



**Análisis de la legislación  
europea y española sobre  
salud sexual y reproductiva**

**Consecuencias de la reforma de la LO 2/2010  
de salud sexual y reproductiva  
e interrupción voluntaria del embarazo**

**Julia Nogueira Domínguez**



**Julia Nogueira Domínguez**

Licenciada en Sociología por la Universidad de A Coruña y Máster en Técnicas de Investigación Social Aplicada por la Universidad de Barcelona y el Colegio de Sociólogos y Politólogos de Barcelona. Su trayectoria profesional se ha centrado en el estudio de las Políticas Públicas, las desigualdades sociales y la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, en diferentes organizaciones del Tercer Sector en Catalunya y Euskadi.

[julia.nogueira@eco-social.es](mailto:julia.nogueira@eco-social.es)

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Julia Nogueira Domínguez

ISBN: 978-84-15860-26-6

Depósito Legal: M-10689-2014

## Índice

Abstract.....	4
Resumen ejecutivo.....	5
Introducción.....	7
1. La legislación española y europea en materia de salud sexual y reproductiva.....	10
2. Las cifras de la interrupción voluntaria del embarazo en España y la Unión Europea.....	14
3. Análisis de los argumentos para la reforma de la LO 2/2010.....	27
4. Conclusiones. Las consecuencias de la reforma de la LO 2/2010.....	36
Bibliografía.....	39
Índice de tablas y gráficos.....	41

## Abstract

Las leyes más restrictivas en materia de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo, suponen un impedimento a la capacidad de acceso de las mujeres a determinados servicios sanitarios, las avoca a prácticas inseguras y clandestinas que ponen en grave riesgo su salud, y además, no derivan en un descenso de las tasas de aborto. La reforma, impulsada por el Ministerio de Justicia, de la LO 2/2010 que permite el aborto a petición de la mujer en las primeras 14 semanas de gestación desembocará en estas consecuencias, y contradirá la normativa imperante en la mayor parte de los países de la Unión Europea, regidos por leyes de plazos.

Este informe extraerá los principales resultados en torno a las cuestiones relativas al aborto en España y en los países europeos, con el fin de corroborar estas afirmaciones y llamar la atención sobre las negativas consecuencias de un cambio en la legislación actual.

---

*The most restrictive laws related to sexual health and reproduction and the voluntary termination of pregnancy are a roadblock for women needing access to necessary health services and lead to unsafe alternatives that pose high health risks, all without demonstrating a decline in abortion rates. The reform of the law LO 2/2010, promoted by the Ministry of Justice, which allows abortions to be legally administered in the first 14 weeks of gestation, will result in the previously mentioned consequences and contradict the current laws in most European countries governed by term laws.*

*This report will highlight the main results of the related questions regarding abortion issues in Spain and other European countries in order to support these claims and draw attention to the negative consequences of a change in the current legislation.*

## **Resumen ejecutivo**

El anteproyecto de reforma de la LO 2/2010 de salud sexual y reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo, publicado en diciembre de 2013 por el Ministerio de Justicia, implica el paso de una legislación por plazos a otra significativamente más restrictiva, que permite el aborto bajo dos únicos supuestos: el de riesgo para la salud materna y en el que el embarazo se haya producido a causa de una violación.

Este cambio legislativo supone caminar a contracorriente, si se tiene en cuenta que en 21 de los 28 países del entorno europeo rigen leyes de plazos para regular la interrupción voluntaria del embarazo, y acercar nuestra legislación a la de casos menos frecuentes como el de Irlanda, donde sólo se permite abortar en el supuesto de riesgo para la salud de la madre y donde la primera ley en torno a esta cuestión se ha aprobado en 2013.

Independientemente de las discusiones políticas en las que ha derivado la intención de reforma, los resultados oficiales dicen que el número de abortos ha descendido entre 2011 y 2012, de la misma manera que lo han hecho en la mayor parte de los países con leyes de plazos.

Además, puede demostrarse con cifras oficiales que, en aquellos países en los que la legislación es más restrictiva, existen numerosos casos en los que las mujeres se trasladan a interrumpir su embarazo a territorios donde sí se garantiza el derecho y la seguridad. Por otro lado, según la OMS, la mortalidad materna relacionada con la práctica de abortos inseguros es una realidad, y se da en los países en los que se niega a las mujeres la capacidad de decisión en materia reproductiva.

Con el fin de extraer las consecuencias a una reforma de la ley de plazos establecida en el año 2010, se han seleccionado cuatro países con normativas diferentes en relación con el aborto, y se ha analizado su comportamiento en torno a esta cuestión.

Países Bajos, con la ley más permisiva, en la que el aborto es libre durante las primeras 24 semanas; Rumanía, que evoluciona de la prohibición total a una ley de 14 semanas de plazo; Inglaterra y Gales, donde rige una ley de supuestos muy amplia -riesgo para la salud de la madre, malformación del feto, riesgo para la madre por cuestiones económicas y sociales, violación e incesto- e Irlanda, donde se prohíbe en cualquier caso en el que no se dé riesgo para la salud materna.

A través de los resultados de la investigación, se concluye que:

- Las leyes más restrictivas no suponen una reducción en el número de abortos, sólo legislan contra la capacidad de decidir y fomentan la desigualdad en el acceso a la salud de las mujeres;

- Los países con leyes más permisivas y consolidadas en la sociedad, incluyen medidas más eficaces en educación y métodos anticonceptivos, que ayudan a prevenir los embarazos no deseados;
- La restricción implica poner en riesgo la salud de las mujeres que desean interrumpir su embarazo;

Por último, se desmienten los motivos argumentados por el Gobierno para justificar la reforma de la LO 2/2010, demostrando:

- Que la tasa de aborto de menores de 16 años ha descendido entre 2011 y 2012, y que estas mujeres buscan, mayoritariamente, el apoyo materno y paterno;
- Que el aborto no es un método anticonceptivo, dadas las cifras de número de abortos por mujer;
- Que la ley por plazos no es arbitraria;
- Que el descenso de la natalidad no puede relacionarse con las interrupciones del embarazo.

## Introducción

### De los supuestos, plazos y el derecho a decidir de las personas.

Dos son las leyes que han regulado el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en España: la Ley Orgánica 9/1985, que despenalizó el aborto bajo tres supuestos -situación de riesgo para la salud de la madre, embarazo a causa de agresión sexual y malformación del feto-, y la Ley Orgánica 2/2010, *de salud sexual y reproductiva y la Interrupción Voluntaria del Embarazo*, que permite el aborto sin otorgar causas que lo justifiquen hasta la semana 14 de gestación, y que continúa vigente.

Estas leyes han sido objeto de controversia entre la opinión pública y política, entre grupos partidarios y detractores del aborto, que han defendido y cuestionado el derecho a decidir de las personas en materia reproductiva.

Actualmente se está viviendo un periodo de nuevas discusiones en torno a esta cuestión, debido a la intención expresa, por parte del Gobierno del Estado, de transformar la Ley de salud sexual y reproductiva de 2010, reforma que ha generado nuevas preguntas y respuestas que han dominado los contenidos, durante los últimos meses, de los principales medios de comunicación. *¿Quién decide en la reproducción, el estado o las personas?, ¿cómo afectará la reforma a la libertad y la seguridad de las mujeres?, ¿y a la práctica de las personas profesionales de la sanidad?*

Esta nueva formulación pretende volver al sistema de supuestos en la interrupción voluntaria del embarazo, y retrocede con respecto a la formulación de la Ley de condiciones de 1985, incluyendo un paso más: la penalización del aborto incluso cuando existe malformación del feto.

Según el anteproyecto de ley, las mujeres podrán abortar bajo los supuestos de riesgo importante para su vida y en el que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito contra la libertad o indemnidad sexual<sup>1</sup>.

Desde el Gobierno, se apoyan y justifican estas políticas que prohíben el aborto mediante el argumento del *derecho a la vida*. Sin embargo, según las autoridades internacionales en materia de salud, esta reforma podría suponer un perjuicio en la seguridad y bienestar de las mujeres.

Multitud de investigaciones y estudios realizados por instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS), advierten que las políticas más restrictivas provocan métodos clandestinos e inseguros de interrupción del embarazo, que ponen en peligro la salud de las mujeres, y que además, no reducen el número de abortos<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada. Ministerio de Justicia. Diciembre 2013

<sup>2</sup> *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*. Organización Mundial de la Salud, 2012. Segunda Edición

Esta situación justifica un análisis de la legislación y de las estadísticas en relación con las interrupciones voluntarias del embarazo, de manera que pueda analizarse cuáles son las tendencias legislativas europeas en esta materia y sus resultados, y que corroboren las informaciones dirigidas a afirmar que las leyes que penalizan los abortos no resultan, necesariamente, en una reducción de los mismos.

Por otro lado, habría que detenerse en la importancia de la defensa de la salud de las mujeres y de su poder de decisión en el ámbito reproductivo, en la eficacia de las políticas educativas en relación con la salud sexual y reproductiva y, en definitiva, en la necesidad de garantizar los derechos humanos y sanitarios de todas las personas.

De esta manera, este informe girará en torno a la confirmación de la siguiente hipótesis: *Los países con una legislación más permisiva en materia de interrupción voluntaria del embarazo contribuyen a la lucha contra los abortos clandestinos que ponen en peligro la salud de las mujeres, a la mejora de la educación en salud reproductiva que previene los embarazos no deseados y, por tanto, a la reducción de los abortos.*

Todo esto sin olvidar el hecho de que siempre existe un riesgo de embarazo no deseado, independientemente del nivel de educación e información ya que, tal y como afirma la Federación Internacional de Planificación Familiar:

*Las mujeres, en promedio, son fértiles durante 30 a 35 años de su vida, y van a ser sexualmente activas aproximadamente 25 de ellos sin querer tener un bebé. Hay 222 millones de mujeres que necesitan un método anticonceptivo moderno, pero no pueden acceder a ellos. E incluso si una mujer está usando un método anticonceptivo moderno, puede fallar; se puede abandonar el uso de la píldora por problemas estomacales, los preservativos pueden romperse o deslizarse... Por no mencionar el número de mujeres a las que no se da la opción de utilizar métodos anticonceptivos, o incluso si debe o no tener relaciones sexuales. No es de extrañar, entonces, que las mujeres y las parejas experimenten embarazos no deseados.*

A partir de las premisas enunciadas hasta este momento, el informe se dividirá en tres capítulos, que profundizarán en la información obtenida a través de estadísticas y fuentes oficiales de documentación para demostrar la hipótesis propuesta.

**El primer capítulo** analizará la legislación española y europea en materia de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo. Así, se extraerán datos referentes al nivel de legalidad y restricción del aborto, es decir, de los plazos, supuestos y prohibición en cada uno de los países de nuestro entorno.

**El segundo capítulo** mostrará las estadísticas oficiales del número de interrupciones voluntarias del embarazo en cada uno de los países de la Unión Europea, y se compararán con los resultados españoles durante el año 2011<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Se ha escogido este año por ser el único para el cual existen datos definitivos de las mayoría de los países de la Unión Europea. En las ocasiones en las que no sea posible, se aplicará el último dato disponible.

Este análisis no sería completo si no se realizase desde una perspectiva temporal, que ayude a obtener conclusiones sobre el incremento, disminución o estabilidad en el número de abortos en función de la normativa imperante en cada momento. Por este motivo, se seleccionarán cuatro países que se consideran paradigma de los tipos de legislación existente y de sus efectos, y que servirán para comparar sus trayectorias con la del estado español.

Además, y mediante artículos institucionales publicados, se extraerán resultados sobre educación sexual, acceso a métodos anticonceptivos modernos y prácticas de abortos inseguros con repercusiones en la salud de las mujeres<sup>4</sup>.

El **tercer capítulo** se centrará en la situación española, los efectos de la LO 2/2010 en cuanto a aumento o disminución de interrupciones voluntarias del embarazo, además de otras cuestiones, como los abortos de mujeres menores de edad, el número de intervenciones por mujer, el aborto según las semanas de gestación, y el estado de la natalidad en nuestro país. Este capítulo vendrá apoyado por una selección de la multitud de opiniones y declaraciones que se han realizado en los medios de comunicación desde el anuncio del cambio legislativo.

Por último, a partir de las **conclusiones**, se establecerán las consecuencias de un cambio en la legislación vigente en relación a la salud sexual y reproductiva.

---

<sup>4</sup> La extracción de los datos y de su evolución temporal dependerá de la disponibilidad de los mismos a través de las fuentes oficiales, como Eurostat, INE, OMS o el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

## 1. La legislación española y europea en materia de salud sexual y reproductiva

Hace 29 años se aprobó la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. Este artículo queda redactado de la siguiente manera:

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

*1ª Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente (...)*

*2ª Que el embarazo sea consecuencia de delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las 12 primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado*

*3ª Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado (...)*

En 2010, 25 años después, se aprueba la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo que, en su Artículo 14, dicta: *Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:*

*a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.*

*b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención*

*Además, la ley anuncia que si el aborto se lleva a cabo por anomalías del feto, el plazo se ampliaría hasta la semana veintidós.*

Asimismo, se atribuye al ámbito sanitario la responsabilidad de ofrecer unos servicios de atención a la salud sexual integral de calidad, y se garantiza el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación. Por último, se establecen medidas en el ámbito educativo, con la *incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.*

Por el contrario, el anteproyecto de ley que sustituirá a la Ley Orgánica de 2010, considera que el Estado tiene dos obligaciones: *La de abstenerse de interrumpir u obstaculizar el proceso natural de gestación, y la 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.* Apoyándose, según se extrae de su redacción, en el Artículo 15 de la Constitución Española, que establece que *todos tienen derecho a la vida.*

Una vez especificadas las normativas referentes a la salud sexual y reproductiva y al aborto, cabe incidir en el hecho de que el presente informe no cuestionará ningún tipo de *normas morales* que se refieran a dichos derechos vitales, sino que demostrará, con datos objetivos, que la restricción a la toma de decisiones de las mujeres no resulta en una reducción de los embarazos no deseados, ni de su interrupción.

Para demostrarlo de una manera empírica, habrán de analizarse resultados referentes tanto al estado español como a los países de su entorno, que ayuden a valorar la legislación en materia de aborto vigente en nuestro país y su nivel de coincidencia con la normativa que rige en el resto de países de la Unión Europea.

Desde este punto de vista, la clasificación de países podría realizarse desde tres perspectivas:

- Países en los que se establece un plazo límite en el que la interrupción de embarazo puede realizarse, libremente, a petición de la mujer, plazo que vendría ampliado según una serie de supuestos;
- Países en los que el aborto sólo puede realizarse según determinadas condiciones establecidas por ley;
- Países en los que está prohibido abortar.

Además, se ofrece el año de aprobación de la ley de cada una de las regiones, de manera que ayude a identificar el nivel de consolidación de la norma.

La evidencia, tal y como exponen las tablas 1 y 2, es que la gran mayoría de países de la Unión Europea, 20 en total -sin contar el caso de España-, permiten una interrupción voluntaria del embarazo con un sistema de plazos, desde los 90 días de Italia hasta las 24 semanas de Países Bajos.

En este momento, la legislación española en materia de salud sexual y reproductiva puede equipararse a la alemana, francesa, belga y rumana, que establecen un límite de 12 y 14 semanas para el aborto, con la única diferencia de que nuestra ley se aprobó sustancialmente más tarde que en estas regiones.

**Tabla 1. Países en los que el aborto puede producirse a petición de la mujer mediante sistema de plazos**

País	Plazo	Año	
Italia	90 días	1978	
Portugal	10 semanas	2007 <sup>5</sup>	
Croacia		1978	
Eslovenia		1991	
Austria		1974	
Bulgaria	12 semanas	1990	
Dinamarca		2007 <sup>6</sup>	
Eslovaquia		1986	
Estonia		1998	
Grecia		1986	
Hungría		2000	
Letonia		2002	
Lituania		1994	
Francia		2001	
R. Checa		1986	
Alemania		1995	
Bélgica		1990	
Rumanía <sup>7</sup>		14 semanas	1989
Suecia		18 semanas	1995 <sup>8</sup>
Países Bajos	24 semanas	1984	

Fuente: IPPF, Elaboración propia

Entre los países en los que rigen los supuestos, se encuentran tres -Chipre, Irlanda y Polonia- para los que las condiciones pueden considerarse rígidas y otros tres -Finlandia, Luxemburgo e Inglaterra- en los que existe una mayor flexibilidad.

En el caso de estos tres últimos, se establecen unos supuestos *abiertos* mediante los cuales el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo resulta factible para la mayoría de las mujeres, mientras que en el caso de Chipre, Irlanda o Polonia, está significativamente más restringido.

En definitiva, la reforma de la ley del aborto propuesta por el gobierno español, nos acercaría a este grupo.

<sup>5</sup> La Ley Portuguesa del aborto pertenece a 1984. Se expone el año 2007, que corresponde a Ley 16/2007, por la cual se modifica el límite de embarazo a 10 semanas a petición de la mujer.

<sup>6</sup> La Ley original danesa del aborto corresponde a 1973.

<sup>7</sup> Los plazos para el aborto libre son de 12 semanas y 14 cuando existe riesgo para la madre o el feto

<sup>8</sup> La ley original del aborto sueca corresponde a 1974.

**Tabla 2. Países en los que el aborto está sujeto a una serie de supuestos**

País	Supuestos <sup>9</sup>						Año
	RSM	RES	MFF	M 17	V	I	
Chipre							1986
Finlandia							2001
Irlanda							2013
Luxemburgo							1978
Polonia							1993
Inglaterra							1990

Fuente: IPPF, Elaboración propia

Por último, en cuanto a la legislación imperante dentro de la Unión Europea, sólo existe un país en el que está prohibido abortar en cualquier caso, y es Malta.

En conclusión, entre los países de la Unión Europea, la norma general imperante es la de una legislación relativamente abierta en relación con la interrupción del embarazo, ya que la gran mayoría de regiones han establecido una normativa relacionada con los plazos.

Parte del Parlamento Europeo ya se ha pronunciado a tenor de esta variedad de medidas legislativas. El Informe sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Afines de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género de esta institución, realizado por Edite Estrela de 2013, expone:

*Considerando que, a pesar de los compromisos internacionales, existe una disparidad en el nivel de salud sexual y reproductiva entre y dentro de los Estados miembros y una desigualdad de derechos sexuales y reproductivos de los que gozan las mujeres de Europa, entre otros aspectos en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo, según el país de residencia, nivel de ingresos, edad, condición de emigrante y otros factores.*

A partir de este contexto se desarrolla el siguiente capítulo, que expondrá las cifras relacionadas con las tasas de aborto de cada uno de estos países, y seleccionará cuatro de ellos para demostrar que, en aquellos en los que existen leyes más permisivas, existen también mejores condiciones a la hora de adquirir medidas para evitar embarazos no deseados, como métodos anticonceptivos y recursos educativos.

<sup>9</sup> Siglas con las que se corresponden los supuestos: RSM: Riesgo de Salud para la Madre  
RES: Riesgo para la madre por cuestiones Económicas y Sociales MFF: Malformación del Feto  
M 17: Mujer menor de 17 años V: Violación I: Incesto

## 2. Las cifras de la interrupción voluntaria del embarazo en España y la Unión Europea

*Considerando que las disparidades en las tasas de aborto entre los Estados miembros y la extendida mala salud reproductiva en partes de la UE indican la necesidad de una prestación no discriminatoria de servicios asequibles, accesibles, aceptables y de calidad, incluidos unos servicios de planificación familiar y que tengan en cuenta las necesidades de los jóvenes, así como una educación sexual integral.*

Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines  
Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género  
Parlamento Europeo, Septiembre de 2013  
Ponente Edite Estrela

El siguiente paso, a partir de la exploración de las medidas legislativas en Europa, consiste en evaluar el impacto que estas han tenido en el comportamiento de las tasas de interrupción voluntaria del embarazo, comenzando por la situación en España.

Aunque durante el capítulo 3 se profundizará en las circunstancias bajo las que tienen lugar los abortos en el Estado español, hay que decir que el impacto de la LO 2/2010 no puede considerarse negativo, ya que el número de interrupciones del embarazo entre 2011 y 2012 se ha reducido un 5%.

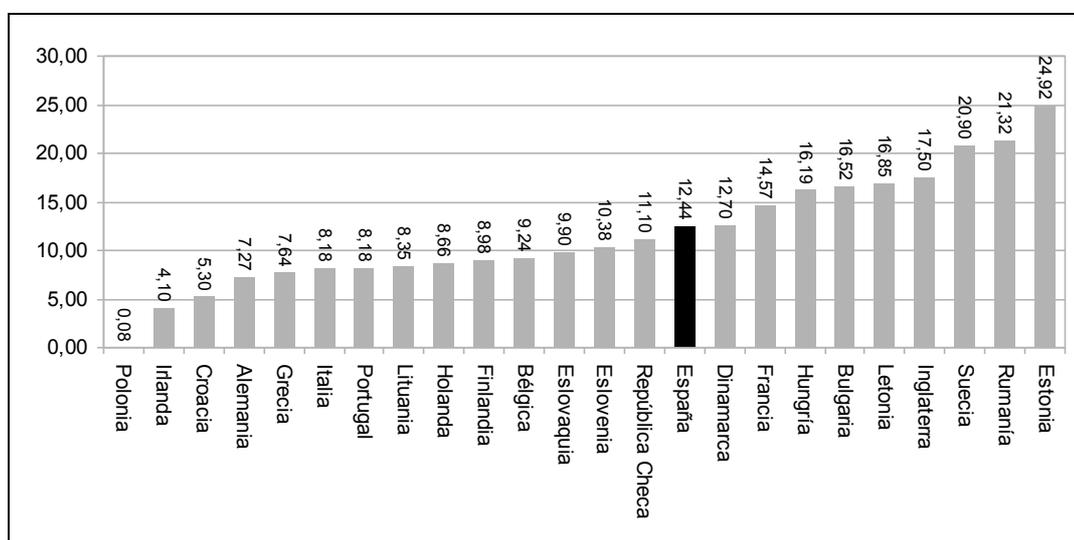
Concretamente, si en España se practicaron 118.359 interrupciones del embarazo en 2011; este mismo resultado para el año siguiente (2012) es de 112.390.

En relación con la situación europea, tal y como se ha expuesto en el apartado anterior, de los 28 países que forman parte de la Unión; 21 cuentan con una ley de plazos en materia de interrupción voluntaria del embarazo, 6 tienen leyes de supuestos -más o menos restrictivas-, y en uno está totalmente prohibido.

Pero, ¿qué comportamiento han tenido los niveles de aborto en estos países? La respuesta a esta pregunta implica el análisis del resultado de las tasas de aborto, que suponen el número de interrupciones de embarazos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años.

El siguiente gráfico extrae estas tasas para el año 2011, excluyendo los resultados para Malta, Chipre, Luxemburgo y Austria por la inexistencia de datos en la Oficina Europea de Estadística (Eurostat).

**Gráfico 1. Tasas de Aborto Legal. Unión Europea, 2011**



Fuente: Eurostat, Inspección de Salud, bienestar y Deportes de Países Bajos. Elaboración propia

\*La tasa de Grecia corresponde a 2000

\*La tasa de Italia corresponde a 2009

\*La tasa de Eslovenia corresponde a 2012

\*La tasa Francesa corresponde a 2005

\*La tasa de Inglaterra se refiere a Inglaterra y Gales

España se encuentra en el puesto número 11, lejos de Estonia o Rumanía, que tienen tasas de 24 y 21 respectivamente, y de Polonia o Irlanda, países con una fuerte restricción en sus legislaciones y que cuentan con unos niveles de aborto -legales- inferiores a las del resto de países.

La realidad detrás de los números resultantes es diferente en cada uno de estos territorios. Por un lado, en las regiones en las que hay una mayor restricción en materia de regulación reproductiva, son aquellos en los que resulta una tasa de aborto -legal- más reducida, como en el caso de Polonia e Irlanda. Sin embargo, no resulta tan evidente el número de mujeres que han acudido a otros países a interrumpir su embarazo, o aquellas que se han sometido a intervenciones clandestinas e inseguras.

En el caso de Irlanda, los resultados que se ofrecen han sido extraídos de la Inspección de Salud, Bienestar y Deportes de Países Bajos, y se basan en el número de mujeres que acudieron a Inglaterra, Gales y Países Bajos a interrumpir su embarazo, ya que no existen datos oficiales para este país.

Las publicaciones *Informe anual 2012. Ley de Interrupción del Embarazo*, de la Inspección de Salud, Bienestar y Deportes de Países Bajos y *Estadísticas del Aborto, Inglaterra y Gales, 2012* del Departamento de Salud de Reino Unido, dan cuenta de esta situación y, a partir de

ellos, pueden extraerse datos mediante los que realizar una aproximación al número de abortos fuera de las fronteras polacas e irlandesas.

En el caso de Polonia, al menos 162 mujeres realizaron traslados para interrumpir su embarazo durante el 2011, (24 mujeres acudieron a Reino Unido y 138 viajaron a Países Bajos). De la misma manera, respecto a la situación irlandesa, 4.149 mujeres acudieron a Inglaterra o Gales a abortar, y 33 a Países Bajos, en el mismo año.

Estas dos publicaciones muestran, además, los porcentajes de abortos practicados a petición de mujeres que no residen en sus regiones.

En el caso de Países Bajos, el 12,4% de interrupciones que se produjeron en aquel país correspondían a mujeres que residían en el extranjero. En Inglaterra, suponen un 3,14%, aunque durante la década de los 70 llegaron a representar un 33% de los casos.

Se pone de manifiesto, así, que los resultados en el caso de los países donde el derecho a abortar se aplica bajo los supuestos más rígidos, no muestran la sumisión ni el acuerdo por parte de las mujeres que desean interrumpir su embarazo, sino que revela su firme determinación y necesidad de decisión, ya que acuden a países donde no se imponen restricciones y donde las prácticas son seguras y legales.

De la misma manera, hay que llamar la atención sobre el hecho de que, con este tipo de legislación, se está estableciendo una desigualdad de acceso a los servicios sanitarios de las mujeres, ya que estos viajes suponen un desembolso económico al que no todas las personas pueden enfrentarse, y deja a parte de la población a merced de la disposición gubernamental o al riesgo de prácticas inseguras de interrupción del embarazo -imposibles de cuantificar para cada región en concreto-, que ponen en riesgo su salud.

Además de esta descripción estática correspondiente a 2011, el análisis evolutivo resulta fundamental para describir el comportamiento de las interrupciones voluntarias del embarazo y las regulaciones que tienen que ver con el acceso a servicios de planificación familiar, a métodos anticonceptivos modernos y a la educación sexual en escuelas y centros sanitarios.

Con el fin de aportar datos objetivos a esta afirmación, se han seleccionado cuatro países que representan las diferentes normativas europeas, y se expondrán resultados en cuanto a la evolución de sus tasas de aborto, sus características educativas en relación a la salud sexual y reproductiva, y los niveles de seguridad en torno a las condiciones en que las mujeres interrumpen su embarazo.

Los países seleccionados y las razones por las que se han elegido son:

- Países Bajos: El motivo de su elección reside en que es el país que cuenta con la ley más permisiva, con un plazo para interrumpir el embarazo de 24 semanas y, al mismo tiempo, uno de los países con la tasa más reducida de abortos.

- Rumanía: Cuenta también con una ley de plazos. Lo hace interesante para su estudio su complicada evolución normativa, ya que sus leyes han sido extremas. Desde la prohibición total durante el régimen de Ceausescu, hasta la permisividad por plazos.
- Inglaterra y Gales: Representarán el ejemplo de las leyes de aborto sujetas a los supuestos más flexibles y que, al mismo tiempo, constituyen los destinos de mujeres europeas, a los que acuden a interrumpir su embarazo cuando en sus propios países está prohibido.
- Irlanda: Es uno de los países en los que está prácticamente prohibido abortar. Hasta el año 2013 no existían leyes en este país en materia de aborto. Desde este año, se ha configurado una normativa inédita en la cual se permite interrumpir el embarazo, bajo el supuesto de riesgo para la salud materna. Además, tal y como está configurado el proyecto de reforma anunciado por el Gobierno, la legislación española se acercará a la irlandesa.

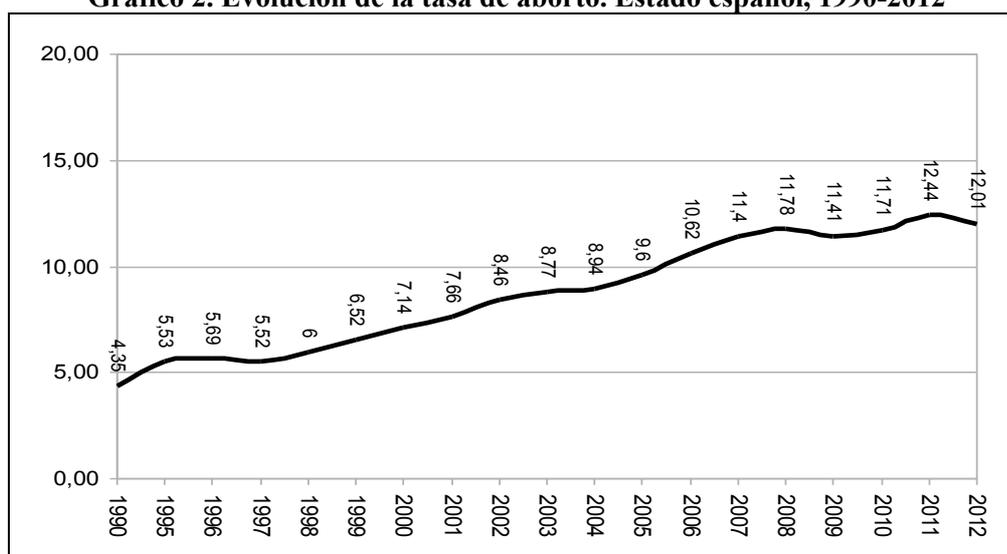
### Estabilidad y descenso de las tasas de abortos en los países europeos seleccionados

*No es verdad que el aborto se use como un método anticonceptivo y no hayan descendido el número de interrupciones. Al contrario, los últimos datos disponibles señalan que el número de abortos en 2012 ha bajado un 5% respecto a 2011, de 118.000 a 112.000, con la actual ley de plazos aprobada por el Gobierno de Zapatero. Tasa similar a la de los países de la Unión Europea.*

Trinidad Jiménez. El País, 1 de febrero de 2014

En diciembre de 2013, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, publicó las cifras correspondientes a la interrupción voluntaria del embarazo en 2012 y fechas anteriores, las cuales permiten estudiar la evolución de las tasas de aborto desde 1990 hasta ese año, expuestas en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de aborto. Estado español, 1990-2012



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia

Antes de comenzar con el análisis de los datos, hay que recordar que la despenalización del aborto en España corresponde al año 1985, lo cual explicaría el aumento de las interrupciones voluntarias del embarazo durante los años que representa el gráfico, ya que se tratan de intervenciones legales y registradas, para las que existe evidencia oficial.

Además, habría que destacar que la ley de plazos del gobierno socialista aprobada en España corresponde al 2010. Si se atiende a las fechas expuestas en la tabla 1, es la más reciente entre los países europeos que se han acogido a esta normativa y, por lo tanto, aquella menos consolidada en cuanto a otras cuestiones satélite a los abortos, como la educación sexual y reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos.

La LO 2/2010 expone, en su Disposición Adicional Tercera: *El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes en el Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.* Y, en su Artículo 10 referente a las Actividades Formativas: *Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.*

Quedarían todavía cosas por hacer en estos dos ámbitos ya que, como se verá más adelante, la educación sexual no está debidamente desarrollada en las escuelas, y la financiación pública no cubre todos los tipos de métodos de anticoncepción, ni lo hace de la misma manera en todas las Comunidades Autónomas.

Por otro lado, el aumento porcentual entre los años 2010 y 2011 no es superior al de años anteriores, cuando la legalidad del aborto se basaba en tres supuestos, ya que el incremento desde la aplicación de la ley de plazos ha sido menor a un punto porcentual.

Por último, hay que destacar que el número de abortos durante el 2012 ha descendido, por primera vez, desde 2009. De manera que, en este momento, 12 de cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años se han sometido a un aborto, por diferentes causas, en los plazos descritos por la ley.

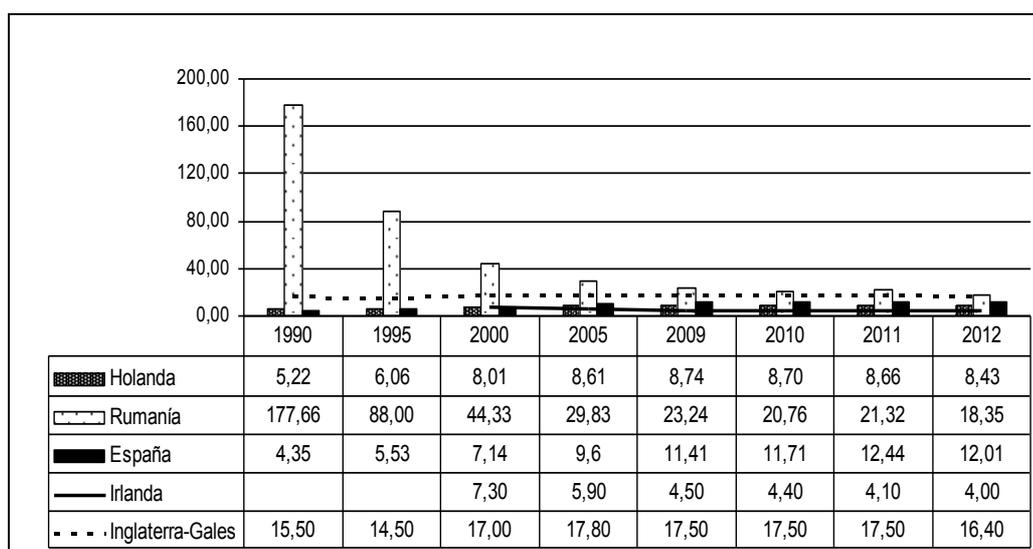
La publicación de este resultado responde al comportamiento de las mujeres después de la aprobación de la ley de plazos, y afirma la hipótesis general de que las leyes más permisivas no suponen un aumento del número de interrupciones del embarazo. Al contrario, entre 2011 y 2012 estas han descendido un 5%.

A continuación, se valorarán los resultados de una manera global, comparándolos con la evolución de estas mismas tasas en los países del entorno de la UE especificados en páginas anteriores.

## ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN EUROPEA Y ESPAÑOLA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El análisis de estos resultados reafirmará el hecho de que, más allá de restricciones, las políticas más eficaces son aquellas que garantizan, no sólo el derecho a decidir de las mujeres y los hombres en cuanto a su reproducción, sino también aquellas que aseguran una educación sexual de calidad, mayor seguridad en materia de salud y, en definitiva, un menor número de abortos.

**Gráfico 3. Evolución de la tasa de aborto en los países seleccionados del contexto europeo, 1990-2012**



Fuente: Eurostat, Inspección de Salud, Bienestar y Deportes de Países Bajos. Elaboración propia

Será el período entre 1990 y 2012 el que definirá la evolución de las tasas de aborto en los países europeos representativos de las diferentes normas referentes a la salud sexual y reproductiva.

Como ya se ha dicho, el aborto en Irlanda es ilegal excepto en los casos en los que exista un riesgo objetivo para la salud de la madre, incluyendo el suicidio. Sin embargo, las mujeres tienen derecho a acudir a otros países donde sea legal y seguro interrumpir su embarazo.

La Constitución de 1937 de este país se reformó respecto a este tema en 1992, dictando: *El estado reconoce el derecho a la vida del no nacido y, con el debido respeto a la igualdad de derechos a la vida de la madre, garantiza en sus leyes el respeto, y, en la medida de lo posible, por sus leyes para defender y reivindicar ese derecho. Esta subsección no limitará la libertad de viajar entre el estado y otro estado. Esta subsección no limitará la libertad de obtener o poner a disposición, en el Estado, con sujeción a las condiciones que prescriba la ley, la información relativa a los servicios disponibles legalmente en otro estado.*

A falta de estadísticas referentes al período 1992-1995, puede decirse que, a partir del 2000, los abortos realizados -aquellos considerados legales- se estabilizan, de manera que entre 2009 y 2012 las tasas de Interrupción Voluntaria del Embarazo se encuentran en torno al 4%.

El caso de Rumanía es especialmente interesante por lo convulso de su historia. Este país despenalizó el aborto por primera vez en 1957, bajo la legislación de los países de la órbita soviética. Así, la normativa permitía abortar a las mujeres durante los tres primeros meses del embarazo sin alegar causas.

Sin embargo, durante el mandato de Ceausescu, entre 1967 y 1989, la política natalista se rigió mediante el Decreto 770, según el cual los métodos anticonceptivos y el aborto estuvieron prohibidos y se gobernó con un férreo control de los nacimientos, ya que el *deber patriótico* de las mujeres era traer bebés al mundo. De esta manera, el aborto no se legalizó hasta 1989.

Probablemente este contexto es el que responde al enorme *boom* de cifras de interrupción de embarazos sobre todo entre 1990 y 1995, no ya sólo por el paso de una prohibición total a un sistema de plazos, sino a que estas políticas no fueron unidas a un mayor acceso a métodos anticonceptivos -que durante la prohibición se adquirían mediante contrabando-, ni de una educación sexual adecuada.

Sin embargo, tal y como se puede apreciar en el gráfico 3, la tasa de aborto en Rumanía ha descendido muy significativamente entre 1990 y 1995, años en los que se pusieron en práctica políticas de educación sexual y de financiación de métodos de anticoncepción. Hoy por hoy, se encuentra cercana a las tasas resultantes en Inglaterra y Gales.

El caso especial de Rumanía ayuda a sostener la hipótesis de que el aborto no resulta un método anticonceptivo más, y que la restricción en torno al aborto, a la educación y al acceso a servicios de salud desarrollados sí genera situaciones que mujeres y hombres desearían evitar.

Por lo que respecta a Países Bajos, Inglaterra y Gales, nos encontramos ante una situación de descenso de las tasas de abortos desde 2010.

En el caso de Inglaterra y Gales, cuya ley de supuestos es amplia y se ha aplicado desde 1990 en su última revisión, resulta una tasa de 16,4 mujeres por cada 1.000 entre 15 y 44 años que han interrumpido su embarazo en 2012, inferior en un 5,5% respecto a la de 2011.

Por último, la ley más permisiva, correspondiente a Países Bajos, resulta en una de las tasas de aborto más bajas, concretamente de un 8,43; cifra que no ha parado de decrecer desde 2010.

**Insuficiente educación sexual y mejorable acceso a métodos anticonceptivos en los países europeos seleccionados**

*Considerando que una educación sexual integral, apropiada para cada edad, con base empírica, científicamente correcta y objetiva, los servicios de planificación familiar de calidad y el acceso a los anticonceptivos ayudan a evitar embarazos no planeados y no deseados, reducen la necesidad de recurrir al aborto...*

Informe sobre Salud sexual y reproductiva y derechos afines  
Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género  
Parlamento Europeo, Septiembre de 2013

Según el Informe sobre Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Afines de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo (2013), realizado por Edite Estrela, *las elevadas tasas de natalidad y aborto e infecciones de transmisión sexual entre adolescentes tienden a estar vinculadas a una educación sexual deficiente o insuficiente.*

Las leyes de interrupción del embarazo más eficaces son aquellas que aprueban, no sólo la posibilidad de decidir de las personas, sino las que incluyen una serie de cuestiones colaterales, como la educación sexual y la anticoncepción.

Parece obvio afirmar que las Políticas Públicas que incluyen aspectos en materia de salud sexual y reproductiva real, ayudan a reducir el número de embarazos no deseados, lo que incidiría en un decremento de las tasas de aborto.

Son numerosos los informes, investigaciones y explotaciones estadísticas que se han realizado a este respecto en la Unión Europea.

En primer lugar, habría que destacar el *Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 10 países de la UE* de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), publicado en 2013, en el que se comparan las distintas políticas sobre el acceso de las mujeres jóvenes a la elección de anticonceptivos modernos, y del que se extraen datos relativos a las Políticas Públicas referentes a la educación, a los servicios, a evitar la discriminación y a favorecer el empoderamiento de las mujeres.

En este barómetro se comparan datos resultantes a estos ámbitos en 10 países europeos, entre los que se encuentran España y Países Bajos. Se calcularon indicadores de los que resultaban puntuaciones de 0 a 100 en torno a cada uno de los ámbitos citados, donde 0 sería la puntuación más baja y 100 la más alta. Los resultados para Países Bajos y España fueron los siguientes:

**Tabla 3. Resultados al barómetro IPPF. Países Bajos y España, 2013**

Ámbito	España	Países Bajos
Estrategia y elaboración de políticas	49,0%	64,6%
Conciencia general sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la libre elección de anticonceptivos modernos	25,0%	60,7%
Educación en temas de salud sexual y reproductiva y los distintos métodos anticonceptivos para jóvenes	25,6%	62,8%
Educación y formación de los profesionales de la salud y proveedores de servicios	57,9%	87,4%
Asesoramiento individualizado y servicios de calidad	53,0%	77,4%
Sistemas de reembolso	57,1%	71,4%
Prevención de la discriminación	45,5%	90,9%
Empoderamiento de las mujeres a través de la libre elección de anticonceptivos modernos	22,0%	30,0%

Fuente: IPPF. Elaboración propia.

La conclusión general por lo que respecta a España, según este informe, radica en el impacto positivo de las políticas en derechos sexuales y reproductivos, con referencia a la ley de 2010, y en el efecto negativo que está teniendo la actual crisis económica en el acceso a métodos anticonceptivos: *La estrategia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de 2011 se elaboró con la participación de actores relacionados con este ámbito a nivel nacional y autonómico (...) Sin embargo, desde el cambio de Gobierno en 2012, la estrategia en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos ha dejado de ser una prioridad y se ha paralizado, en práctica, su aplicación.*

Por último, destaca que la situación es muy desigual en los distintos ámbitos territoriales de nuestro país. En palabras textuales, cita:

*En líneas generales, España ha obtenido una puntuación baja en todas las áreas políticas, a pesar de haber realizado un progreso importante a nivel político en salud y los derechos sexuales reproductivos. Las actuales medidas de austeridad se perciben como el mayor obstáculo para seguir progresando en el área de salud sexual y reproductiva, para reducir los embarazos no planificados y para garantizar el acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos. El acceso de las mujeres jóvenes a la libre elección de anticonceptivos modernos varía de manera significativa entre las distintas Comunidades Autónomas.*

Concretamente, las peores marcas españolas se sitúan en la conciencia general sobre salud y los derechos sexuales y reproductivos y la libre elección de anticonceptivos modernos, en la que obtenemos un 25% sobre 100; la educación sobre Salud sexual y reproductiva y libre elección de anticonceptivos modernos para las y los adolescentes y jóvenes (25,6% sobre 100) y el empoderamiento de las mujeres a través del acceso a la libre elección de anticonceptivos modernos (22% sobre 100).

Los pobres resultados en estos ámbitos se refieren a la falta de obligatoriedad de la educación sexual en las escuelas y a la carencia de un presupuesto específico en este ámbito, a la inexistencia de campañas en torno a la salud y derechos sexuales y reproductivos y a la falta de referencias en cuanto a la salud sexual en la LO 3/2007 de Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Por otro lado, el uso de anticonceptivos en España se despenalizó en 1978, y el sistema de reembolso en este momento es parcial, ya que la persona usuaria corre con un 40% del gasto<sup>10</sup>.

Según las Encuestas de Anticoncepción en España del equipo Daphne, el 75% de las mujeres entre 15 y 49 años utilizaban, en 2011, algún método anticonceptivo<sup>11</sup>.

En el caso de Países Bajos, que es, como ya se ha visto, uno de los países europeos con una tasa de aborto más baja, los resultados son sensiblemente mejores, sobre todo en lo que respecta a la *conciencia de la salud sexual y reproductiva* donde obtiene un 60,7%, y de la *educación sexual*, con un 62,8%.

Los resultados generales según este barómetro para Países Bajos son los siguientes: *Los Países Bajos tienen una puntuación muy alta con respecto a la política de medidas encaminadas a prevenir la discriminación, que son considerablemente más altos en este campo que el resto de los nueve países examinados en este informe. (...) Los Países Bajos centran sus políticas de salud sexual y reproductiva en campañas de información, principalmente en la prevención de embarazos no deseados.*

El principal programa en educación sexual realizado en las escuelas holandesas es el llamado *Larga Vida al Amor (Lang Leve de Liefde)*, que se lleva a cabo desde 1990 por la Fundación Holandesa contra las Enfermedades de Transmisión Sexual, y realiza no sólo formación en las escuelas, sino que además se ocupa de la formación de personal docente.

En los Países Bajos, el 70% de las mujeres entre 18 y 45 años utilizan métodos anticonceptivos.

En Inglaterra, un 76% de las mujeres entre 16 y 49 años usan métodos anticonceptivos<sup>12</sup>. Es un país en el que la educación sexual se incluyó en el Plan de Estudios Nacional en 1999.

---

<sup>10</sup> IPPF. *Barómetro del acceso de las mujeres a la libre elección de anticonceptivos modernos en 10 países de la UE*. Bruselas, 2013.

<sup>11</sup> Dato publicado por el Instituto de la Mujer, no proviene de la estadística oficial

<sup>12</sup> Datos para 2006/2007. Family Planning Association

Por lo que respecta a Rumanía, la educación sexual es obligatoria y se imparte una vez a la semana. Los temas en los que se instruye al alumnado son: la higiene, la menstruación, el embarazo, la planificación familiar, enfermedades venéreas, etc.<sup>13</sup>

Además, la preocupación por la adquisición de métodos anticonceptivos modernos accesibles para la población comenzó en 1990 con la creación de la Organización no Gubernamental SECS (*Societatea de Educatie Contraceptiva si Sexuala*) y por parte del Ministerio de Salud rumano en 1993, que empezó a ofrecerlos gratuitamente y a bajo coste en centros de Planificación Familiar en 1996, momento en el cual la población que los utilizaba representaba poco más del 20%.

El impacto de estas medidas es evidente ya que, según la OMS, con datos de 2009 para Rumanía, un 70% de las personas utilizan métodos anticonceptivos.

En Irlanda existe, de la misma manera, una política de educación sexual en las escuelas, dictada por el Departamento de Educación en 1997, con el objetivo de *ayudar a los niños a adquirir un conocimiento y comprensión de las relaciones humanas y de la sexualidad a través de procesos que les permitirán formar valores y establecer comportamientos dentro de un marco moral, espiritual y social*.

Sin embargo, el informe *Relaciones y Educación Sexual en el contexto social, personal y sanitario*, publicado por la agencia irlandesa *Crisis Pregnancy Agency*, denuncia que los recursos educativos en esta materia dependen de la política de la escuela en cuanto a relaciones y educación sexual, definida por el personal, el director, las madres y padres, y el Consejo de Administración. Este es un factor que deja en desigualdad de condiciones al alumnado, y en situación de vulnerabilidad con respecto a los embarazos no deseados.

En Irlanda, la venta de anticonceptivos se legalizó por primera vez en 1985, sólo bajo prescripción médica y sólo a los matrimonios. Sin embargo, la evolución en el acceso a estos métodos ofrece resultados positivos, ya que el Departamento irlandés de Salud y Menores afirma que un 69,4% de las mujeres usa métodos anticonceptivos<sup>14</sup>.

En conclusión, de los datos aquí expuestos se puede extraer, en primer lugar, que España es el único país de los analizados que no cuenta con la educación sexual dentro de sus currículums formativos, ya que este tipo de educación, aunque está recomendada por la LO 2/2010 no la dicta como obligatoria, lo que ayuda a suponer que la solución no estaría en un cambio de la norma vigente, que otorga la posibilidad a decidir de la ciudadanía, sino que habría que mejorar en lo que a educación sexual se refiere.

Por otro lado, el empoderamiento de las mujeres en cuanto a la Salud sexual y reproductiva sigue siendo una asignatura pendiente, ya que no se menciona en la LO 3/2007 para la

---

<sup>13</sup> Mihaela Miroiu. *Todo a la vez: Equidad, neutralidad y conservadurismo; el caso de Rumanía* (2004)

<sup>14</sup> Department of Health and Children. Crisis Pregnancy Agency. *The Irish Study of Sexual Health and Relationships Sub-Report 3: Sexual Knowledge, Attitudes and Behaviours – A Further Analysis*. Irlanda (2008)

Igualdad entre Hombres y Mujeres, que constituye el símbolo legislativo por la igualdad de oportunidades de la última década.

Teniendo en cuenta a los cuatro países incluidos dentro del estudio, habría que decir que, en cuanto a educación sexual, puede considerarse la de Irlanda como la más deficitaria, ya que el enfoque de la formación a este respecto está supeditada a la línea de creencias de cada uno de los centros escolares, sin haber una normalización de los contenidos de estudio.

Por último, cabe destacar el esfuerzo realizado en Rumanía en cuanto al acceso de la población a los métodos anticonceptivos modernos, ya que han aumentado su uso en 50 puntos porcentuales sobre el total de la población entre 1996 y 2009, lo que corresponde a su espectacular descenso en sus tasas de aborto entre 1990 y 2012.

### **La mortalidad materna a causa de prácticas inseguras relacionadas con el aborto**

*Denuncia que en los países en los que no existe un acceso fácil al aborto se produce una situación de desigualdad y discriminación, ya que ante una situación de interrupción voluntaria del embarazo, existen dos clases de mujeres, las mujeres de primera, con dinero para pagar el viaje y los gastos para abortar libre y legalmente, con todas las garantías sanitarias, en cualquiera de los países de Europa en las que el aborto es accesible y legal, y mujeres de segunda, sin recursos económicos, que tienen que recurrir a la práctica de abortos clandestinos, como si fueran delincuentes y poniendo en grave riesgo su salud y su vida.*

Informe sobre Salud sexual y reproductiva y derechos afines  
Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género  
Parlamento Europeo, Septiembre de 2013  
Ponente Edite Estela

Según la OMS<sup>15</sup>, las muertes por abortos inseguros permanecen cerca del 13% (47.000 en total) de las muertes maternas mundiales en 2008. Estas cifras se han reducido desde 1990, en el que suponían 69.000 defunciones de mujeres por la práctica de abortos por vías no seguras.

La OMS define el aborto inseguro como un procedimiento para terminar un embarazo no deseado:

- Llevado a cabo por personas que carecen de las habilidades necesarias o en un ambiente que no se ajuste a las normas médicas mínimas;
- En circunstancias inapropiadas antes, durante o después del aborto;
- En las que no hay ninguna orientación ni asesoramiento;
- Es provocado por la inserción de un objeto en el útero por la propia mujer o un practicante tradicional;

---

<sup>15</sup> OMS. *Unsafe Abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. Ginebra, 2008.

- Es autoinducido mediante la ingesta de la medicación tradicional o sustancias peligrosas.

Añade además que influye en la práctica de abortos inseguros el momento en el que la mujer no busca atención médica debido a las restricciones legales o las creencias sociales y culturales vinculadas con el aborto inducido. Así, afirma que las tasas de abortos inseguros son más altas cuando las leyes son restrictivas y, al mismo tiempo, cuando el acceso a métodos modernos de anticoncepción no está garantizado.

Países Bajos es un ejemplo claro de que la despenalización del aborto reduce consistentemente la mortalidad femenina a causa de la realización de abortos clandestinos o no seguros.

Así, el mismo informe afirma que los países del oeste de Europa, entre los que se encuentran Países Bajos, Francia y Alemania (los tres con una legislación de plazos) son los que tienen una tasa de abortos inducidos más bajos, tal y como ya se ha expuesto anteriormente, pero además, son aquellos que cuentan con un mayor acceso a métodos anticonceptivos y, por supuesto, unas tasas de abortos inseguros inexistentes.

Pero el mejor ejemplo para justificar el descenso de la mortalidad femenina a causa de abortos no seguros es el de Rumanía.

Durante la etapa de Ceausescu (1966-1989), en la que el aborto era ilegal, murieron 9.452 mujeres a causa de abortos inseguros (Kligman, 1992:406). Sin embargo, según datos de la OMS, si durante el último año de prohibición (1989) algo más de 500 mujeres murió a causa de un aborto, en 1990, este número se redujo a menos de 200. Hoy, este tipo de mortalidad es prácticamente nula.

En definitiva, hablar de mortalidad o problemas de salud que sufren las mujeres a causa de prácticas inseguras de aborto no es fácil, ya que los registros publicados no son completos. Aún así, el citado documento de la OMS apunta a que, en los países de Europa del Este, habría un número estimado de 360.000 abortos inseguros, en los cuales habrían muerto 90 mujeres.

Como conclusiones a la mortalidad a causa de los abortos inseguros y clandestinos hay que decir que, tanto el Parlamento Europeo como la OMS han puesto el acento sobre el peligro para las mujeres que viven en países donde perviven las restricciones legales en materia de aborto.

Que en los países en los que los abortos eran ilegales y se impuso una ley de plazos, como en el caso de Rumanía, las muertes y las enfermedades a causa de abortos clandestinos descienden significativamente.

Y, por último, que los países europeos en los que existe un mayor número de abortos inseguros son en aquellos pertenecientes a Europa del Este, como el caso de Polonia, donde el aborto es ilegal excepto en los casos de grave peligro para la salud materna y del feto.

### 3. Análisis de los argumentos para la reforma de la LO 2/2010

Desde el anuncio de reforma de la ley actual de salud sexual y reproductiva y la publicación del anteproyecto, han sido numerosos los argumentos expuestos por parte del Gobierno y del Ministerio de Justicia para justificarlo.

En este último capítulo se analizarán estos motivos, y se desmentirán con datos objetivos, referentes a las siguientes cuestiones:

- El aborto en mujeres menores de edad y el consentimiento materno y paterno;
- El número de abortos por cada mujer -desmintiendo el uso del aborto como método anticonceptivo-;
- Los plazos en los que las afectadas por un embarazo no deseado lo interrumpen;
- Los índices de natalidad y las verdaderas causas de su descenso.

Cada uno de estos datos irá apoyado de otros estudios realizados en las diferentes materias y en la multitud de declaraciones que se han vertido, durante estos últimos meses, en diferentes medios de comunicación nacionales, apoyando y rechazando la ley actual.

No se tratará en este capítulo el perfil socioeconómico de las mujeres que interrumpen su embarazo -excepto su edad, dada la controversia surgida a partir de la autorización materna y paterna entre las menores-, ya que el acceso a la educación sexual y reproductiva, a métodos anticonceptivos que eviten embarazos no deseados, y a la interrupción de estos, se presupone como un derecho universal, al que no debería afectar la condición de cada mujer y que no depende, en ningún caso, de su estatus socioeconómico ni de su nivel de estudios.

Esta reforma sí constituiría, sin embargo, un elemento de desigualdad que permitirá el acceso, a personas con posibilidades económicas, a un aborto seguro en países en los que esta práctica sea legal.

#### **Descenso del aborto en menores: La madurez de las mujeres de hasta 16 años, sometida a prueba**

*Raquel, de 17 años, acudió hace unos meses a interrumpir su embarazo acompañada de su madre. Cuenta que al principio no quería decírselo, pero al final se lo contó. “Tenía muy clara la decisión y no me apetecía contarlo en casa, quería mantener mi intimidad, pero me alegro de haberlo contado. Mi familia me ha apoyado mucho”, argumenta. Esta joven critica que la nueva ley obligue a las chicas a contar con el consentimiento paterno para abortar: “Eso no tiene en cuenta la realidad. Es nuestra vida, somos nosotras quienes nos enfrentamos al embarazo, al hijo. Somos suficientemente maduras”.*

El País, 21 de diciembre de 2013

El Artículo 13 de la LO 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo anuncia como *requisitos comunes* necesarios para la interrupción voluntaria del embarazo:

*Primero – Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.*

*Segundo – Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.*

*Tercero – Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica. Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.*

*Cuarto – En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.*

*Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.*

*Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.*

Sin embargo, el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada declara:

*La mujer, con independencia de su edad, debe expresar su voluntad en la toma de decisiones que le afectan directamente. Pero, el ejercicio libre de la facultad de decidir y consentir requiere de una madurez que no puede ser presumida en el caso de mujeres menores de edad o con la capacidad judicialmente complementada. Por ello, se establece que, si fueran menores entre 16 y 18 años, no emancipadas o mayores de edad sujetas a curatela, se requerirá su consentimiento y el asentimiento de los titulares de la patria potestad, tutor o curador, según proceda. Si fueran menores de 16 años o mayores de edad sujetas a tutela, además de su manifestación de voluntad, se precisará el consentimiento de sus progenitores, si ejercieran la patria potestad, o de su tutor.*

Se ha hablado, a este respecto, del riesgo de las mujeres de 16 años porque no dispondrían de la madurez necesaria para realizar una interrupción voluntaria de su embarazo.

Sin embargo, y con datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, puede afirmarse que el grupo de mujeres menores de 15 años -no existen datos de abortos realizados en franjas de edad más detalladas- es aquel menos numeroso, con mucha diferencia, entre el total por edad de las que han interrumpido su embarazo.

**ANÁLISIS DE LA LEGISLACIÓN EUROPEA Y ESPAÑOLA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

---

La tabla 4 muestra la distribución porcentual por edad de las mujeres que han tomado la decisión de abortar y, sobre el total, puede decirse que en volumen, este grupo ha permanecido estable.

**Tabla 4. Distribución porcentual de las mujeres que han interrumpido su embarazo según su edad. Total estatal, 2005-2012**

<b>Distribución %</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>&lt;15</b>	0,46	0,49	0,45	0,41	0,41	0,38	0,38	0,41
<b>15-19</b>	13,59	13,19	13,20	12,49	12,12	12,12	11,94	11,74
<b>20-24</b>	25,98	24,99	25,19	24,51	23,57	22,65	22,13	21,66
<b>25-29</b>	24,39	24,92	24,60	24,92	24,28	23,70	23,04	22,76
<b>30-34</b>	17,95	18,44	18,94	19,64	20,40	21,03	21,35	21,62
<b>35-39</b>	12,39	12,83	12,53	12,90	13,74	14,34	15,14	15,47
<b>40-44</b>	4,82	4,76	4,73	4,77	5,04	5,36	5,51	5,87
<b>&gt;44</b>	0,42	0,38	0,37	0,36	0,43	0,44	0,51	0,46
<b>Total</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia

En primer lugar, hay que decir que el porcentaje de mujeres menores de 15 años que han experimentado abortos no resulta significativo si se compara con la distribución entre el resto de rangos de edad y, por otro lado, que las interrupciones voluntarias del embarazo de aquellas que tienen entre 15 y 19 no han parado de descender desde el 2005, incluso después de la Ley Orgánica aprobada en 2010.

A continuación se analizan las tasas de abortos por cada 1.000 mujeres de cada rango de edad analizado, datos en los que se vuelve a apreciar el descenso en cada uno de ellos, incluso desde la puesta en marcha de la última ley.

**Tabla 5. Tasas por 1000 mujeres de cada grupo de edad. Total estatal, 2005-2012**

Tasa	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<15	0,14	0,16	0,16	0,15	0,14	0,13	0,13	0,13
15-19	10,80	11,75	13,08	12,65	11,90	12,25	12,84	12,21
20-24	16,12	17,73	20,22	20,46	19,26	19,33	20,39	19,49
25-29	12,05	13,73	15,24	16,04	15,45	15,89	16,92	16,59
30-34	8,86	9,86	10,96	11,45	11,28	11,87	12,82	12,71
35-39	6,32	7,16	7,61	7,90	7,95	8,28	9,03	8,67
40-44	2,60	2,78	2,99	3,02	3,02	3,24	3,46	3,47

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia

La tasa de aborto por cada 1.000 mujeres menores de 15 años es de 0,13, lo que supone que han interrumpido su embarazo, en 2012, un total de 460 en todo el Estado, cifra que ha mantenido una tendencia relativamente estable, con mínimos altos y bajos, durante los 8 años de análisis.

Por lo que respecta al rango de edad entre mujeres de 15 a 19 años, las tasas son también estables durante el período entre 2005 y 2012, como sucede entre las mujeres adultas a partir de 20 años y hasta 44.

En todo caso, la pregunta a la que se quiere ofrecer respuesta es *¿acuden las mujeres menores acompañadas de sus progenitores a las clínicas de aborto?*, y, cuando no lo hacen, *¿cuál es el motivo?* Esta es, a priori, una pregunta de difícil respuesta, ya que no existen datos, en la estadística oficial, relativos a este tema.

Sin embargo, la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI), se ha ocupado de este interrogante en su informe: *Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres la interrupción de su embarazo*, de 2011, para el que se ha extraído una muestra de 36.718 mujeres que han interrumpido su embarazo. Sus resultados han sido los siguientes:

Del total de mujeres que han interrumpido su embarazo, un 3,23% tenían entre 16 y 17 años (un total, sobre la muestra, de 1.186 mujeres).

Un 13% de las 1.186 no pudieron informar a su tutor legal (un total de 151 mujeres entre 16 y 17 años). Lo que supone que un 87% de las mujeres entre 16 y 17 años que han interrumpido su embarazo lo realizaron con la compañía de sus tutores legales.

Las razones que estas mujeres alegaron para no estar acompañadas de ninguna persona que fuese tutora legal son:

- Desamparo familiar;
- Familias desestructuradas;
- Progenitores en prisión;
- Riesgo de sufrir malos tratos;
- Mujeres emancipadas que viven en España sin sus padres;
- Enfermedad paterna o materna invalidante;
- Padre o madre abiertamente contrarios al aborto provocado;
- Padre o madre que por voluntad propia renuncian a conocer y acompañar a la menor.

Como conclusiones al cuestionamiento de la *madurez* de las mujeres jóvenes frente al aborto pueden extraerse, por tanto, dos consideradas principales:

En primer lugar, las tasas de aborto entre la población hasta los 19 años han descendido desde el año 2007, y han continuado decreciendo incluso después de la aprobación de la LO 2/2010.

Además, entre las menores de 16 y 17 años que han acudido a interrumpir su embarazo, según la ACAI, una gran mayoría lo han hecho acompañadas de su padre, madre o persona tutora legal. El 13% que no lo han hecho, han aducido razones como el desamparo y la desestructuración familiar, entre otras.

Por último, hay que añadir que, según el informe anual del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 180 mujeres menores de 15 años que se sometieron a un aborto, sobre el total de 460 (39,1%), no utilizaron ningún método anticonceptivo. Por eso, vale la pena llamar la atención sobre el acceso a estos métodos y la mejora de los resultados en educación sexual y reproductiva citados en el capítulo anterior, en lugar de optar por la prohibición.

**¿El aborto como método anticonceptivo? La mayor parte de las mujeres que han interrumpido su embarazo lo han hecho por primera vez**

*La secretaria nacional de Educación e Igualdad del Partido Popular, Sandra Moneo, considera que la ley del aborto de 2010 ha provocado que esta práctica se haya convertido en "un método anticonceptivo más" y que una cifra de más de 100.000 abortos en España es "intolerable" por lo que hablar de un éxito es "una reflexión cuanto menos ligera, una visión limitada e interesada".*

El Diario.es, 24 de diciembre de 2013

Desde las posturas contrarias al aborto se ha alegado el uso de la interrupción libre del embarazo como método anticonceptivo. Sin embargo, y según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la mayor parte de las mujeres que abortan, no lo han realizado con anterioridad.

A continuación se extraen los datos relativos a la distribución porcentual de las mujeres que han abortado relacionados con el número de abortos anteriores, entre los años 2005 y 2012.

**Tabla 6. Distribución porcentual de las mujeres según el número anterior de interrupciones de su embarazo. Total estatal, 2005-2012**

	<b>Ningún aborto</b>	<b>Un aborto</b>	<b>Dos abortos</b>	<b>Tres abortos</b>	<b>Cuatro abortos</b>	<b>Cinco o más abortos</b>	<b>No consta</b>
<b>2005</b>	70,38	21,20	5,54	1,63	0,59	0,57	0,08
<b>2006</b>	68,88	21,98	6,05	1,79	0,63	0,59	0,09
<b>2007</b>	67,57	22,93	6,25	1,92	0,68	0,59	0,06
<b>2008</b>	66,24	23,47	6,7	2,05	0,75	0,7	0,09
<b>2009</b>	64,91	24,16	7,16	2,2	0,8	0,7	0,08
<b>2010</b>	65,14	23,74	7,21	2,36	0,78	0,68	0,07
<b>2011</b>	64,25	24,23	7,58	2,34	0,85	0,75	0
<b>2012</b>	63,83	24,46	7,67	2,41	0,88	0,74	0

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia

El grupo más numeroso de esta distribución corresponde al de aquellas mujeres que interrumpieron su embarazo por primera vez -63,83% durante el 2012-, seguido de aquellas que ya se habían sometido a una intervención. A partir de aquí, los porcentajes descienden significativamente.

Se echa en falta alguna información sobre los motivos para interrumpir el embarazo que permita realizar un cruce con este resultado, sin embargo, no se publican.

Al mismo tiempo, resulta complicado no incluir testimonios sobre lo que un aborto supone para una mujer, y la importancia que tiene la capacidad de elección ante determinadas circunstancias en las que mujeres y familias se encuentran, con el fin desmentir las afirmaciones expresadas por representantes de algunas instituciones en relación con la disposición del aborto como un *método anticonceptivo más*.

En todo caso, esta afirmación queda desmentida mediante los datos expuestos en esta tabla, ya que la mayor parte de las mujeres que han interrumpido su embarazo no lo habían hecho anteriormente, y además, quedaría por aclarar las razones por las que las mujeres lo han interrumpido, datos no cruzados en este informe.

**No es una decisión arbitraria. La mayoría de los abortos se realizan dentro de las primeras 12 semanas**

*La diputada popular (Ángeles Díaz Pardo), que intervino para rechazar una propuesta del BNG en favor del mantenimiento de la norma actual, criticó que el Gobierno de Zapatero implantase en España una ley de plazos, el tipo de norma que rige en al menos 33 de los 47 países que integran el Consejo de Europa, con el argumento de que se fijó un límite de 14 semanas de embarazo para el aborto libre. “¿por qué no 12?”, se preguntó Díaz Pardo, para luego tachar la decisión de “arbitraria” e hizo alusión a la normativa de otros países al afirmar que la tendencia es disminuir los plazos.*

El País, 28 de febrero de 2012. Edición Galicia

Sin considerar que los plazos hubieran de ser reducidos a menos de 14 semanas -una vez explorada la legislación y resultados del entorno europeo-, la realidad en este aspecto es que a la mayor parte de mujeres que interrumpen su embarazo -sin contar a aquellas que esperan o reciben un diagnóstico negativo relacionado con su propia salud o la del feto- no les hubiese afectado una reducción de los plazos, ya que más de un 90% de las mujeres que han interrumpido su embarazo lo han hecho dentro de las 12 primeras semanas.

Así se muestra en la siguiente tabla extraída de los datos manejados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad:

**Tabla 7. Interrupciones voluntarias del embarazo según semanas de gestación. Total estatal, 2005-2012**

	<b>De 8 o menos semanas</b>	<b>De 9 a 12 semanas</b>	<b>De 13 a 16 semanas</b>	<b>De 17 a 20 semanas</b>	<b>De 21 o más semanas</b>	<b>No consta</b>
<b>2005</b>	62,09	25,84	5,98	4,05	1,98	0,07
<b>2006</b>	62,23	25,71	6,14	3,87	1,97	0,08
<b>2007</b>	62,84	25,31	6,2	3,69	1,93	0,04
<b>2008</b>	62,90	25,80	6,11	3,49	1,67	0,02
<b>2009</b>	63,17	25,31	6,3	3,56	1,64	0,02
<b>2010</b>	63,52	24,92	6,68	3,27	1,54	0,07
<b>2011</b>	65,56	24,21	6,13	2,74	1,35	..
<b>2012</b>	68,15	22,08	5,86	2,64	1,28	..

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Elaboración propia

Hay que volver a incidir sobre la falta de datos en este apartado. Entre la información publicada por el Gobierno no se facilita un cruce que arroje luz sobre los motivos para interrumpir el embarazo y las semanas de gestación, lo que haría saber si las mujeres que se excedieron de las 12 semanas eran víctimas de riesgo para su salud o la del feto, lo que prolonga el plazo para el aborto.

Independientemente de esto, una gran mayoría de mujeres cumple la norma establecida en 2010, sin que se les pueda atribuir una *falta de responsabilidad*, y es de suponer que el resto de casos corresponden a aquellas en las que las complicaciones amentaban su derecho en cuanto al plazo.

Los motivos por los cuales se consideraron que el límite debía establecerse dentro de las primeras 14 semanas de gestación se exponen en la redacción de la LO 2/2010, y no pueden considerarse *arbitrarios* dado su fundamento científico:

*El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros (...), dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.*

*(...) En el desarrollo de la gestación, “tiene –como ha afirmado la STC 53/1985- una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre”. El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación.*

### **Las razones del descenso de la natalidad en España. Una cuestión de gestión económica, no de control de la maternidad**

*De nuevo suena la voz de alarma: ¡La natalidad se desploma! ¡Los españoles, en peligro de extinción! Ciertamente, los datos del INE no ofrecen muchas dudas: desde 2008 la natalidad ha caído 13 puntos. ¿Tiene algo que ver la crisis con esta atonía procreadora? Probablemente, aunque sólo sea porque cuando hay inseguridad, las mujeres tienden a retrasar la maternidad. Hasta ahora los ciclos depresivos eran cortos, de manera que acabada la crisis, aún estaban a tiempo de tener hijos, pero llevamos ya cinco años de recesión y los brotes no parecen tan verdes como para alumbrar el optimismo.*

El País, artículo de opinión, 22 de junio de 2013

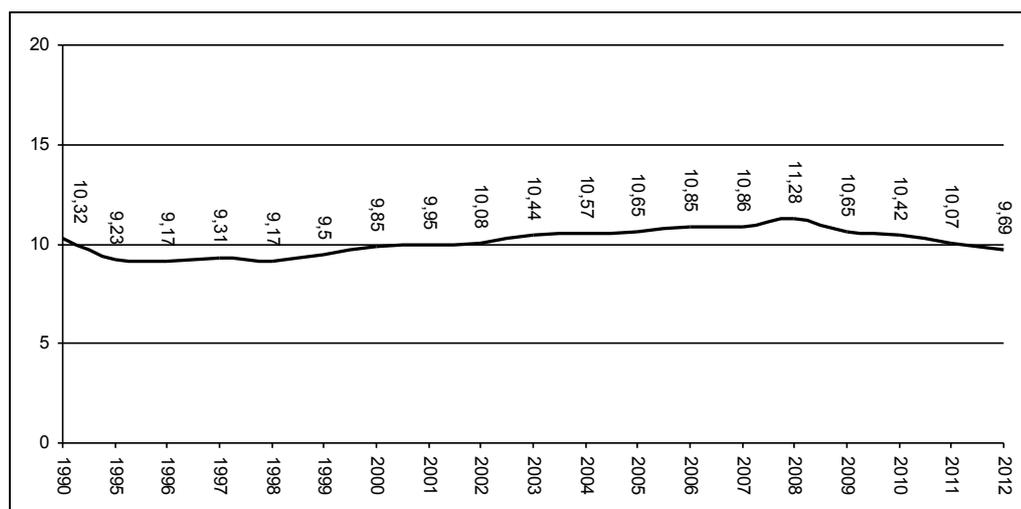
La última de las argumentaciones que se desmentirán en este informe consiste en las afirmaciones realizadas en torno a que la restricción del aborto aumentará los índices de natalidad españoles. Según el Ministerio de Justicia, la reforma de la Ley del Aborto tendrá un *impacto neto positivo, por los beneficios esperados por el incremento neto de la natalidad*<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> *Justicia defiende que la reforma del aborto será positiva para la economía.* El País, 27 de Enero de 2014

Además de éticamente cuestionable, esta afirmación no puede corroborarse en datos, ya que la prohibición del aborto, en primer lugar, y como ya se ha adelantado aquí, no supone un descenso en la interrupción de embarazos y, aunque estos se redujesen, todo apunta a que la natalidad seguiría en decremento.

**Gráfico 4. Tasa bruta de natalidad. Total Estatal, 1990-2012**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Elaboración propia

Pueden argumentarse muchos motivos para el descenso de la natalidad y, aunque esta no sea la finalidad de este informe, si se analizan los resultados correspondientes a esta materia y tal y como muestra el gráfico 4, la tasa bruta de natalidad aumentó entre 1998 y 2008, fecha en la cual comienza su descenso, lo que parece indicar que este resulta consecuencia de la crisis económica que se padece desde este año.

La tasa bruta de natalidad representa el número de personas nacidas por cada 1000 habitantes. Tal y como muestra el gráfico, en el año 2008 se llega a una cifra límite, ya que se alcanzan los 11,28 nacimientos, lo que supone un récord desde 1990.

A partir de este momento, y años antes de la legalización del aborto por el sistema de plazos, esta tendencia comienza a ser negativa y lo sigue siendo debido, en gran parte, al ambiente de desconfianza económica y laboral que continúan sufriendo las familias.

#### **4. Conclusiones. Las consecuencias de la reforma de la LO 2/2010**

Recapitulando, la hipótesis propuesta en este informe exponía que *los países con una legislación más permisiva en materia de interrupción voluntaria del embarazo contribuyen a la lucha contra los abortos clandestinos que ponen en peligro la salud de las mujeres, a la mejora de la educación en salud reproductiva que previene los embarazos no deseados y, por tanto, a la reducción de los abortos.*

Para confirmarla se ha explorado, en primer lugar, la normativa europea, y se ha comparado con la actual ley de plazos de nuestro país, para concluir que esta sigue la tendencia de la mayor parte de los territorios de nuestro entorno, con la salvedad de que nuestra legislación se hizo efectiva mucho más tarde que en el resto de la Unión, con leyes que corresponden a las décadas de los 80 y 90.

Esta última característica es la que probablemente influya en nuestros negativos resultados en materia de salud sexual y reproductiva y acceso a métodos de anticoncepción en igualdad; aspectos definitivamente relevantes en la reducción del número de embarazos no deseados.

Esta *relevancia* viene contrastada mediante el análisis de las tasas de aborto de los países con una legislación más flexible, como el caso de Países Bajos, que mantiene desde hace años unos resultados inferiores a los de la mayoría de países europeos y que se caracteriza por facilitar unos servicios de salud sexual y reproductiva efectivos y un uso y acceso muy extendido de métodos anticonceptivos. O como el caso de Rumanía, en el que su tasa se ha visto significativamente reducida a través de la actuación, por parte de las autoridades sanitarias y las organizaciones de planificación familiar, en estas materias.

Además, se ha reflejado la situación de las mujeres que desean interrumpir su embarazo y que proceden de países donde la ley no lo permite, cuantificando, en la medida de lo posible, el número de las que han viajado a Inglaterra y Países Bajos para hacerlo posible.

Debido a que no todas las mujeres ni familias se pueden enfrentar al gasto que suponen estos viajes, se ha realizado una aproximación de la cantidad de abortos inseguros que se realizan en países con legislaciones restrictivas, de la que se puede extraer, a través del caso de Rumanía, que un cambio normativo hacia una mayor flexibilidad implica una reducción drástica del número de muertes provocadas por abortos clandestinos e inseguros.

Por último, para el enriquecimiento de este informe, han querido sacarse a colación las argumentaciones que, según las instituciones que se posicionan contra el aborto, justificarían el cambio, para poder desmentirlas en base a los resultados de las tasas de interrupción del embarazo españolas, de los que se han obtenido las siguientes conclusiones:

- El número de abortos ha descendido un 5% durante el último año;
- Los grupos de mujeres menores de 15 años y de entre 15 y 19 años son de los menos numerosos entre las mujeres que han interrumpido su embarazo. Además, han evolucionado en descenso entre 2011 y 2012;
- La mayor parte de mujeres de 16 y 17 años (87%) que han abortado, lo han realizado bajo el conocimiento de madres y padres. Aquellas que no lo comunicaron contaban con razones contundentes para no hacerlo, como el maltrato o la desprotección familiar;
- El aborto no es un método anticonceptivo, la mayor parte de mujeres que han interrumpido su embarazo lo han hecho por primera vez, además, no se ofrecen resultados sobre los motivos de interrupción para aquellas mujeres que han abortado más veces;
- Los plazos establecidos para poder abortar libremente en la legislación actual responden a criterios científicos, además, son similares a los del resto de la UE;
- Identificar el descenso de la natalidad con el aborto es éticamente reprochable, además, este descenso responde a la situación de crisis económica en la que nuestro país se encuentra desde 2008.

Así, ¿cuáles serían las consecuencias de la reforma de la LO 2/2010? A partir de los análisis realizados hasta este momento, puede afirmarse que nos enfrentaríamos a:

- Una situación de clara desigualdad de acceso de las mujeres a los sistemas de salud, ya que, tal y como se ha demostrado en otros países, las mujeres habrían de viajar -y lo hacen- para poder interrumpir su embarazo, cuando no todas tienen la capacidad económica para hacerlo;
- Una situación de riesgo para la salud de las mujeres, que se verían avocadas a interrumpir su embarazo de manera clandestina e insegura;
- Una sociedad menos desarrollada, en la que no se otorgaría la capacidad de las personas a decidir sobre su salud y la descendencia que desea tener, y en la que el estado decidiría en aspectos tan privados.

En definitiva, debería retirarse el anteproyecto de reforma y consolidar la normativa actual, generada en 2010.

La evolución de la norma debería radicar en una mejora de la calidad de la educación en materia de salud sexual y reproductiva, y del acceso a métodos anticonceptivos, dos herramientas mucho más eficaces en el descenso de los embarazos no deseados, que la simple prohibición y la restricción del derecho a decidir de las personas. Por tanto, se propone:

- Abandonar el intento de reforma de la LO 2/2010 y consolidarla como un derecho;
- Desarrollar debidamente en los currículums formativos la materia de salud sexual y reproductiva, con carácter obligatorio;

- Potenciar el acceso a métodos anticonceptivos modernos;
- Conceder a las mujeres, de una vez por todas, la capacidad de decisión no sólo sobre su salud, sino sobre todos los aspectos en los que históricamente se les ha venido negando.

La sociedad evoluciona de manera constante, y frecuentemente camina por delante de las decisiones políticas, lo cual implica que las personas que la forman deberían poder decidir sobre cuestiones tan determinantes para sus vidas. La reforma criminaliza y victimiza al mismo tiempo a las mujeres, cuando la función real del Estado es legislar para proteger los derechos y el acceso a recursos que mejoren la calidad de vida de las personas.

## **Bibliografía**

Jefatura del Estado (1985) Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal. BOE nº 166, Pág. 22041

Jefatura del Estado (2010) Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOE nº 55, Sec. I, Pág. 21001

Ministerio de Justicia (2013) Anteproyecto de Ley Orgánica de protección de la vida del concebido y derechos de la mujer embarazada. 20 de Diciembre de 2013

IPPF (2004), Abortion legislation in Europe. Bruselas, IPPF European Network

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005. Madrid, Dirección General de Salud Pública

Mayock P. *Et al* (2007) RSE in the Context of SPHE: An Assessment of the Challenges to Full Implementation of the Programme in Post-primary Schools. Dublin, Department of Education and Science, Crisis Pregnancy Agency

Torrens Arnal, M. (2008), ¿Qué sucede cuando el padre es el Estado? El caso de Rumanía. En: Piella Vila, A; Sanjuán Núñez, L. y Valenzuela García, H. Construyendo intersecciones: aproximaciones teóricas y aplicadas en las relaciones entre los ámbitos de parentesco y la atención a la salud en contexto intercultural. Serie, XI Congreso de Antropología de la FAAEE, Donostia, pp. 23-39

Cousins, G. Layte, R. McGee, H. (2008) The Irish Study of Sexuak and Relationships Sub-Report 3: Sexual Knowledge, Attitudes and Behaviours – A Further Analysis. Department of Health and Children, Crisis Pregnancy Agency, Dublin

OMS (2010) Estándares de educación sexual en Europa. Marco para las personas encargadas de formular políticas educativas, responsables y especialistas de salud. Colonia, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud y Centro Federal de Educación para la Salud

ACAI (2011), Mujeres de 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres la interrupción de su embarazo. Investigación ACAI. Asturias, Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo

OMS (2011) Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incident of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6ª ed. Ginebra, World Health Organization

Castellanos Torres, *et al* (2012) Argumentario sobre interrupción voluntaria del embarazo en el Estado Español. Madrid, Plataforma de Mujeres en el Congreso.

UNESCO (2012) Programas escolares de educación sexual. Análisis de los costos y la relación costo-eficacia en seis países. París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

Guttmacher Institute (2012) Hechos sobre el aborto inducido en el mundo. En: Progresando en la salud sexual y reproductiva en el mundo a través de la investigación, el análisis de políticas y la educación pública. Pp. 1-4. New York

OMS (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, 2ª ed. Ginebra, World Health Organization

Department of Health (2012) Abortion Statistics, England and Wales: 2011. Summary information from the abortion notification forms returned to the Chief Medical Officers of England and Wales. London

IPPF (2013) Barometer of Women's Access to Modern Contraceptive Choice in 10 EU Countries. IPPF European Network, Bruselas

Estrela E. (2013) Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines (2013/2040 (INI)). Bruselas, Parlamento Europeo, Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género

OMS (2013) Estadísticas sanitarias mundiales 2013. Ginebra, World Health Organization

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012. Madrid, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2013) Jrrapportage 2012 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht.

Oficina Estadística Europea (Eurostat): [epp.eurostat.ec.europa.eu](http://epp.eurostat.ec.europa.eu)

Instituto Nacional de Estadística: [www.ine.es](http://www.ine.es)

The World's Abortion Laws (2014): [www.worldabortionlaws.com/map/](http://www.worldabortionlaws.com/map/)

Societatea de Educatie Contraceptiva si Sexuala: [www.secs.ro](http://www.secs.ro)

## Índice de tablas y gráficos

### Tablas

Tabla 1.	Países en los que el aborto puede producirse a petición de la mujer, mediante sistema de plazos	12
Tabla 2.	Países en los que el aborto está sujeto a una serie de supuestos	13
Tabla 3.	Resultados al barómetro IPPF. Países Bajos y España, 2013	22
Tabla 4.	Distribución porcentual de las mujeres que han interrumpido su embarazo según su edad. Total estatal, 2005-2012	29
Tabla 5.	Tasas por 1000 mujeres de cada grupo de edad. Total estatal, 2005-2012	30
Tabla 6.	Distribución porcentual de las mujeres según el número anterior de interrupciones de su embarazo. Total estatal, 2005-2012	32
Tabla 7.	Interrupciones voluntarias del embarazo según semanas de gestación. Total estatal, 2005-2012	33

### Gráficos

Gráfico 1.	Tasas de Aborto Legal. Unión Europea, 2011	15
Gráfico 2.	Evolución de la tasa de aborto. Estado español, 1990-2012	17
Gráfico 3.	Evolución de la tasa de aborto en los países seleccionados del contexto europeo, 1990-2012	19
Gráfico 4.	Tasa bruta de natalidad. Total Estatal, 1990-2012	35