización en la red sanitaria pública y su financiación.
- Establecer protocolos adecuados para la práctica del aborto, que otorguen garantías a los y las profesionales sanitarios, y proporcionar información específica so-

bre esta práctica en la formación dirigida a personal sanitario.

- Poner en marcha una red de recursos sociales y sanitarios que garanticen a las mujeres, antes, durante y después de la interrupción, información, apoyo y seguridad en el ejercicio del derecho.
- Regular el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario, haciéndolo compatible con el derecho de las mujeres y garantizando la efectividad de la prestación en todos los centros de la red sanitaria pública.
- Eliminar la excepción de la Ley de Autonomía del Paciente en materia de aborto, de manera que las mujeres de más de 16 años no requieran autorización paternal para acceder a la prestación.
- Poner en marcha recursos específicos para jóvenes en materia de salud sexual, donde encuentren información sobre métodos anticonceptivos y acceso gratuito a los mismos, incluida la píldora de emergencia.
- Elaborar políticas preventivas de embarazos no deseados dirigidas específicamente a jóvenes, que incluyan la normalización de la educación sexual en los centros educativos y la accesibilidad de éstos a centros y servicios de salud sexual y reproductiva. ♦