

Associació Asociación
SALUD Y FAMILIA

**IMPACTO DE UNA REFORMA LEGAL RESTRICTIVA
DEL ABORTO EN ESPAÑA
SOBRE LA SALUD PÚBLICA Y LOS DERECHOS BÁSICOS**

Barcelona

Septiembre 2014

Eppur si Mouve

Y sin embargo se mueve

Galileo Galilei, Roma, 1633.

Índice

- 1 Resumen ejecutivo.
- 2 Introducción.
- 3 Impacto de la reforma sobre la salud pública.
 - 3.1. La salud de las mujeres.
 - 3.2. La salud reproductiva y la prevención del aborto.
 - 3.3. Las víctimas de la violencia de pareja.
 - 3.4. La salud fetal, neonatal e infantil.
 - 3.5. Las oportunidades de vida para las adolescentes.
 - 3.6. Los grupos vulnerables de mujeres y familias.
 - 3.7. La pobreza infantil y familiar.
 - 3.8. Los servicios sanitarios.
- 4 Impacto de la reforma en los derechos básicos y en la igualdad efectiva.
- 5 Conclusiones
- 6 Referencias bibliográficas.
- 7 Tratados internacionales, principios constitucionales y leyes concernidas.
- 8 Declaraciones de sociedades científicas y de profesionales médicos.
- 9 Informes de organismos públicos.
- 10 Declaración de autoría.

1

Resumen ejecutivo

La presentación por el Ministerio de Justicia de un anteproyecto de *Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada* que, caso de aprobarse por el Congreso y el Senado de España, dejaría sin efecto la vigente *Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* ha motivado este Informe. Basándose en la evidencia científica disponible se analiza el impacto que dicha reforma legislativa tendría en la salud de las mujeres, en la salud fetal, neonatal e infantil, en la pobreza infantil y familiar, en los colectivos más vulnerables de mujeres y familias y en los propios servicios sanitarios. Asimismo, se analizan las consecuencias de la reforma en los derechos de las mujeres y de los/as niños/as y en la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

Este Informe se dirige a los legisladores que debatirán y resolverán el futuro de la reforma, a las organizaciones sociales y de mujeres y a los ciudadanos/as activos/as con objeto de contribuir a una comprensión en profundidad de las necesidades que deben resolverse, del alcance de las medidas a tomar y de sus consecuencias inmediatas y futuras. Para ello se ofrece información contrastada sobre el impacto de las restricciones en el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo, sobre los embarazos que prosiguen tras la denegación de un aborto y sobre los nacimientos no deseados.

ABORTO

En condiciones de legalidad, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros, siendo el riesgo de muerte materna catorce veces más elevado en un parto. El coste de realizar un aborto seguro es diez veces menor que el de tratar las consecuencias de un aborto inseguro. Las restricciones legales al acceso voluntario de las mujeres al aborto no reducen su incidencia ni lo hacen desaparecer, simplemente lo convierten en peligroso, pues más de la mitad de las mujeres que buscan un aborto recurrirán a métodos y proveedores clandestinos.

1

Resumen ejecutivo

El acceso al aborto legal y seguro proporciona una oportunidad vital para que las mujeres recurran a la anticoncepción con el fin de evitar abortos sucesivos. Los abortos de repetición solo pueden prevenirse mediante estrategias integradas de salud reproductiva que permiten ofrecer la anticoncepción apropiada en el momento más oportuno, esto es, durante el proceso de atención al aborto.

Una cuarta parte de las mujeres que buscan un aborto son víctimas de violencia de pareja y sufren limitaciones específicas en el proceso de decisión y búsqueda de un proveedor que acostumbran a llevar a cabo en secreto y sometidas a constricciones de tiempo, dinero y movilidad. Las barreras y obstáculos legales provocan que las mujeres maltratadas aborten en edades gestacionales más tardías y que, en muchos casos, acepten una maternidad impuesta con el consiguiente nacimiento de hijos/as no deseados/as cuya crianza transcurrirá en un entorno de violencia familiar.

EMBARAZO TRAS LA DENEGACIÓN DE UN ABORTO

Las mujeres que llevan a término un embarazo no deseado usan más tarde y con menos frecuencia los servicios de atención prenatal y acostumbran a sufrir síntomas de estrés de forma recurrente, factores ambos que inciden decisivamente en la salud fetal. Las situaciones de estrés crónico producen un aumento sostenido de los niveles de cortisol en la sangre materna que la barrera placentaria no puede inactivar y reducen el flujo sanguíneo placentario. Esta alteración biológica afecta desfavorablemente a la maduración de todos los órganos fetales y a la calidad de la vida fetal provocando efectos negativos a largo plazo en el desarrollo del lactante y del niño/a.

La denegación de un aborto por causa de malformación fetal desencadena una miriada de efectos indeseables para las familias afectadas y para los servicios sanitarios. Entre estos, cabe destacar la pérdida de funcionalidad social del diagnóstico prenatal, la pérdida de oportunidades de tratamiento ofrecidas por la

1

Resumen ejecutivo

medicina fetal, la imprescindible ampliación de los servicios de neonatología y neuropsiquiatría infantil y la carga impuesta de sufrimiento y desesperanza sobre las madres y las familias de los neonatos.

Las restricciones legales al acceso voluntario al aborto producirán un repunte de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil por causas tales como nacimientos prematuros, bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas. Los esfuerzos de los servicios sanitarios no podrán impedir esta deriva.

MATERNIDAD ADOLESCENTE

El riesgo de embarazo adolescente se concentra en los grupos sociales más vulnerables y desfavorecidos. A mayor desventaja socioeconómica, las adolescentes usan menos protección anticonceptiva y tienen menos motivación para evitar quedarse embarazadas. Las madres adolescentes tienen menos probabilidades de acabar los estudios secundarios, entrarán más tarde en el mercado laboral, registrarán menores tasas de actividad y sufrirán una pérdida notable de oportunidades de emparejamiento saludable.

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo elevado de sufrir incidentes de salud graves durante el embarazo, de tener partos prematuros y recién nacidos con bajo peso.

Los procedimientos legales de consentimiento parental no han probado su validez como instrumentos efectivos de protección de la menor porque justamente fracasan o son inviables en situaciones donde existe abuso y violencia familiar. Todas aquellas adolescentes consideradas inmaduras por las leyes restrictivas para decidir por sí mismas y para acceder voluntariamente a un aborto paradójicamente son consideradas como obligatoria e ineluctablemente maduras para proseguir el embarazo y tener una criatura.

1

Resumen ejecutivo

MUJERES EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD

Las mujeres inmigrantes, las mujeres con renta baja, las adolescentes y las jóvenes son consideradas internacionalmente colectivos de especial vulnerabilidad en los ámbitos de salud reproductiva y materno-infantil. La vulnerabilidad social es uno de los vectores más influyentes para una salud reproductiva dañada o de baja calidad. El círculo de la precariedad en salud reproductiva se alimenta a través de los déficits de accesibilidad y disponibilidad de atención contraceptiva que refuerzan el recurso al aborto; a su vez, la ausencia de una oferta contraceptiva efectiva inmediatamente posterior al aborto deja el camino libre a sucesivos embarazos no deseados y a los consiguientes abortos de repetición.

Las restricciones legales al acceso voluntario al aborto tendrán un impacto marcadamente inequitativo y la discriminación en el acceso a los servicios de aborto se concentrará especialmente en los grupos vulnerables de mujeres.

POBREZA INFANTIL

Desde el inicio de la crisis, la pobreza en la infancia ha crecido a un ritmo más rápido y elevado que la del total de la población. Los/as niños/as son actualmente el grupo de edad más pobre. En un contexto expansivo de pobreza infantil y familiar las restricciones legales al acceso de las mujeres al aborto voluntario contribuirán a:

- Aumentar el riesgo de caer en la pobreza de las madres y familias que se encuentren cerca del umbral y se vean constreñidas a proseguir un embarazo no deseado.
- Intensificar la desprotección de los menores ya nacidos frente a la pobreza pues es precisamente entre las familias de los que menos son y tienen que la obtención de un aborto tiene más probabilidades de ser un proceso intrincado y fallido.
- Cronificar los efectos adversos en el desarrollo infantil temprano entre los/as niños/as nacidos fruto de una maternidad impuesta pues los retrasos en el

1

Resumen ejecutivo

desarrollo infantil y las discapacidades precisan de intervenciones precoces y duraderas de las que quedan excluidas las familias más pobres.

SERVICIOS SANITARIOS

El aborto no tiene lugar en la punta de un alfiler sino que está inextricablemente entrelazado con la salud reproductiva y la salud materno-infantil. Por eso, las restricciones legales al aborto voluntario producirán disfuncionalidades muy significativas en los servicios sanitarios tales como:

- Hipermovilidad de mujeres gestantes a la búsqueda de un proveedor de aborto desplazándose las mujeres con más recursos a los países de nuestro entorno que cuentan con regulaciones abiertas.
- Incremento del coste directo del aborto legal realizado en España.
- Reaparición de proveedores clandestinos y mayor frecuentación a los servicios de urgencias.
- Inmovilización de capacidades médicas y tecnológicas en equipamientos sanitarios ya instalados sobre todo en los ámbitos del diagnóstico prenatal y la medicina fetal.
- Distorsión de la función sanitaria de los profesionales de la medicina, principalmente de obstetras y psiquiatras.
- Disminución drástica de la conectividad entre los servicios de salud reproductiva y de salud materno-infantil.
- Pérdida de información sanitaria poblacional equivalente a un apagón científico en materia de salud sexual y reproductiva.
- Aumento improductivo del gasto sanitario en los ámbitos de salud reproductiva y materno-infantil.

En su conjunto el sistema sanitario resultará más ineficaz, incoherente, costoso, inequitativo e inseguro para canalizar y resolver las necesidades de salud reproductiva y de salud materno-infantil.

1

Resumen ejecutivo

DERECHOS BÁSICOS

La ponderación de la protección de la vida en formación como bien jurídico y del reconocimiento de las mujeres como sujetos autónomos con plena capacidad de decisión no puede resolverse considerando a éstas últimas sujetos heterónomos, esto es, sujetos sobre los que deciden otros que se abrogan o se les otorga capacidad y legitimidad para hacer tal cosa. Este enfoque supone una negación instrumental de la dignidad humana de las mujeres y un abuso de sus capacidades reproductivas. Y, en cualquier caso, el derecho a la vida y a la integridad de una persona ya nacida no puede equiparse al del no nacido, aunque éste merezca protección.

La negación o el rechazo de acceso a procedimientos médicos que solo las mujeres requieren, como es el caso del aborto, constituye discriminación de género y una vulneración del derecho fundamental a obtener una atención de salud segura y digna. La discriminación suele ir acompañada de la exaltación de las mujeres como víctimas necesitadas de una especial condescendencia y tutela que las libere del peso de la libertad y de la consiguiente toma de decisiones sobre sus vidas. En este sentido, establecer la doble tutela profesional para una decisión como la maternidad pone de manifiesto la consideración que se tiene de las mujeres como menores de edad inmaduras.

El cumplimiento de los derechos fundamentales de los/as niños/as a la vida y al desarrollo pleno de sus potencialidades se debilita con las restricciones legales al acceso de las mujeres al aborto voluntario. La ocurrencia de nacimientos no deseados aumenta el riesgo de caer en la pobreza entre las madres y familias con bajos ingresos, intensifica la desprotección de los menores ya nacidos frente a la pobreza y cronifica los retrasos en el desarrollo infantil temprano de los/as niños/as que son fruto de una maternidad impuesta.

1

Resumen ejecutivo

IGUALDAD EFECTIVA

El derecho de las mujeres a una igualdad efectiva respecto a los varones exige que no estén expuestas a déficits y/o riesgos diferenciales que sean evitables. La falta de autocontrol sobre la vida reproductiva daña de forma muy severa el derecho de las mujeres a la autodeterminación pues las incapacita para perseguir oportunidades y metas personales, sociales, económicas y espirituales en consonancia con la vida que ellas valoran.

Las mujeres vulnerables que se desenvuelven en entornos de oportunidades limitadas marcados por la desigualdad son las que sufrirán las peores consecuencias de la restricción de elecciones reproductivas. Así, las adolescentes, las jóvenes y las mujeres con bajos ingresos verán significativamente disminuidas sus posibilidades de cualificación profesional, inserción laboral y planificación familiar.

CONCLUSIONES

En la sociedad española, el inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas y el abandono de las pautas fatalistas de fecundidad exponen a mujeres y hombres a una mayor necesidad de regulación de la fecundidad y a tener que afrontar embarazos no deseados en el curso de la vida fértil. La respuesta a esta necesidad debería ser integradora, evolutiva y equitativa de tal modo que se consiguiera:

- Proporcionar una atención de salud reproductiva y aborto amplia e interconectada removiendo las barreras de todo tipo que impiden acceder a tiempo a los servicios sanitarios.
- Dar prioridad a la satisfacción de las necesidades específicas de los grupos de mujeres y de familias más vulnerables y, por tanto, más perjudicadas por una eventual privación de derechos y atención.

1

Resumen ejecutivo

- Desarrollar y mantener leyes y regulaciones en materia de aborto y salud reproductiva que respondan y garanticen la satisfacción de las necesidades de salud y se adecuen a la evolución de los hábitos sexuales y reproductivos de la sociedad española.
- Abrir nuevas posibilidades de desarrollo e innovación en la evaluación de necesidades y en la prestación de servicios.

Para perseguir y lograr estas metas es necesario un marco legal no coactivo de la interrupción voluntaria del embarazo que cumpla con las recomendaciones de los organismos internacionales y confluya con las legislaciones de los países vecinos que presentan realidades socioculturales afines. Se precisa una legislación ponderada, poco intervencionista, respetuosa con el pluralismo de creencias e ideologías de la sociedad española y cuya función principal sea ofrecer seguridad y garantías jurídicas a las mujeres y los profesionales sanitarios.

En el contexto social y sanitario actual, una eventual restricción legal del acceso de las mujeres al aborto voluntario sería disonante con las necesidades de salud de las mujeres y las familias y se sumaría a la paralización que sufren las políticas públicas de salud reproductiva y a la nula protección social de la maternidad exacerbando la privación en que viven multitud de madres, niños/as y familias.

2

Introducción

La presentación por el Ministerio de Justicia de un anteproyecto de *Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada* que, caso de aprobarse por el Congreso y el Senado de España, dejaría sin efecto la vigente *Ley Orgánica 2/2010 de 3 de Marzo de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* ha llevado a las autoras y a la Asociación Salud y Familia a formular el conjunto de consideraciones que se recogen en este Informe. Basándose en la evidencia científica disponible, el Informe analiza el impacto que dicha reforma legislativa tendría en la salud de las mujeres, en la salud fetal, neonatal e infantil, en la pobreza infantil y familiar, en los colectivos más vulnerables de mujeres y familias y en los propios servicios sanitarios. Asimismo, se analizan las consecuencias de la reforma en los derechos de las mujeres y de las niñas y niños y en la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

En la exposición de motivos del anteproyecto, el Ministerio de Justicia afirma que *“El Estado tiene la obligación de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que, dado su carácter de valor fundamental, incluya también, como última garantía, normas penales”* y por otra parte cita la doctrina constitucional española según la cual la protección de la vida del concebido y no nacido no tiene un carácter absoluto y está indisolublemente relacionada con el respeto y la promoción de la vida, la salud y la dignidad de las mujeres.

Partiendo de la doctrina constitucional, el Ministerio *interpreta* que la combinación de la protección de la vida del concebido y no nacido y de la protección y promoción de la vida, la salud y la dignidad de las mujeres debe hacerse de forma pormenorizada en función de los supuestos y las circunstancias que concurren en caso de conflicto excepcional entre ambos derechos y bienes y que, por ello, debe articular en el Código Penal un régimen de límites para la despenalización del aborto.

Los ejes argumentales del Ministerio de Justicia son: a) la ley no puede proporcionar

2

Introducción

una medida objetiva y única que resulte aplicable a todos los casos y las situaciones de conflicto por igual y, por ello, debe acreditarse cada situación de forma suficiente, “sin que quede espacio para la duda”, b) la ley no admitirá como forma de acreditación de la situación de conflicto entre derechos y bienes fundamentales el simple testimonio de la mujer sino que se precisará el *dictamen de dos médicos* de la especialidad concernida por el problema de salud de la embarazada, c) la ley acotará los supuestos despenalizados del aborto a: las situaciones de *grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada*, entendiendo por tales aquellas que produzcan un menoscabo importante a su salud, con permanencia o duración en el tiempo y que se produzcan antes de las veintidós semanas de gestación; el embarazo consecuencia de una *violación* denunciada hasta las doce semanas de gestación; cuando el feto sufra una *malformación fetal incompatible con la vida* se podría abortar si, como resultado de la anomalía fetal, la madre enfermase mentalmente y así lo certificase un médico, d) la mujer embarazada debe expresar su voluntad y dar su consentimiento al aborto pero el ejercicio de estas facultades requiere de una madurez que no puede ser presumida en el *caso de las menores de edad*, por lo que se requerirá el *consentimiento de los padres o tutores* para las menores de 16 años y el *asentimiento* de los mismos para las que cuenten entre 16 y 18 años, e) la embarazada solicitante de una interrupción de embarazo deberá recibir un *asesoramiento previo y obligatorio* y mediará un plazo de, al menos, *siete días* entre el asesoramiento asistencial y la prestación del consentimiento expreso de la mujer al aborto. En el proceso de asesoramiento podrán participar otras personas tales como el otro progenitor o parientes próximos, en la medida que la mujer lo acepte de forma expresa o tácita.

Las características someramente expuestas de la reforma legislativa de la interrupción voluntaria del embarazo propuesta por el Ministerio de Justicia dibujan un *escenario de indicaciones estrictas y requisitos ampliamente dispersos*, repartidos entre diferentes ámbitos profesionales tales como los servicios sanitarios, los servicios sociales y la administración de justicia que en conjunto supondrán un

2

Introducción

variado conjunto de obstáculos y barreras para el acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo. *Las restricciones legales al acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo socavan el bien común a proteger que no es otro que la maternidad responsable* y su impacto se contagiará de un ámbito a otro –de las mujeres embarazadas a sus familias e hijas/os, pasando por los servicios sanitarios y llegando al conjunto de la sociedad- produciendo todo tipo de ramificaciones insidiosas y efectos en cascada difíciles de controlar y menos aún de frenar o impedir.

La Asociación Salud y Familia y las autoras parten de la premisa de que en un Estado democrático y de derecho los decisores políticos tienen plena responsabilidad personal por las consecuencias, tanto positivas como negativas, de sus comportamientos públicos. Y si en el caso que nos ocupa, la voluntad del gobierno y de los legisladores que debatirán y resolverán sobre el futuro de la reforma es adoptar una *configuración pública más racional y humana que favorezca la maternidad responsable*, ante todo deben comprender en profundidad las necesidades que se deben resolver, el alcance de las medidas a tomar y sus consecuencias inmediatas y futuras. Por eso, el objetivo de este Informe es ofrecer a los decisores políticos, a las organizaciones sociales y de mujeres y a los/as ciudadanos/as activos/as, *información científica contrastada sobre las consecuencias de las restricciones* en el acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, de los embarazos que prosiguen tras la denegación de un aborto y de los nacimientos no deseados.

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

En condiciones de legalidad, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros (en 2012 se produjeron 0,2 muertes maternas por 100.000 abortos en USA) pues, de hecho, el riesgo de muerte materna es catorce veces más elevado en un parto que en un aborto (en 2012 se produjeron 8,8 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en USA). En España, las tasas de mortalidad materna que incluyen las muertes asociadas al embarazo y el parto y hasta 42 días después de un aborto fueron de 6 mujeres fallecidas por 100.000 nacidos vivos en 2008, lo que nos sitúa en el grupo de países que consiguen mejores resultados en este ámbito. Así pues, *cuando la práctica del aborto tiene una cobertura legal amplia y existen servicios sanitarios disponibles, accesibles y seguros, la probabilidad de que una mujer muera o sea lesionada es insignificante.*

En España la tasa general de aborto fue de 11,49 en 2010 y de 12,01 en 2012 lo que nos sitúa en el grupo de países con tasas intermedias, considerándose tasas muy bajas las que se sitúan por debajo de 9 y tendencialmente elevadas las que están por encima de 18. A veces se promueven leyes restrictivas en la creencia de que un marco legal desfavorable disminuirá el recurso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo. De hecho, la relación causal es la opuesta: en Europa Occidental (2008) donde el aborto goza de una cobertura legal amplia en la mayoría de los países, las tasas son significativamente más bajas (12 abortos por 100.000 mujeres) que en América Latina y Caribe (32 abortos por 100.000 mujeres) y África (29 abortos por 100.000 mujeres) donde predominan regulaciones restrictivas. Esto se explica porque en los países con leyes de aborto abiertas el acceso a la anticoncepción es mejor pues se acostumbran a desarrollar políticas integrales de salud sexual y reproductiva complementariamente a las medidas que facilitan el acceso al aborto.

La evidencia internacional muestra que las *restricciones legales al acceso voluntario de las mujeres al aborto* no reducen su incidencia ni lo hacen desaparecer, simplemente lo convierten en peligroso, pues más de la mitad de las mujeres que buscan un aborto recurrirán a métodos y proveedores clandestinos que no están

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

sometidos a ningún tipo de control sanitario. En contextos legales restrictivos, incluso abortos considerados de bajo riesgo exponen a las mujeres a múltiples complicaciones y retrasan la búsqueda de atención sanitaria para las propias complicaciones. En países donde el aborto solo está permitido bajo indicaciones estrictas muchas mujeres son hospitalizadas cada año con serias complicaciones derivadas de abortos inseguros tales como aborto incompleto, fiebre alta, hemorragias, infecciones del tracto reproductivo, peritonitis y perforación uterina. El aborto inseguro es uno de los factores que más contribuye a mantener niveles persistentemente elevados de mortalidad materna, lesiones crónicas e infertilidad. Asimismo, *el coste de realizar un aborto seguro es diez veces menor que el de tratar las consecuencias de un aborto inseguro*. Por tanto, si en España la provisión de servicios de aborto viera afectada su seguridad y/o calidad con motivo de interpretaciones legales confusas, prolijas y/o restrictivas deberá tenerse muy presente el impacto familiar, social y económico que supondrá el aumento de las muertes maternas e infantiles y de la carga de enfermedad femenina e infantil a corto, medio y largo plazo.

3.1. La salud de las mujeres

La práctica legal del aborto ha suscitado algunas preocupaciones significativas como son conocer las consecuencias del aborto inducido y de la denegación del mismo para la salud mental de las mujeres, los riesgos asociados al aborto durante el segundo trimestre de gestación y las relaciones causales entre aborto y violencia de pareja.

La evidencia científica muestra de forma persistente y abrumadora que *las mujeres adultas que se enfrentan a un embarazo no deseado corren los mismos riesgos para su salud mental tanto si abortan durante el primer trimestre de gestación como si llevan a término el embarazo*. En caso de aborto, las respuestas psicológicas inmediatas más habituales son alivio y deseo de futuros hijos combinado en un 20% de los casos con cambios ligeros y reversibles en el estado de ánimo frente a una

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

ocurrencia del 70% de este tipo de síntomas con posterioridad a un parto. Dada la variedad de orígenes culturales y procedencias sociales de las mujeres que recurren al aborto, los esfuerzos de la investigación científica se han centrado en identificar los predictores comunes de una peor respuesta psicológica, siendo los más destacables:

- a. presentar desajustes de salud mental previos al aborto y/o,
- b. tener un conflicto con el aborto que incluye situaciones tales como sufrir coerción, padecer retrasos en la búsqueda de atención, vivir en un entorno estigmatizador, tener un conflicto moral y/o carecer de apoyo social a la decisión.

Cuando las mujeres abortan tardíamente debido a la existencia de daños fetales se suelen presentar reacciones psicológicas negativas equivalentes a las de quienes sufren abortos espontáneos tardíos o alumbran un recién nacido muerto. Aún así, las reacciones negativas a esta situación son menores a las de las madres con recién nacidos que padecen daños muy severos o incompatibles con la vida.

La denegación de un aborto tiene efectos psicológicos a corto y medio plazo en la vida de las mujeres: los síntomas de estrés acostumbran a estar presentes de forma recurrente a lo largo del embarazo, el futuro hijo/a se percibe como una carga y el ajuste emocional con la situación sobrevenida es largo y difícil, superando a menudo el momento del nacimiento de la criatura.

En los países desarrollados, los abortos que se producen durante el primer trimestre de gestación suponen una amplísima mayoría aunque se observa una fracción (en España 9,77% de los abortos en 2012 y 12% como media en países de nuestro entorno) prácticamente invariable a lo largo de los años de abortos inducidos después de las trece semanas de gestación. El aborto durante el segundo trimestre de gestación continua siendo un procedimiento médico seguro con un riesgo de mortalidad materna inferior al del parto pero por cada semana adicional después de la decimotercera semana de gestación, el riesgo relativo de mortalidad materna sufre

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

un incremento del 38%. Por ello, las autoridades sanitarias exigen una acreditación específica a los proveedores para llevar a cabo este tipo de procedimiento. Los motivos para buscar un aborto durante el segundo trimestre de gestación acostumbran a ser diagnósticos médicos desfavorables para la salud materna y daños fetales. *Las mujeres vulnerables y en desventaja tienen una presencia significativamente elevada en el colectivo que recurre al aborto tardío.*

Los sistemas legales que prevén requerimientos administrativos múltiples con anterioridad al aborto tales como asesoramiento obligatorio y no solicitado, periodos de espera y falta de garantías de privacidad provocan un desplazamiento del aborto a edades gestacionales más avanzadas, alimentan el estigma y su impacto negativo en la salud mental de las mujeres y disminuyen la seguridad jurídica de los profesionales que participan en el proceso, especialmente la de los profesionales sanitarios. Si, en España, el marco legal instituyera barreras específicas para obtener un aborto seguro y legal durante el segundo trimestre de gestación, los riesgos para la vida y la seguridad física de las mujeres se multiplicarían, sobre todo para las peor situadas en la escala social. *Un sistema legal que ampare la vida y la salud de las mujeres y promueva la maternidad responsable debe permitir que un aborto pueda realizarse tan pronto como sea posible y tan tarde como sea necesario.*

3.2. La salud reproductiva y la prevención del aborto

El número de mujeres que en los países desarrollados usan de forma regular métodos anticonceptivos modernos para evitar embarazos no planificados continúa siendo menor que el número de mujeres que desean retrasar o espaciar mejor sus embarazos o simplemente no quieren tener hijos. En países como Francia y Suecia (2005) continuaban existiendo un 15% de nacimientos fruto de embarazos no intencionales y por las mismas fechas en Estados Unidos se estimaba que el 50% de los embarazos no eran planificados.

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

En España, los resultados del reciente barómetro de acceso de las mujeres a métodos contraceptivos (2013) señalan la existencia de bolsas de demanda contraceptiva insatisfecha entre las adolescentes y las jóvenes, constatan desigualdades territoriales en el acceso, la disponibilidad y los sistemas de reembolso de los métodos anticonceptivos y evidencian la inexistencia o baja calidad de los servicios de atención y asesoramiento contraceptivo para mujeres y hombres en situación de vulnerabilidad. En la misma línea, la Federación de Planificación Familiar y otras sociedades profesionales han insistido reiteradamente a las autoridades sanitarias acerca de la muy insuficiente implementación de la estrategia pública de salud sexual y reproductiva. Además, la incertidumbre que viven las familias en la actual situación de crisis económica y de ocupación provoca que incluso embarazos planificados puedan convertirse en embarazos no deseados si cambian las circunstancias. Así las cosas, en la actual situación social y económica, *el acceso al aborto legal y seguro en España no sólo amortigua los efectos negativos de un déficit de política pública en materia de planificación familiar sino que proporciona una oportunidad vital para que las mujeres recurran a la anticoncepción con el fin de evitar abortos sucesivos.*

Una reforma legal restrictiva del acceso voluntario al aborto acentuaría la separación de prestaciones y aislaría a los proveedores de aborto de los restantes servicios de salud sexual y reproductiva y de salud materno-infantil poniendo en peligro la continuidad asistencial y disminuyendo la disponibilidad de los servicios en este ámbito. Se seguiría un aumento de la población fértil sin cobertura contraceptiva con sus obvias consecuencias que serían los embarazos no intencionales y los abortos, especialmente los abortos de repetición. Pues como la evidencia científica ha mostrado de forma pertinaz, *más del 30% de los abortos realizados en los países desarrollados son abortos de repetición que solo pueden prevenirse mediante estrategias integradas de salud reproductiva que permitan ofrecer la anticoncepción apropiada –casi siempre métodos de larga duración– en el momento más oportuno, o sea, durante el proceso de atención a la interrupción voluntaria del embarazo.*

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

3.3. Las víctimas de la violencia de pareja

En España (2011) un 3% de las mujeres se percibían como maltratadas a lo largo del último año y un 7% reconocían haber sufrido maltrato por parte de sus parejas en algún momento anterior de sus vidas. La mortalidad femenina a manos de la pareja o expareja continúa siendo de más de medio centenar de mujeres cada año y se concentra en las mujeres con edades entre los 21 y los 50 años. Tanto la violencia de pareja como la mortalidad por esta causa son más elevadas entre las mujeres con menores niveles educativos y entre las que padecen un peor estado de salud. *En contextos socioculturales de privación, pobreza, inmigración y/o aislamiento, la violación de las condiciones de reconocimiento social de las mujeres puede llegar a tener un carácter sistemático.* Por ello, en estos medios la violencia de pareja es más frecuente y se perpetra con mayor impunidad e invisibilidad social.

Entre las mujeres inmigrantes, la violencia de pareja es una de las principales formas de victimización sufridas, siendo inequívocamente más elevadas las tasas de mortalidad por esta causa (5,3 veces más riesgo de muerte por violencia de pareja para una extranjera en el período 1999-2006) y también los niveles de exposición (doble exposición para las extranjeras residentes en Cataluña en 2010).

La violencia de pareja interactúa a través de un entramado de factores sociales y culturales en las decisiones y acciones de las mujeres para prevenir los embarazos no deseados. Entre las víctimas es común el uso inconsistente de los métodos anticonceptivos, las dificultades para acordar decisiones de planificación familiar y la coerción al embarazo. El abuso limita la autonomía reproductiva de las mujeres exponiéndolas al sabotaje anticonceptivo y a los embarazos no deseados. Estudios recientes estiman que *el 25% de mujeres que buscan un aborto son víctimas de violencia de pareja y que este riesgo oculto se multiplica entre las mujeres que recurren repetidamente al aborto.*

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

La sociedad presupone que el embarazo es un tiempo de paz y seguridad pero nada está más lejos de la experiencia de las mujeres que sufren violencia de pareja. Las mujeres embarazadas despiertan sentimientos extremadamente contradictorios en los agresores que aprovechan su especial situación de vulnerabilidad. Así, se estima que del 4% al 8% de las embarazadas sufren violencia de pareja con consecuencias tales como:

- Aumento del estrés materno y práctica de hábitos no saludables durante el embarazo.
- Enfermedades psicosomáticas recurrentes durante el embarazo.
- Dificultades para ganar peso a lo largo del embarazo.
- Mayor frecuencia de infecciones y anemia.
- Menor utilización de la atención prenatal.
- Parto prematuro.
- Bajo peso al nacer.
- Muerte perinatal.

Las víctimas de violencia de pareja sufren limitaciones específicas en el proceso de decisión y búsqueda de un aborto que acostumbran a llevar a cabo en secreto y sometidas a constricciones de tiempo, dinero y movilidad. Estas limitaciones se derivan principalmente del aislamiento que conlleva la propia situación de violencia y de los sentimientos de indefensión de la víctima. Así pues, las restricciones legales al acceso voluntario al aborto tendrán un impacto selectivo y severo en las víctimas de violencia de pareja que se sentirán confundidas y desalentadas por los procedimientos administrativos prolijos y el tiempo de espera previo a la práctica del aborto. Los efectos más previsibles de las barreras y obstáculos legales sobre las víctimas serán: la práctica del aborto legal en edades gestacionales más tardías y, en muchos casos, el sometimiento a una maternidad impuesta con el consiguiente nacimiento de hijos/as no deseados/as cuya crianza transcurrirá en un entorno de violencia familiar.

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

3.4. La salud fetal, neonatal e infantil

Las restricciones legales al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en España implicarán un notable aumento de las denegaciones de solicitud de aborto así como incontables procesos fallidos de búsqueda de atención. Las mujeres que no dispongan de suficientes recursos económicos y apoyo social no llegarán a utilizar las alternativas de atención legal y segura al aborto que ofrecen los países de nuestro entorno, buscarán un proveedor clandestino o proseguirán el embarazo. *Las mujeres que llevan a término un embarazo no deseado usan más tarde y con menos frecuencia los servicios de atención prenatal y acostumbran a sufrir síntomas de estrés de forma recurrente, factores ambos que inciden decisivamente en la salud fetal.*

Las situaciones de estrés crónico producen un aumento sostenido de los niveles de cortisol en la sangre materna y una reducción del flujo sanguíneo placentario. El exceso de cortisol materno que no puede ser inactivado por la barrera placentaria altera la regulación del cortisol y del eje pituitario-adrenal fetal. El buen funcionamiento de este sistema biológico es clave para la maduración de todos los órganos fetales y su perturbación afecta al desarrollo y diferenciación del sistema nervioso (daños cerebrales), al desarrollo físico (bajo peso, perímetro craneal insuficiente) y al posterior desarrollo psicomotor del lactante y del niño/a que puede presentar dificultades de conducta hasta los diez años de vida.

La intención declarada por el Ministerio de Justicia en su propuesta de reforma del aborto en España es *admitir* el aborto antes de las veintidós semanas de gestación para aquellas anomalías fetales incompatibles con la vida siempre que la madre enferme mentalmente y así lo certifique un médico y *prohibirlo* en aquellos casos que se detecte en el feto una malformación o enfermedad grave o incurable. Si ésta disposición legal llegara a aprobarse, se produciría una miriada de efectos indeseables entre los que cabe destacar:

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

- a.** *Efecto contrarreloj* entre las gestantes con diagnóstico de riesgo fetal que intentarán en muchos casos buscar un aborto antes de las veintidós semanas y perderán las oportunidades de tratamiento que ofrecen los avances en Medicina Fetal.
- b.** *Distorsiones severas en el ámbito del diagnóstico prenatal* por pérdida de funcionalidad social de las tecnologías más avanzadas de cribado y diagnóstico prenatal actualmente disponibles e, incluso, eventuales demoras y/o retrocesos para la plena participación del sistema sanitario público en la nueva era de pruebas no invasivas que ha abierto la investigación del ADN fetal circulante en el plasma materno.
- c.** *Necesidad de reconfiguración y ampliación de la oferta sanitaria pública*, especialmente en los ámbitos de neonatología y neuropsiquiatría infantil, con el fin de atender el aumento de morbilidad y mortalidad perinatal, neonatal e infantil asociadas a un desarrollo fetal perturbado o manifiestamente dañado.
- d.** *Carga impuesta de sufrimiento y desesperanza sobre las familias* de los/as niños/as gravemente enfermos o malformados lo que reducirá drásticamente las oportunidades vitales de todos los miembros del grupo familiar y especialmente de las madres.

Las tasas de mortalidad infantil en España, que incluyen a los menores de un año fallecidos, han ido registrando un descenso paulatino y en el 2011 fueron de 3,37 defunciones por 1000 nacidos vivos lo que nos sitúa en la franja más alta de países que consiguen mejores resultados en este ámbito. Asimismo, la tasa de mortalidad neonatal, que incluye a los neonatos muertos antes de los veintiocho días de vida, fue de 4 defunciones por 1000 nacidos vivos en 2012. Gran parte del declive en la tasa de mortalidad infantil durante la última década se debe al descenso observado en las defunciones por malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas que representan un 25% de todas las defunciones en menores de un año, ya que no se han registrado cambios positivos en lo que respecta a las muertes causadas por los nacimientos prematuros y el bajo peso al nacer. Si se aprobase la reforma del aborto

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

todas las rúbricas mencionadas –malformaciones congénitas, anomalías cromosómicas, nacimientos prematuros y bajo peso al nacer- aumentarían y *los esfuerzos de los servicios sanitarios no serían suficientemente efectivos para impedir el repunte de la mortalidad perinatal, neonatal e infantil.*

El aumento de nacimientos no deseados y la crianza de estos/as niños/as a cargo de la madre biológica –en España el recurso a dar los/as hijos/as en adopción es muy bajo, registrándose una media de 800 casos anuales- supondrá un considerable incremento de las dificultades de vinculación madre-hijo, un alto riesgo de recibir menor dedicación materna en tiempo y atención y un sufrimiento adicional para los/as hermanos/as si los hubiera. Los efectos emocionales sobre los/as niños/as no deseados se extienden hasta la adolescencia tardía y primeras etapas de la vida adulta.

Así las cosas, la configuración *legal de “defensa de la vida” que la reforma del aborto en España dice promover no alcanzará los objetivos que proclama y, paradójicamente, menoscabará de forma significativa la vida y la salud fetal, neonatal e infantil de miles de niñas y niños.*

3.5. Las oportunidades de vida para las adolescentes

En España (2013) residen 1.051.130 chicas con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años siendo el 23,7% de origen extranjero. Antes de los 19 años el 69,4% de las chicas y el 71,5% de los chicos han iniciado su actividad sexual no utilizando ninguna protección anticonceptiva en el 40% de los casos. En 2012, fueron madres 9.724 chicas de 19 años o menos registrándose una tasa de natalidad de 8,1 entre las chicas españolas de 15 a 19 años y de 12,3 entre las extranjeras. Ese mismo año, la tasa de aborto para el grupo de edad de 19 años o menos fue de 12,95 y se estima que seis de cada diez embarazos fueron interrumpidos. Tanto la tasa de aborto como la de natalidad se sitúan en una franja media-baja en comparación con los países de nuestro entorno.

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

El riesgo de embarazo adolescente aumenta en proporción al número de experiencias adversas en la infancia tales como abuso, violencia doméstica y/o conflictos familiares crónicos y se concentra en los grupos sociales más vulnerables y desfavorecidos. *A mayor desventaja socioeconómica, las adolescentes usan menos protección anticonceptiva y tienen menos motivación para evitar quedarse embarazadas.* Las adolescentes embarazadas con expectativas de futuro y mejor entorno tienen muchas más posibilidades de recurrir al aborto mientras que en hogares en desventaja o con pocas esperanzas suelen escoger continuar el embarazo a pesar de la inexistencia o de la fragilidad de las uniones de pareja.

Las madres adolescentes viven en un período de tiempo muy corto numerosos acontecimientos de gran relevancia en sus vidas como son el inicio de la actividad sexual, la finalización de los estudios, la búsqueda del primer trabajo, la convivencia en pareja y la llegada del primer hijo. La maternidad precoz supone una aceleración del curso vital que, paradójicamente, retrasa la incorporación a la vida adulta y frena el desarrollo de capital humano y social. *Estas madres tienen menos probabilidades de acabar los estudios secundarios, entrarán más tarde en el mercado laboral, registrarán menores tasas de actividad y sufrirán una pérdida notable de oportunidades de emparejamiento saludable.*

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mayor de sufrir incidentes graves durante y al final del embarazo en comparación con las jóvenes mayores de veinte años. Los riesgos de muerte fetal tardía, neonatal e infantil son más elevados y se asocian principalmente con el parto prematuro y el bajo peso al nacer

Estudios recientes muestran que los niveles de depresión previos al embarazo y la desventaja socioeconómica y educativa son los principales factores predictores de la maternidad adolescente. La depresión previa al embarazo no desaparecerá por el hecho de tener una criatura; lo más frecuente es que siga su curso a lo largo de la adolescencia y de la primera juventud. La depresión materna tiene efectos severos de

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

deprivación en el lactante y en el/la niño/a como son: baja calidad del desarrollo cognitivo y del lenguaje y dificultades en la autorregulación emocional y el ajuste social.

El anteproyecto de *Ley Orgánica para la Protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada* parte de la premisa de que no puede presumirse suficiente madurez en las menores para expresar su voluntad y dar su consentimiento al aborto por lo que se requerirá el consentimiento de los padres o tutores para las menores de 16 años y el asentimiento de los mismos para las que cuenten entre 16 y 18 años. No obstante lo anterior, se prevé que la menor embarazada o alguno de sus representantes legales puedan dirigirse a un Juez para que éste resuelva sobre la suficiencia y validez del consentimiento prestado por la menor cuando:

- a.** Concurran serios motivos que impidan o desaconsejen que la menor consulte a sus padres o tutores.
- b.** Los padres o tutores nieguen el consentimiento o el asentimiento.
- c.** Los padres o tutores expresen opiniones distintas a las de la menor embarazada.

Asimismo del anteproyecto se deriva una responsabilidad para los médicos que emitan los informes preceptivos o practiquen el aborto y conozcan la existencia de alguno de los conflictos antes mencionados. En estos casos, los facultativos tendrán la obligación legal de poner la situación en conocimiento inmediato del Ministerio Fiscal.

La experiencia internacional muestra que las adolescentes que viven en el seno de familias funcionales comunican espontáneamente su embarazo a sus madres, padres o tutores y que cuando no lo hacen es porque tienen miedo a ser perjudicadas o dañadas. *Los procedimientos legales de consentimiento o asentimiento parental no han probado su validez como instrumentos efectivos de protección de la menor porque justamente fracasan o son inviables en situaciones donde existe abuso y*

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

violencia familiar. Pues ninguna ley puede concitar el amor y el apoyo parental cuando están ausentes.

Los efectos adversos en la salud reproductiva desencadenados por los procedimientos legales de consentimiento o asentimiento parental son bien conocidos: aborto tardío y denegación del aborto entre las menores embarazadas que viven en situaciones de extrema vulnerabilidad. *Estas adolescentes consideradas inmaduras por las leyes restrictivas para acceder voluntariamente a un aborto paradójicamente son consideradas como obligatoria e ineluctablemente maduras para llevar a término el embarazo, acudir a la atención prenatal, someterse a los procedimientos médicos necesarios y tener una criatura.*

3.6. Los grupos vulnerables de mujeres y familias

La vulnerabilidad social y personal consiste en una incapacidad o dificultad de resistencia en presencia de acontecimientos vitales amenazantes y/o incapacidad o dificultad para reponerse con posterioridad a haber sufrido un daño. La vulnerabilidad se asocia a una predisposición a sufrir pérdidas y/o daños. Por ello, los grupos vulnerables de mujeres y familias son aquellos que tienen riesgo de sufrir un amplio abanico de riesgos que se acumulan y potencian a lo largo del ciclo de vida.

Las mujeres vulnerables sufren una carencia o un déficit de activos y además presentan dificultades para movilizar los que ya poseen. Asimismo, suelen compartir una idea de indefensión o desamparo frente al riesgo, lo que refuerza aún más el bloqueo de sus capacidades. De ahí que cada vez que una mujer o familia vulnerable sufra una situación crítica severa exista un riesgo muy elevado de que pierda una buena parte de sus activos sociales y de salud y tarde mucho en recuperarlos. La vulnerabilidad social se asocia a la pobreza, a los bajos niveles educativos y al acceso insuficiente a los recursos pero también son vulnerables las mujeres que viven en el aislamiento, la inseguridad y/o la indefensión ante presiones y/o riesgos.

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

Las mujeres inmigrantes, las mujeres con renta baja, las jóvenes y las adolescentes son consideradas internacionalmente colectivos de especial vulnerabilidad en los ámbitos de la salud reproductiva y familiar. En España, las mujeres de origen inmigrante registran tasas de aborto entre cuatro y cinco veces más elevadas que las mujeres autóctonas (en 2008, la tasa general de aborto fue de 11,2 siendo de 6 abortos por cada 1000 mujeres españolas en contraste con 31,4 abortos por cada 1000 mujeres extranjeras). Resulta evidente que el país de origen por sí mismo no es un factor de riesgo de aborto. Más bien detrás de esta profunda disparidad entre mujeres inmigrantes y autóctonas hay un problema de desigualdad de oportunidades tanto en la accesibilidad a los servicios de planificación familiar y prevención del embarazo no deseado como en las condiciones sociales relacionadas con la posibilidad de asumir el cuidado de una criatura.

La vulnerabilidad social es uno de los vectores más influyentes para una salud reproductiva dañada o de baja calidad. Los grupos de mujeres vulnerables tienen en común:

- Un acceso deficiente al consejo contraceptivo.
- Una utilización errática de los métodos anticonceptivos.
- Experiencias anteriores de aborto clandestino especialmente entre las mujeres inmigrantes.

El círculo de la precariedad en salud reproductiva se alimenta a través de los déficits de accesibilidad y disponibilidad de atención contraceptiva que refuerzan el recurso al aborto; a su vez, la ausencia de una oferta contraceptiva efectiva inmediatamente posterior al aborto deja la puerta abierta a sucesivos embarazos no deseados y a los consiguientes abortos de repetición.

Las restricciones legales al acceso voluntario de las mujeres al aborto tendrán un impacto significativo en todas las mujeres en edad fértil pero este será especialmente

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

devastador para los grupos vulnerables de mujeres y familias antes señalados a los que, en España, se añaden muchas mujeres que viven en zonas rurales. *En estos grupos se concentrará la discriminación en el acceso a los servicios de aborto al sumarse el desconocimiento de los requisitos legales, la dificultad de obtención de los dictámenes médicos preceptivos y la imposibilidad (por barreras de precio, edad gestacional avanzada y bajo apoyo social) de recurrir a las alternativas de atención legal y segura al aborto que ofrecen los países de nuestro entorno. Los efectos más previsibles de la discriminación y la inequidad serán:*

- La práctica de abortos legales en España en edades gestacionales avanzadas.
- El fracaso en la búsqueda de atención legal y el recurso desesperado al aborto clandestino.
- El fracaso en la búsqueda de atención para el aborto legal y la prosecución de una maternidad impuesta en condiciones de especial vulnerabilidad y adversidad.
- La ocurrencia de sucesivos embarazos no deseados por falta de acceso a tiempo a una protección contraceptiva eficaz.
- La ocurrencia de abortos de repetición por falta de acceso a tiempo a una protección contraceptiva eficaz.

3.7. La pobreza infantil y familiar

La pobreza infantil en España, estabilizada durante años en torno a la elevada cifra del 24% se incrementó en 2012 al 29,9% según la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de Eurostat que calcula el número de menores de 18 años que vive bajo el umbral de pobreza en los países de la UE-27. La pobreza infantil afecta al 45,6% de los/as niños/as que viven en el seno de familias monoparentales, al 49,2% de los/as niños/as que viven en hogares en que al menos uno de los progenitores es de origen extranjero y al 57,6% de los/as niños/as cuyos padres no alcanzaron la educación secundaria.

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

Desde el inicio de la crisis en España, la pobreza en la infancia ha crecido a un ritmo más rápido y elevado que la del total de la población. Los/as niños/as son actualmente el grupo de edad más pobre. El impacto de la crisis ha sido y sigue siendo más duro en los hogares con niños/as y la pobreza y la privación infantiles se van haciendo más amplias y persistentes. Cada vez hay más niños y niñas pobres y son más pobres, de tal manera que el informe más reciente (2014) estima el riesgo de pobreza y/o exclusión social en la población menor de edad en un 33,8%. Esta situación dificulta enormemente la posibilidad de romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza. Así, los/as niños/as que hoy están creciendo en hogares sometidos a la pobreza y la exclusión tienen menos probabilidades de tener éxito escolar, disfrutar de una buena salud y desarrollar todo su potencial.

En los hogares, la falta de ingresos o su reducción repercute en el empeoramiento de la calidad de la alimentación, en el hacinamiento y la pobreza energética en la vivienda y también afecta a la calidad de la convivencia y de las relaciones. Sin embargo, *España ha tenido y tiene muy poca capacidad para reducir la pobreza entre sus niños y niñas y esta debilidad se ha ido acrecentando año tras año con las reducciones en ayudas y servicios públicos.* Los presupuestos del Estado 2012 sufrieron una reducción del 42,5% en la partida de atención a la infancia, del 36,5% en educación infantil y primaria y el Fondo para plazas de educación infantil desapareció. Los presupuestos del Estado 2013 suprimieron los programas para alumnos/as con necesidades especiales y redujeron un 65% los recursos destinados a la educación compensatoria. Hasta la fecha, los poderes públicos han incumplido notoriamente la recomendación del Comité de Derechos del Niño que en 2010 instó a España para que velara por que se protegieran las partidas presupuestarias destinadas a la infancia y, de forma más específica, las relativas a medidas sociales afirmativas a favor de los/as niños/as que lo necesitaban.

En España, el régimen de bienestar público ha tenido una evolución de tipo “familista”, esto quiere decir que las familias son consideradas la principal agencia

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

proveedora de bienestar y, en consecuencia, las políticas públicas de apoyo a las familias siempre han sido pasivas y muy escasas. De hecho, antes y ahora, la intervención pública ha sido y es subsidiaria y circunscrita a casos de extrema necesidad. Así lo refleja el gasto público en protección a la infancia y las familias que en 2009 supuso un 1,51% del PIB, una de las cifras más bajas de la UE cuya media fue del 2,26%.

Los menores, las mujeres y las familias más vulnerables están expuestos a una acumulación de riesgos por desposesión de sus activos básicos en términos de recursos y derechos. En este contexto expansivo de pobreza infantil y familiar, las restricciones legales al acceso voluntario al aborto que, como ya se ha mostrado, tendrán un impacto mayor e inequitativo entre los grupos más vulnerables de mujeres y familias contribuirán a:

- *Aumentar el riesgo de caer en la pobreza de las madres y familias que se encuentran cerca del umbral y se vean constreñidas a proseguir un embarazo no deseado.*
- *Intensificar la desprotección de los menores ya nacidos frente a la pobreza pues es precisamente entre las familias de los que menos son y tienen, que la obtención de un aborto tiene más probabilidades de ser un proceso intrincado y fallido.*
- *Cronificar los efectos adversos en el desarrollo infantil temprano entre los/as niños/as nacidos fruto de una maternidad impuesta pues los retrasos en el desarrollo infantil y las discapacidades precisan de intervenciones precoces y duraderas de las que quedan excluidas las familias más vulnerables.*

3.8. Los servicios sanitarios

La atención al aborto no tiene lugar en la punta de un alfiler sino que está inextricablemente entrelazada con la salud reproductiva y la salud

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

materno-infantil. Por ello, las restricciones legales al aborto voluntario producirán disyunciones y disfuncionalidades muy significativas en los servicios sanitarios entre las que cabe destacar:

- *Hipermovilidad* de múltiples segmentos de gestantes a la búsqueda de un proveedor de aborto.
- *Inmovilización* de capacidades médicas y tecnológicas en equipamientos sanitarios ya instalados.
- *Distorsión* de la función sanitaria y dilemas éticos constantes entre los profesionales de la medicina.
- *Disminución de la conectividad* entre los servicios de salud reproductiva y materno-infantil.
- *Pérdidas* de información relevante para la salud pública y el sistema sanitario.
- Aumento improductivo del gasto sanitario en los ámbitos de salud reproductiva y salud materno-infantil.

Las mujeres en edad fértil de cualquier origen, confesión religiosa o posición social que deseen interrumpir su embarazo buscarán un proveedor de aborto a pesar de las restricciones legales: se estima que de aprobarse la reforma propuesta por el Ministerio de Justicia, de 70.000 a 80.000 abortos anuales quedarían fuera de la legalidad. Esta búsqueda supondrá una *hipermovilidad de los flujos de demanda de atención sanitaria* en diferentes puntos del sistema sanitario lo que tendrá de forma inmediata los siguientes efectos:

- *Un incremento significativo del coste directo del aborto legal* en España debido a la previsible disminución del recurso al aborto farmacológico y al aumento de gasto que supondrán las consultas previas y el proceso de obtención de dictámenes médicos.
- *Un desplazamiento de las gestantes con recursos a los países de nuestro entorno* que cuentan con regulaciones de aborto más abiertas.

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

- *Una reaparición de proveedores clandestinos de aborto en España.*
- *Una mayor frecuentación a los servicios de Urgencias y a las consultas de ginecología para intentar resolver las secuelas del aborto clandestino.*

Los obstáculos y las restricciones al acceso de las mujeres al aborto voluntario producirán *una inmovilización de capacidades médicas y tecnológicas en equipamientos sanitarios ya instalados* que afectará a los proveedores del aborto farmacológico y quirúrgico y especialmente a los ámbitos del diagnóstico prenatal y la medicina fetal que sufrirán una pérdida de empuje e inversiones debido al menoscabo de la alternativa a la interrupción del embarazo en situaciones de malformación fetal. Complementariamente se desencadenará una sobrecarga asistencial de gestantes y neonatos de alto riesgo en los ámbitos de la atención prenatal, la atención neonatal y la atención neurológica infantil.

La distorsión de la función sanitaria de psiquiatras y obstetras tendrá un impacto muy notable en su ejercicio profesional pues una regulación restrictiva del aborto supone la medicalización de una decisión que concierne a la gestante, la devaluación del acto médico y el menosprecio por la dignidad de las pacientes. Por otra parte, numerosos profesionales médicos se verán obligados en repetidas ocasiones a denegar dictámenes de indicación de aborto legal y se involucrarán de algún modo en la prosecución de embarazos contra la voluntad de la mujer, especialmente entre las que gozan de menor autonomía como son las adolescentes, las mujeres maltratadas y las mujeres con renta baja.

La reforma propuesta por el Ministerio de Justicia induce intencionalmente una fragmentación de la atención médica a la mujer embarazada en un marco de amenaza a los profesionales de la medicina con el reproche penal de la incapacitación profesional. El laberinto de consejos y dictámenes médicos aislados unos de otros junto con la migración de mujeres embarazadas a países vecinos para procurarse un aborto provocarán *una disminución drástica de la conectividad entre los servicios de*

3

Impacto de la reforma sobre la salud pública

salud materno-infantil y de salud reproductiva. Al convertirse el aborto en un acto técnico aislado y alejado del contexto de los servicios de salud reproductiva se estimulará una disminución de la cobertura contraceptiva. Al perderse la oportunidad de dar consejo en planificación familiar y tomar decisiones contraceptivas integradas en el momento de la atención al aborto, aumentarán los embarazos no deseados y los consiguientes abortos de repetición.

La información sanitaria sobre las gestantes españolas que se procuren un aborto en el extranjero quedará esparcida entre los países vecinos lo que supondrá una *pérdida de información tan relevante que equivaldrá a un apagón científico en materia de salud reproductiva y de salud pública*. El seguimiento de servicios, profesionales y métodos, la vigilancia epidemiológica y los estudios sobre salud reproductiva en España serán prácticamente inviables por falta de acceso a las fuentes primarias de información.

Las restricciones legales al aborto voluntario producirán daños perdurables en el funcionamiento y la estructura del sistema sanitario que, *en su conjunto, resultará más ineficaz, incoherente, costoso, inequitativo e inseguro para todos.*

4

Impacto de la reforma en los derechos básicos y en la igualdad efectiva

Los Tratados legales internacionales, europeos y la Constitución española reconocen como personas susceptibles de gozar de derechos subjetivos a los nacidos vivos. En concreto, tanto los Convenios Internacionales sobre los derechos del niño y los derechos de las personas con discapacidad como el propio Código civil español *siempre se refieren a personas nacidas vivas y no reconocen el embrión ni al feto un estatus legal independiente* pues tampoco desde una perspectiva biológica existe una individualización absoluta del concebido.

El derecho a la vida y a la integridad de una persona ya nacida no puede equipararse al del no nacido, aún cuando éste merezca protección. La ponderación de la protección de la vida en formación como bien jurídico y del reconocimiento de las mujeres como sujetos autónomos con plena capacidad de decisión no puede resolverse considerando a éstas últimas sujetos heterónomos, esto es, sujetos sobre los que deciden otros que se abrogan o se les otorga capacidad y legitimidad para hacer tal cosa. El argumento de que las mujeres deben ser obligadas contra su voluntad a someterse a los deseos y los dictados de otros es una negación instrumental de su dignidad humana -derecho fundamental reconocido y protegido en las Leyes y Tratados internacionales- y un abuso de sus capacidades reproductivas.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres de Naciones Unidas caracteriza como *discriminación de género la negación o el rechazo de acceso a procedimientos médicos que sólo las mujeres requieren, como es el caso del aborto.* El rechazo o la negativa a ofrecer servicios de aborto seguros y accesibles constituye una discriminación directa contra las mujeres pues los hombres no están expuestos a esta situación de necesidad. La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la Constitución española reconocen que el recurso a una atención de salud segura y digna es un derecho fundamental y, por ello, todas las personas tienen derecho a los más elevados estándares de salud alcanzables, entre los cuales la salud reproductiva es un componente esencial. En contraste con estos principios legales, la reforma propuesta por el Ministerio de Justicia gira en torno a la idea moral del aborto

4

Impacto de la reforma en los derechos básicos y en la igualdad efectiva

como un acto ilícito que solo encontraría justificación legal en unos determinados supuestos y se desentiende completamente de los efectos prácticos de la restricción en los estándares de salud individuales y en la salud pública.

La discriminación contra las mujeres constituye un ejercicio de superioridad moral y práctica que subraya la posición subordinada que muchas mujeres ocupan en sus familias, comunidades y redes sociales. No por casualidad, *la discriminación suele ir acompañada de la exaltación de las mujeres como víctimas necesitadas de una especial condescendencia y tutela* que las libere del peso de la libertad y de la consiguiente toma de decisiones sobre sus vidas. En este sentido, la reforma de continua referencia es una muestra representativa de este enfoque discriminatorio pues considera a las mujeres tan incompetentes que no serían ni jurídicamente punibles en caso de infringir la ley y establece la doble tutela profesional en una decisión como la maternidad que tiene una relevancia biográfica crucial en personas adultas y competentes.

El derecho de las mujeres a una igualdad efectiva respecto a los varones exige que no estén expuestas a déficits y/o riesgos diferenciales que sean evitables. Cuando las mujeres son vistas como un instrumento al servicio de la maternidad y se entorpece el autocontrol de su vida reproductiva y sexual, sus posibilidades de participar en la economía y en la vida social en condiciones de igualdad se reducen drásticamente. La falta de autocontrol sobre la vida reproductiva y sexual daña de forma muy severa el derecho de las mujeres a la autodeterminación pues las incapacita para perseguir oportunidades y metas personales, sociales, económicas y espirituales en consonancia con la vida que ellas valoran.

Una maternidad impuesta reduce las oportunidades de vida de todas las mujeres afectadas y tiene ramificaciones insidiosas para las madres, los/as niños/as y las familias. *Las mujeres vulnerables que se desenvuelven en entornos de oportunidades limitadas marcados por la desigualdad serán las que sufrirán las peores consecuencias de la restricción de elecciones reproductivas.* Las adolescentes, las jóvenes y las

4

Impacto de la reforma en los derechos básicos y en la igualdad efectiva

mujeres con bajos ingresos verán significativamente disminuidas sus posibilidades de cualificación profesional, inserción laboral y planificación familiar. En contraposición a estas evidencias la reforma propuesta por el Ministerio de Justicia recorta y fragmenta deliberadamente la capacidad resolutoria de todos cuantos intervienen en la crisis de un embarazo no deseado y no contiene ninguna medida de protección efectiva de la maternidad.

En España, el cumplimiento de los derechos fundamentales de los/as niños/as a la vida y al desarrollo pleno de todas sus potencialidades se encuentra muy debilitado. A lo largo de los últimos años no se han desplegado políticas activas para paliar los efectos de la crisis sobre los/as niños/as y el Estado ha ignorado las Recomendaciones que en 2010 el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas le realizó con objeto de que se redoblaran los esfuerzos públicos para prestar asistencia adecuada a los progenitores en el ejercicio de sus responsabilidades de crianza y muy especialmente a las familias en situación de pobreza.

La ocurrencia de nacimientos no deseados aumenta el riesgo de caer en la pobreza en las madres y familias de bajos ingresos, intensifica la desprotección de los menores ya nacidos y cronifica los retrasos en el desarrollo infantil temprano de los/as niños/as nacidos/as que son fruto de una maternidad impuesta. Paradójicamente, la reforma propuesta por el Ministerio de Justicia da la espalda a estas consecuencias inequívocas y ahonda la brecha de desigualdad entre niños/as contribuyendo activamente al aumento de la pobreza infantil.

5

Conclusiones

En la sociedad española, el inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas y el abandono de las pautas fatalistas de fecundidad expone a mujeres y hombres a una mayor necesidad de regulación de la fecundidad y a tener que afrontar embarazos no deseados en el curso de la vida fértil.

Si nos guiamos por el principio del interés general de la sociedad para entender las necesidades que se deben satisfacer y para dilucidar los problemas que se quieren enfrentar y superar, la respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva que se han descrito en este Informe debería ser integradora, evolutiva y equitativa de tal modo que se consiguiera:

- Proporcionar una atención de salud reproductiva y de aborto amplia e interconectada removiendo las barreras de todo tipo que impiden acceder a tiempo a los servicios.
- Dar prioridad a la satisfacción de las necesidades específicas de los grupos de mujeres y de familias más vulnerables y, por tanto, más perjudicadas por una eventual privación de derechos y atención.
- Desarrollar y mantener leyes y regulaciones en materia de aborto y salud reproductiva que respondan y garanticen la satisfacción de las necesidades de salud y se adecuen a la evolución de los hábitos sexuales y reproductivos de la sociedad española.
- Abrir nuevas posibilidades de desarrollo e innovación en la evaluación de necesidades y en la prestación de servicios sanitarios y sociales.

Las ciencias sociales y médicas han establecido con claridad la asociación causal existente entre una legislación acorde a los derechos de las personas, unas políticas públicas de salud sexual y reproductiva amplias y consistentes y una buena gestión de los recursos públicos. En consonancia con esto es necesario un marco legal no coactivo de la interrupción voluntaria del embarazo que cumpla con las recomendaciones de los organismos internacionales y confluya con las legislaciones de los

5

Conclusiones

países vecinos que presentan realidades socioculturales afines. Así pues, se precisa una legislación ponderada, poco intervencionista, respetuosa con el pluralismo de creencias e ideologías de la sociedad española y cuya función principal sea ofrecer seguridad y garantías jurídicas a las mujeres y los profesionales sanitarios.

En el contexto social y sanitario actual, una eventual restricción legal del acceso de las mujeres al aborto voluntario sería disonante con las necesidades de salud de las mujeres y de las familias y se sumaría a la paralización que sufren las políticas públicas de salud reproductiva y a la nula protección social de la maternidad exacerbando la privación en que viven multitud de madres, niños/as y familias. La acción pública sesgada y la negligencia gubernamental acrecentarán los riesgos sanitarios y sociales de las mujeres y de las madres y someterán a adversidades injustas y evitables a los/as niños/as y familias vulnerables o que viven en la pobreza.

6

Referencias bibliográficas

ABORTO

- ACAI. “Condiciones que motivan el aborto provocado”. Madrid, 2014. <http://www.acaive.com/condiciones-que-motivan-el-aborto-provocado-2/publicaciones/>
- Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane HK. “Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States”. *Journal of Obstetric and Gynaecology* 2004, Vol. 103, Núm. 4.
- Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW “Abortion and long term mental health outcomes: a systematic review of the evidence”. *Contraception*, 2008, 78: 436-450.
- Cohen SA. “Repeat Abortion, Repeat Unintended Pregnancy, Repeated and Misguided Government Policies”. *Guttmacher Policy Review* 2007, Vol. 10, Núm. 2.
- Cook RJ and Dickens BM. “*Human Rights dynamics of abortion law reform*” *Human Rights Quarterly*, 2003, 25: 1-59.
- David H.P. “*Born unwanted, 35 years late: the Prague study*”. *Reproductive Health Mathers*, 2006, 14: 181-190.
- Ferguson DM, et al. “*Abortion among young women and subsequent life outcomes*”. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 2007, 39 (1): 6-12.
- Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otehel-F, Maclean-Brine D, Dal Bello D and Gunter J. “Characteristics of women undergoing repeat induced abortion” *CMAS*, March 1, 2005, Vol. 172, Núm. 5.
- Goodman S, et al. “*Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion*” *Contraception*, 2008, 78: 143-148.
- <http://worldabortionlaws.com/>
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics FIGO “*Ethnical aspects of induced abortion for non-medical reasons*”. London, FIGO, 2009.
- Lohr PA, Fjerstad M, DeSilva U and Lyus R. “Abortion”. *B.M.J.* 2014; 348: f7553.
- Makenzius M, Tyden T, Darj E and Larsson M. “Repeat induced abortion-a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among

6

Referencias bibliográficas

- Swedish women”. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* October 2011, Vol. 16, Núm. 5.
- Marston C and Cleland J. “*Relationships between contraception and abortion: a review of evidence*” *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29: 6-13.
 - Organización Mundial de la Salud. “*Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud*”, 2012.
 - Planned Parenthood. “The emotional effects of induced abortion”. Research Paper 2007, Washington, DC.
<http://www.plannedparenthood.org/resources/research-papers/emotional-effects-induced-abortion-6137.htm>.
 - Raymond EG and Grimes DA. “The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States”. *Obstet Gynecol*, 2012; 119;
 - Sedgh G et al. “Induced abortion and trends Worldwide from 1995 to 2008”. <https://www.guttmacher.org/pubs/journals/Sedgh-Lancet-2012-01.pdf>
 - Scott Jones B and Weitz TA. “Legal barriers to second trimester abortion provision and public health consequences”. *American Journal of Public Health*, 2009, 99 (4): 623-630.
 - The Academy of Medical Royal Colleges “A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors”, London, 2011.
http://www.nccmh.org.uk/reports/ABORTION_REPORT_WEB%20FINAL.pdf.
 - UN Department for Economic and Social Affairs. “*World abortion policies 2011*”. New York, Population Division, United Nations, 2011.
 - UNDP/UNFPA/WHO. “Safe and unsafe induced abortion: global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008”. 2012, Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75174/1/WHO_RHR_12.02_eng.pdf?ua=1
 - Vlassof M, et al. “*Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*”. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).

6

Referencias bibliográficas

- WHO. “*Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*”. Geneva, WHO, second edition, 2012.
- WHO. “*Unsafe abortion; global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*” Geneva, WHO, 2004.
- Zuniaga O, Martínez-Beneito MA, Galmés AA, Torre MM, Bosch S, Bosser R and Portell M. “El recurso al aborto en España: caracterización de las usuarias e influencia de la inmigración”. *Gaceta Sanitaria* 2009, Supl. 1, Vol. 23.
- Ill Donohue JJ and Levit SD. “The impact of legalized abortion on crime”. *The Quarterly Journal of Economics* 2001, 116, 2.

SALUD REPRODUCTIVA

- Delgado M, Barrios L, Alberdi I, Zamora F, Hakim C y Camara N. “Encuesta de fecundidad, familia y valores 2006”. Estudio nº 2639, 2006., Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Federación Internacional de Planificación. “Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos”.
[ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf](#)
- Federación Internacional de Planificación Familiar. “Barómetro de acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos en 10 países de UE”. Parlamento Europeo, 2013.
http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2013/09/Baro_leaflet_template_SP_LOW.pdf
- National Institute for Health and Clinical Excellence. “*Long-acting reversible contraception: The effective and appropriate use of long-active reversible contraception*”. London, 2005.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. “Selección de prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos”. 2ª edición 2005. Versión en inglés disponible en:
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html.

6

Referencias bibliográficas

- Parlamento Europeo, Comisión de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género. “Informe sobre la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Afines” 2013/2040 (INI).
- WHO. “*Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*”. Geneva, WHO, 2010.
- WHO. “*The WHO strategic approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*”. Geneva, WHO, 2007.

MALFORMACIÓN FETAL Y DISCAPACIDAD

- Cook RJ, et al. “*Prenatal management of anencephaly*”. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2008, 102: 304-308.
- Lawoko S and Soares JJF. “Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases and parents of healthy children”. Journal of Psychosomatic Research, 2002, 52, 4.
- Lyus R, Robson S, Parsons J, Fisher J and Cameron M. “Second trimester abortion for fetal abnormality”. BBJ 2013; 347; f4165.
- Palomaki GE, Kloza EM, Lambert-Messerlian GM, Haddow JE, Neveux LM, Ehrich M et al. “DNA sequencing of maternal plasma to detect Down syndrome: an international clinical validation study”. Genet Med 2011, 13, 11.
- Reichman N, Corman H, Noonan K. “Impact of child disability on the family” Maternal Child Health Journal, 2008; 12.
- Wicks E, Wyldes M and Kilby M. “*Late termination of pregnancy for fetal abnormality: medical and legal perspectives*”. Medical Law Review, 2004, 12: 285-305.
- WHO and UNICEF. “Early Childhood Development and Disability: a discussion paper”, 2012.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

- Cook RJ, Erdman JN and Dickens BM. “Respecting adolescents confidentiality and reproductive and sexual choices”. International Journal of Gynecology and

6

Referencias bibliográficas

- Obstetrics, 2007, 92: 182-187.
- Delgado M, Barrios L, Cámara N y Zamora F. “La Maternidad adolescente en España”. 2011. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. http://www.consejomujeresmadrid.org/wp-content/uploads/2013/08/presentacion_estudio-adolescentes.pdf
 - FSV Center for Prevention and Early Intervention Policy. “The children of teen parents”. Teen Parent Child Care Quality Improvement Project, 2005. http://www.cpeip.fsu.edu/resourcefiles/resourcefile_78.pdf
 - Glass C. “Parental Notification Laws Obstruct Abortion Access”. Truthout, September 2013. <http://truth-out.org/news/item/18782-parental-notification-laws-obstruct-abortion-access>
 - Mollbord S and Morningstar E. “Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence”. J. Health Soc Behav, 2009, 50, 3.
 - Olausson PO, Chaltin S, Haglund B. “Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality” BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999, Vol. 106.
 - Singh S et al. “Socioeconomic disadvantage and adolescent women’s sexual and reproductive behaviour: the case of five developed countries”. Fam Plann Perspect, 2001; 33.

EMBARAZO NO DESEADO

- Didaba Y, Fantahun M and Hindin MJ. “The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis”. Reprod Health 2013; 10; 50.
- Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. “The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature”. Studies in Family Planning, March 2008; 39, 11.
- Hummer RA, Hack KA and Baley RR. “Retrospective Reports of Pregnancy

6

Referencias bibliográficas

Wantedness and Child Well-Being in the United States”. *Journal of Family Issues*, 2004; 25.

- Mulder E JH, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BRH, Buitelaar JK and Visser GHA. “Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child”. *Early Human Development*, 2002, 3, 14.
- University of California, San Francisco, Bixby Center for Global Reproductive Health. “Turnaway Study”. *Advancing New Standards in Reproductive Health*, 2013. <http://www.ansirh.org/research/turnaway.php>

INFANCIA Y FAMILIA

- Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales: España, 3 de Noviembre 2010, CRC/C/ESP/CO.
- Flaquer LL. “La familia en la sociedad del siglo XXI”. *Papers de la Fundació de Campalans*, núm. 117.
- Gonzalez-Bueno G, Bello A y Arias M. “Informe sobre la Infancia en España 2012-2013”. UNICEF, Mayo 2012.
- Save the Children “Protección de la infancia frente a la pobreza: un derecho, una obligación y una inversión”. Madrid, Enero 2014.
- Walker S P et al. “Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development”. *Lancet*, 2011, 378.

EMBARAZO Y VIOLENCIA DE PAREJA

- Aston G and Bewley S. “Review abortion and domestic violence”. *The obstetrician and Gynaecologist* 2009, 11, 3.
- Gazmarian JA, Petersen R, Spitz A, Goodwin MM, Saltzman LE and Marks JS. “Violence and Reproductive Health: Current Knowledge and Future Research Directions”. *Maternal and Child Health Journal*. 2000, Vol. 4, N°2.
- Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT and Bewley S. “Associations between intimate partner violence and Termination of Pregnancy: A systematic Review and Meta-Analysis”. *PLoS Medicine*, 2014, 11, 1.

6

Referencias bibliográficas

VARIOS

- Fondo de Población de Naciones Unidas. “Estado de la Población Mundial 2013”.
<http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. “Patrones de mortalidad en España, 2008”. 2011, Madrid.
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_de_Mortalidad_en_Espana_2008.pdf
- Valcárcel, A “Sexo y Filosofía”. Madrid, 2013. Horas y Horas la editorial.

7

Tratados internacionales, principios constitucionales y leyes concernidas

TRATADOS Y CONFERENCIAS INTERNACIONALES

- Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Artículo 3.
- Naciones Unidas. Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, 1976). Artículo 6, 3, 24.1.
- Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1981). Artículos 1 y 12.
- Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, 1990). Artículo 1, 6, 24.2a, 24.2d y 24.2f.
- Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena 1993.
- Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo (CIPD, 1994). Principios 1 al 8.
- Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Pekín, 1995. Plataforma de Acción, Artículos 89 a 99.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo.
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Cumbre Mundial 2005. Compromiso para lograr el acceso universal a la salud reproductiva (meta 2 del 5º Objetivo).
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (13 de Diciembre 2006), Artículo 10.

TRATADOS Y DIRECTIVAS EUROPEAS

- Convención para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales en Europa (1953). Protocolos 1, 4, 6, 7, 12 y 13.
- Carta Social Europea (1996), Artículo 8.
- Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2009). Artículos 1, 2, 3, 7, 23 y 25.
- Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la

7

Tratados internacionales, principios constitucionales y leyes concernidas

aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES EN ESPAÑA

- Constitución Española: Artículo 10.1 sobre la Dignidad de las personas. Artículo 10.2. sobre los derechos fundamentales que se interpretarán de conformidad con la Declaración de Derechos Humanos y los Tratados Internacionales. Artículo 15 sobre el derecho a la vida y a la integridad física y moral de todos/as. Artículo 43.1 sobre el derecho a la protección de la salud. Artículo 43.2 sobre el Deber de tutela de la salud pública.
- Sentencias del Tribunal Constitucional 53/1985, 212/1996 y 116/1999.

LEYES ESPAÑOLAS CONCERNIDAS

- Código Penal Español (RCL 1995/3170). (Delitos contra la libertad y la integridad de la persona.)
- Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor de 15 de Enero.
- 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.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
- Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema sanitario.
- Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, sobre Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención

7

Tratados internacionales, principios constitucionales y leyes concernidas

Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

- Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública. Artículo 6.

CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

- Código de Deontología Médica. Artículo 51.1 sobre la dignidad e integridad de los pacientes. Artículo 55.3 sobre la obligación médica de proporcionar a la mujer gestante información adecuada, fidedigna y completa sobre la evolución del embarazo y el desarrollo fetal.

8

Declaraciones de sociedades científicas y profesionales de la medicina

- Declaración de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria ante las posibles modificaciones de la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, Diciembre 2013.
<http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Declaracion%20SESPAS%20aborto.pdf>
- Manifiesto de la Sociedad Española de Anticoncepción y de la Asociación Española de Pediatría Social sobre el Anteproyecto de la nueva ley del aborto, Enero 2014.
<http://pedsocial.wordpress.com/2014/01/10/manifiesto-de-las-sociedades-cientificas-sobre-el-anteproyecto-de-la-nueva-ley-del-aborto/>
- Comunicado de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal ante el anuncio sobre la posible modificación de la ley de salud sexual y reproductiva, y de la interrupción voluntaria del embarazo (LO2/2010) realizado por el Ministro de Justicia, Diciembre 2013.
http://www.aedprenatal.com/sites/default/files/Comunicado%20AEDP%20modificacion%20LO%202_2010%20Diciembre%202013%20sin%20info%20colegiado_0.pdf
- Posición de la Asociación Española de Neuropsiquiatría y Profesionales de Salud Mental sobre el Anteproyecto de la Ley del Aborto, Enero 2014.
http://www.aen.es/images/aen_aborto.pdf
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Manifiesto sobre el Anteproyecto de Ley de interrupción voluntaria del embarazo.
<http://www.sego.es/Content/noticias/22.1.14%20SEGO%20y%20Ley%20Aborto.pdf>
- Manifiesto de 1900 profesionales sanitarios. Ningún cambio es conveniente cuando una norma es acorde a la realidad social y sanitaria del país.
[http://www.medicosypacientes.com/articulos/archivos/ManifiestoAnteproyectoIV E%20\(1\).pdf](http://www.medicosypacientes.com/articulos/archivos/ManifiestoAnteproyectoIV E%20(1).pdf)

9

Informes de organismos públicos

- Informe al Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada del Consejo General del Poder Judicial.
http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder_Judicial/Consejo_General_del_Poder_Judicial/Actividad_del_CGPJ/Informes/Informe_al_Anteproyecto_de_Ley_Organica_para_la_proteccion_del_concebido_y_de_los_derechos_de_la_mujer_embarazada.
- Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada.
<http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/Informe%20Anteproyecto%20LO%20Proteccion%20Concebido.pdf>
- Informe del Consejo Fiscal al Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada.
INFORME_CF_ANTEPROYECTO_LO_ABORTO.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Declaración Institucional al Anteproyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
http://www.cgcom.es/noticias/2014/02/14_02_17_declaracion_omc
- Col.legi Oficial de Metges de Barcelona. Document de posició de la Junta de Govern sobre la interrupció de l'embaràs.
http://www.comb.cat/cat/actualitat/noticies/noticies_fitxa.aspx?Id=5B0DzwggPIGPmpw7aSWXw%3D%3D

10

Declaración de autoría

Elvira Méndez es médica especialista en medicina preventiva y salud pública. Ha sido Subdirectora General de Promoción de la Salud en el Ministerio de Sanidad y Consumo y ha recibido el Premio a la Excelencia Profesional en Humanidades Médicas del Colegio de Médicos de Barcelona. Ha sido profesora de Análisis de Políticas Públicas del Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Pompeu Fabra. Actualmente es Directora General de la Asociación Salud y Familia.

Mercè Gascó Doctora en Medicina por la Universidad de Barcelona. Experta en Programas de Salud Reproductiva y Cooperación al Desarrollo. Consultora de la OMS-Europa. Ha sido Presidenta de la Federación de Planificación Familiar de España. Actualmente es Asesora Técnica de la División Internacional de John Snow, Inc.

Ambas son coautoras de este Informe y responsables de su orientación y contenidos.

La Junta Directiva de la Asociación Salud y Familia suscribe este Informe del que destaca su enfoque pro-elección que coincide con la misión y valores de la entidad. Asimismo, a la luz de las evidencias aportadas manifiesta su oposición al Anteproyecto de *Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada*.

Septiembre 2014. Barcelona.

D.L.B: B 21924-2014

Composición de Portada: Asociación Salud y Familia.

Diseño y maquetación: Pere Anglada.

Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento - NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>.



Associació · Asociación
SALUD y FAMILIA