

El aborto: un abordaje bio-psico-social

María Asunción González de Chávez Fernández

Profesora Titular de Psicología Médica
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
masuncion.gonzalezdechavez@ulpgc.es

Abortion: A Bio-Psycho-Social Approach

RESUMEN: El análisis de las condiciones socio-demográficas del aborto en el mundo y en España revela la inevitabilidad del mismo en toda la geografía mundial. Las diferencias se sitúan en el grado de inseguridad/peligrosidad y sus consecuencias en la salud físico-psíquica y la vida de las mujeres. Se perfila más detalladamente el embarazo y aborto en la adolescencia y las condiciones/valores que lo propician. Se describen las consecuencias de la "maternidad precoz obligada" en la vida de las adolescentes y sus hijos e hijas, la vulnerabilidad de algunas mujeres para ejercer un control sobre sus cuerpos, así como el abordaje que se precisa para realizar una eficaz Política de Salud Sexual y Reproductiva que incida realmente en la reducción de la incidencia del aborto y en el bienestar de las mujeres.

ABSTRACT: The analysis of the socio-demographic conditions of abortion around the world, also including Spain, shows its inevitability in the worldwide geography. The differences are among the grade of insecurity/risk and its consequences in the physical-psyche health and life of women. Pregnancy and abortion during adolescence and the conditions and values that cause them are explained in detail. Consequences of "early forced maternity" in the life of teenagers and its sons and daughters are described, as well as the vulnerability of some women to control their body. Another point to mention is the approach that is required to carry out an effective Sexual and Reproductive Health Policy that has real impact on the reduction of abortion and welfare of women.

PALABRAS-CLAVE: Salud reproductiva, Aborto, Embarazos indeseados, Maternidad adolescente, Prevención abortos

KEYWORDS: Reproductive Health, Abortion, Unwanted Pregnancy, Teen Maternity, Prevention Abortion

Introducción. ¿Qué representa la maternidad para una mujer y, en consecuencia, qué sentido puede tener el aborto?

La maternidad implica la responsabilización activa del cuidado de *otro*: dar y entregarse vital y emocionalmente a un ser humano inicialmente muy vulnerable y dependiente, de modo unilateral. Ello presupone la existencia previa de disponibilidad y capacidad para hacerlo, lo cual está relacionado con diverso tipo de factores: las condiciones económicas, socio-culturales y subjetivas que enmarcan la vida de cada mujer. La inmensa variedad de éstos en toda la geografía del mundo y a lo largo de la vida de las mujeres (la edad, la existencia o no de pareja, el status laboral y económico, la existencia o no de apoyos institucionales y/o familiares, las experiencias vivenciadas como hija, las presiones y los valores culturales del entorno, las condiciones en que se produce el embarazo...) pueden explicar la decisión de una mujer frente a la eventualidad de devenir madre en un momento concreto de su vida. Y las mujeres, cualquiera que sea su edad, condición y hábitat, deciden y actúan, a pesar de todos los obstáculos y posibles consecuencias...



“La Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) es una práctica habitual en el control de la fecundidad, en todas las sociedades y en todos los tiempos de la historia y sucede independientemente de que las leyes la permitan, la despenalicen o la prohíban. Se calcula que se producen en el mundo 46 millones de IVE al año, cerca de la mitad en condiciones de inseguridad, sobre todo en aquellos países en que no se ha despenalizado o en los que no hay accesibilidad a servicios adecuados. Según los organismos internacionales de derechos humanos y de salud lo mejor que los gobiernos pueden hacer frente a las IVE es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten la anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios de calidad que aseguren que las IVE se realizan en condiciones de accesibilidad para las usuarias (OMS, 2003)”. (MSC, 2007, 27)

Este texto, entresacado del Informe *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*, con los resultados de un estudio cuantitativo y cualitativo, realizado a través de la Agencia de calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer, resume alguna de las cuestiones sanitarias y sociales fundamentales a la hora de abordar el tratamiento de un asunto tan complejo como el de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), es decir, el aborto provocado y su prevención.

La primera cuestión resaltada es la **inevitabilidad** del aborto inducido, al margen de las condiciones legales y sanitarias en que se produzca. Y solo esta constatación ya es de primordial importancia a la hora de abordar cualquier análisis que se haga sobre este hecho: ni las leyes restrictivas, ni las carencias sanitarias, ni los costes económicos, ni la estigmatización social, ni los valores culturales y religiosos – siempre patriarcales- pueden impedir su realización. A pesar de todos los obstáculos a que pueda enfrentarse, la realidad del aborto provocado es inapelable en todo el mundo: las diferencias principales estriban en las condiciones sanitarias en que se produzca y los consiguientes riesgos/efectos en la salud física y psíquica de las mujeres. Ello dependerá fundamentalmente de la regulación jurídica, por una parte y, por otra, del grado de desarrollo de los países, la calidad de las políticas y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el nivel educativo en materia de sexualidad/ planificación familiar además de los valores culturales y las creencias religiosas de cada lugar concreto en que se produzca.

La prueba más evidente y cercana que puede acreditar lo afirmado es la evolución de la incidencia del aborto en las mujeres residentes en España (españolas o extranjeras) a raíz de las dos leyes promulgadas en España, la de 1985 y la de 2010. Y debemos precisar “*las mujeres residentes*” en España, en lugar de utilizar

la expresión de "*abortos realizados en España*", porque antes de la despenalización de 1985 la mayor parte de los abortos de las españolas o extranjeras residentes se producían fuera del territorio español: en Inglaterra y Holanda, principalmente. En efecto, algo más de 220.000 mujeres interrumpieron voluntariamente su embarazo en estos países en los últimos años del franquismo y los primeros de la democracia (entre 1974 y 1986). Sin embargo, después de 1985, la aplicación de la ley liberalizadora en España produjo un descenso de los abortos realizados en el extranjero en la misma medida en que se incrementaban los realizados en España, de modo que, progresivamente, la suma de los realizados dentro y fuera del país sumaba la misma cantidad de los que se registraban anteriormente en el extranjero, sin que se diera un incremento de la tendencia anterior a la despenalización, a pesar de las restricciones que aún caracterizaron la ley de 1985 (MSC, 2007).

Con la Ley de 2010, no obstante el aumento de la liberalización respecto a la de 1985, al cambiar la ley de supuestos por la ley de plazos, la situación se ha repetido sistemáticamente: en el año 2010 se produjeron en España 113.031 abortos, en 2011 el número subió a 118.359, pero ha descendido progresivamente en los dos años posteriores hasta situarse, en 2013, en 108.690 mujeres, es decir, por debajo del 2010.

Todos estos datos son un reflejo evidente de que la mayor o menor permisividad de las leyes no inciden tanto en el número de abortos provocados como en la mayor o menor inseguridad de los mismos, las diferencias en los riesgos para la salud y la vida de las mujeres, la angustia, el sufrimiento, el aislamiento y la falta de apoyo, la culpabilización... Por tanto, nuevas restricciones, como las que se pretendían imponer en España por el dimitido ministro Gallardón o las que aun previsiblemente tiene previstas el actual Gobierno del Partido Popular, serán sólo medidas que incidirán negativamente, no tanto en el mayor o menor número de abortos provocados, cuanto en la menor calidad con que se produzcan y en el detrimento de la salud física y psíquica femenina.

Será, por tanto, un **acto de violencia contra las mujeres**.

1.- El aborto inducido en el mundo

Todos los datos sobre el aborto inducido en el mundo inciden en el mismo sentido en relación a la situación legal del mismo y resaltan su correlación, en cambio, con las condiciones de cada país en el ámbito económico, educativo y sanitario. Así lo confirman las investigaciones y estudios más importantes publicadas recientemente y basadas en datos globales (Sedgh y otros 2012; Guttmacher Institute 2012; OMS 2014). En 2008 tuvieron lugar 44.000.000 millones de abortos en el mundo: 6.000.000 en el mundo desarrollado y 38.000.000 en los países en vías de desarrollo, disparidad que guarda relación con la distribución de la población mundial. Uno de cada cinco embarazos terminan en aborto (21%). Pero si bien las diferencias en los porcentajes de IVE según se viva en una región en desarrollo (24 abortos por mil mujeres en los países desarrollados) y los en vía de desarrollo (29 por 1.000 mujeres) no son tan clamorosas, si lo son, en cambio, **la distribución de los porcentajes en una misma región** y el **grado de inseguridad** en que se desarrollan.

1.1.- Diversidad en la distribución de tasas de incidencia en una misma región

En relación a las diferencias de porcentajes en una misma región, la situación más paradójica se da en Europa: la tasa en Europa Occidental es de 12 por mil mujeres (la más baja del mundo), mientras que en Europa Oriental es de 43 por mil (la más alta del mundo), superando a las tasas más altas en subregiones de otros continentes con nivel de desarrollo muy inferior como en América Latina (39 por mil en el Caribe), en Asia (Asia Sudoriental con 36 por mil), en África (36 por mil en África Central).

La explicación de las grandes diferencias entre ambas subregiones de Europa, la Occidental y la Oriental, radicaría en el diferente uso de métodos anticonceptivos. En Europa Occidental existiría, en los ámbitos escolar y sanitario, una asentada educación sexual y planificación familiar, generándose, por tanto, el uso generalizado de anticonceptivos modernos y muy eficaces. En Europa oriental, habría un escaso uso de tales anticonceptivos y la costumbre de utilizar, en cambio, métodos con fallos más frecuentes, como el condón, el coitus interruptus y el método del ritmo (Guttmacher Institute 2012).

Esta asimetría en las tasas de IVE en estas dos regiones de Europa, donde es generalmente legal, con permisibilidad amplia en la mayoría de los países, pondría en evidencia la importancia que se concede, en el seno de la Europa Occidental,

a la salud sexual y reproductiva en el sistema educativo y la red sanitaria (ambos de alta calidad, en general), y, por ende, sus consecuencias en la prevención del aborto. Son, por tanto, estas diferencias de abordajes, junto al mayor o menor acceso al sistema sanitario y la calidad de éste, los marcadores fundamentales en esta clamorosa diversidad de incidencia de las IVE en Europa.

1.2.- El aborto inseguro

La Organización Mundial de la Salud considera que *"el aborto peligroso se produce cuando una persona carente de la capacitación necesaria pone fin a un embarazo, o ello se hace en un entorno que no cumple las normas médicas mínimas, o cuando se combinan ambas circunstancias."* (OMS, 2014, pag 1, nota descriptiva nº 388, Marzo de 2014). Y afirma que:

"... las mujeres, incluidas las adolescentes, con embarazos no deseados suelen recurrir al aborto peligroso si no pueden acceder al aborto seguro. Los obstáculos para acceder al aborto seguro incluyen: legislación restrictiva; poca disponibilidad de servicios; costos elevados; estigmatización; objeción de conciencia del personal sanitario; y requisitos innecesarios tales como los períodos de espera obligatorios, el asesoramiento obligatorio, el suministro de información engañosa, la autorización de terceros y pruebas médicas innecesarias que retrasan la atención".

Se calcula que cada año se realizan unos 22 millones de abortos peligrosos en todo el mundo, casi todos ellos en países en desarrollo, de los cuales 3 millones se practican en chicas de entre 15 y a 19 años (OMS 2014). En 2008, con los últimos datos globales publicados, casi la mitad de los abortos inducidos en el mundo fueron inseguros y el 98% tuvieron lugar en países en vías de desarrollo: en África, más del 97% y en América Latina, el 95%, mientras solo constituyen un 6% en el mundo desarrollado. En Europa prácticamente todos los abortos inseguros tienen lugar en Europa del Este, donde el 13% de los abortos fueron inseguros en 2008 (SEDGH y otros 2012; Guttmacher Institute 2012).

Como señalan estos estudios, en lugares en donde el aborto es permitido en términos legales amplios, generalmente es seguro y donde está muy restringido es peligroso. Una prueba también clamorosa de ello es la distribución en América Latina: mientras en el conjunto de la región, con una legislación muy restrictiva, la cifra de abortos peligrosos es la indicada (95%), por el contrario, casi todos los abortos en la subregión del Caribe son seguros, principalmente en Cuba y en varias

otras islas, en donde la ley es liberal. Como afirman Sedgh y otros: "Dentro de los países en vías de desarrollo, leyes sobre el aborto más liberales están asociadas con menores consecuencias en salud que el aborto inseguro"... Pero añaden: "Sin embargo, una ley del aborto liberal solamente no garantiza la seguridad del aborto". (SEDGH y otros 2012, pag. 13-14)

1.3.- Consecuencias del aborto inseguro.

a) En la salud y la vida femenina

Las consecuencias en **la salud y la vida de las mujeres del aborto** inseguro arrojan datos y cifras que hablan por sí solas. Según la OMS podemos resaltar lo siguiente:

- **La mortalidad:** Cada año mueren en el mundo **47.000 mujeres** a consecuencia de un aborto inseguro. Las defunciones debidas a abortos peligrosos representan el **13% de todas las defunciones maternas** relacionadas con el embarazo en todo el mundo. África se ve desproporcionadamente afectada, por cuanto dos tercios de todas las defunciones relacionadas con el aborto tienen lugar en ese continente.
- **Las consecuencias en la salud:** Cada año, **8,5 millones de mujeres sufren complicaciones derivadas de abortos inseguros**. De ellas, unos 5 millones ingresan en hospitales como consecuencia de un aborto peligroso, pero más de 3 millones no reciben atención médica. Cuando las leyes son restrictivas o el entorno no es permisivo, las mujeres pueden realizar el aborto más tardíamente, aumentando así el riesgo de traumatismos, hecho que sucede con frecuencia en las adolescentes.

Se describen a continuación las posibles complicaciones, que resume la OMS (2014):

- aborto incompleto (no se retiran o se expulsan del útero todos los tejidos embrionarios);
- hemorragias (sangrando abundante);
- infección;
- perforación uterina (cuando se atraviesa el útero con un objeto afilado);

- daños en el tracto genital y órganos internos debidos a la introducción de objetos peligrosos tales como varillas, agujas de tejer o vidrio roto en la vagina o el ano. (OMS, 2014, nota descriptiva nº 388, p. 1)

b) Consecuencias en los costes sanitarios, productivos, en la economía familiar, en las condiciones emocionales de la mujer y en su entorno familiar en caso de fallecimiento

El tratamiento de las complicaciones médicas de los abortos inseguros supone un coste anual mundial en los sistemas de salud pública de 680 millones de dólares y un mínimo de 341 millones de dólares en el mundo en desarrollo. Las consecuencias de las complicaciones también pueden reducir la productividad de las mujeres, aumentando las cargas económicas de las familias. Además, “en los países en desarrollo las mujeres pobres son las que tienen menor acceso a los servicios de planificación familiar, y los más reducidos recursos para pagar por procedimientos de aborto seguro; también ellas tienen la más alta probabilidad de sufrir complicaciones relacionadas con el aborto inseguro” (Guttmacher Institute 2012, p. 3).

Junto a los económicos, es preciso incluir **los costes emocionales en la vida de las mujeres**, que deben ocultar su experiencia para huir de la estigmatización, pueden sentir profundos sentimientos de culpa y de pérdida/duelo posterior, viven el aborto muchas veces en soledad y sin apoyos, experimentan angustia y miedo si tienen complicaciones... Y si fallecen a consecuencia de un aborto, pueden dejar hijos e hijas huérfanos de madre, con lo que ello significa para la vida de éstos y el entorno familiar.

Termino este apartado sobre el aborto inducido en el mundo, con la traducción de un texto muy expresivo con el que Sedgh y otros (2012) concluyen su importante artículo, en el que exponen los datos de la evolución del aborto a nivel mundial desde 1995 a 2008, publicado en **The Lancet** en el 2012:

“Nosotros encontramos que los abortos continúan teniendo lugar en cifras medibles en todas las regiones del mundo, a pesar de sus leyes vigentes sobre el aborto. Los embarazos no intencionados ocurren en todas las sociedades y algunas mujeres que están decididas a no permitir un nacimiento no planificado utilizan abortos inseguros si el aborto seguro no está disponible con inmediatez, como consecuencias algunas sufrirán complicaciones y otras morirán. Medidas

para reducir la incidencia de embarazos no deseados y abortos inseguros –incluyendo la mejora al acceso de planificación familiar y la efectividad del uso de anticonceptivos y asegurando el acceso a un aborto seguro y cuidados post-aborto- son pasos cruciales para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (MDG5).” (SEGHH y otros, 2012, p.14).

Toda la información cuantitativa y cualitativa precedente debería ser divulgada y resaltada para contrarrestar la propaganda/los argumentos que puedan utilizarse para justificar cambios legislativos en nuestro país destinados a aumentar la restrictividad de la actual Ley del Aborto de 2010.

2.- El aborto en España

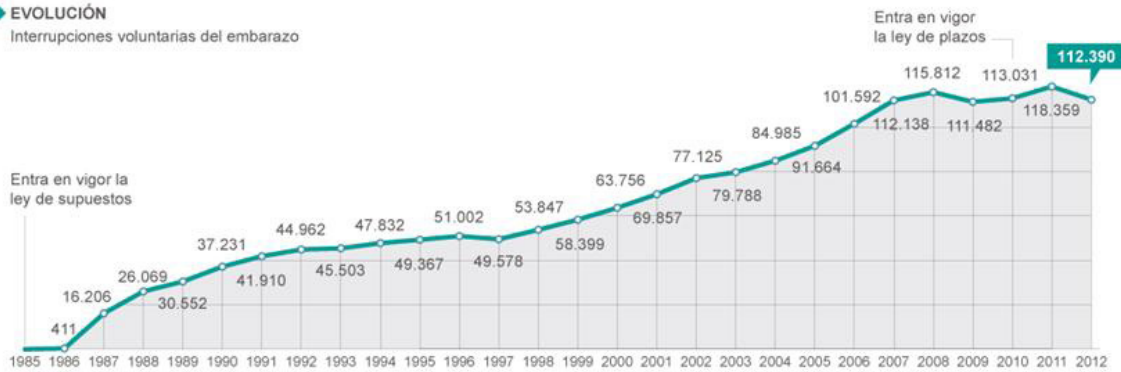
Como se enunciaba más arriba, en 2013 el número de IVE **ha disminuido en cifras totales y en porcentajes** (ver Curva más abajo), colocándose en una cantidad inferior a la de los 6 años anteriores, mientras el porcentaje ha bajado a 11,74 por mil, muy cercano al del 2010 (11,71).

Esta disminución, que supone casi 10.000 abortos menos en los dos últimos años, debería acallar a quienes pretendían cambiar la ley del 2010 con el argumento de que había provocado un aumento de los abortos, hecho que sólo sucedió en el 2011, mientras se ha producido un descenso progresivo en los dos años siguientes, a pesar de la crisis económica y de que se ha facilitado el acceso a las IVE en la última ley.

Los datos sociodemográficos del 2013 se mantienen sin embargo constantes respecto al 2012, con ligerísimas variaciones, según muestran las estadísticas publicadas en la web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (que contienen todos los datos sobre las IVE en España a partir del 2005) en su Epígrafe “Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2013”.

EVOLUCIÓN

Interrupciones voluntarias del embarazo



DATOS DE 2012

EDAD DE LA MUJER
En número

<15 años	460
15-19 años	13.198
20-24 años	24.339
25-29 años	25.584
30-34 años	24.298
35-39 años	17.389
40 y más años	7.122

MOTIVO
En porcentaje

A petición de la mujer	91,3
Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada	5,7
Riesgo de anomalias graves en el feto	2,8
Anomalias fetales incompatibles con la vida o enfermedad extremadamente grave e incurable	0,3
Varios motivos	0,01

ABORTOS ANTERIORES
Solo voluntarios, en %

Ninguno	63,8
Uno	24,5
Dos	7,7
Tres	2,4
Cuatro o más	1,6

SITUACIÓN LABORAL DE LA MUJER
Solo voluntarios, en %

Trabajadora por cuenta ajena	46,8
Desempleada o sin empleo	26,8
Estudiante	13,1
Trabajo doméstico no remun.	6,7
Trabajadora por cuenta propia	3,3
Pensionista	0,4
Otras	1,2
No consta	1,7

SEMANAS DE GESTACIÓN
En porcentaje

Ocho o menos	68,1
Entre 9 y 12	22,1
Entre 13 y 16	5,9
Entre 17 y 20	2,6
21 o más	1,3

TIPO DE CENTRO

Privado	93,5
Público	6,5

PAÍS DE NACIONALIDAD
En porcentaje

España	62,44
Resto Europa	9,57
América	20,55
Resto África	2,33
África	5,10

MÉTODO ANTICONCEPTIVO
En porcentaje

No utiliza	33,0
Barrera	26,5
Hormonales	14,2
Naturales	4,3
Mecánicos	0,7
Otros	0,5
No consta	20,8

2.1.- Perfil sociodemográfico

En relación a las condiciones socio-económicas, educativas y de integración social cabría resaltar los siguientes datos:

El porcentaje de españolas que realizan el aborto se reduce al **63,07 %** del total de las IVE (62,44% en el 2012), siendo el grupo de las mujeres latinoamericanas el más numeroso dentro de las emigrantes, con porcentajes muy similares los dos últimos años (en torno al 20%).

Solo trabajan aproximadamente la mitad de las mujeres (aunque no constan datos de un 20%). En relación a 2012, las que lo hacen por cuenta ajena disminuye un punto (45,8% en 2013) y sube el de las desempleadas otro tanto (a 28,01%), manteniéndose estable el número de estudiantes (13%) y el de trabajadoras por cuenta propia (3%).

En relación al nivel educativo, los datos de 2013 reflejan que el mayor porcentaje de abortos se producen entre las mujeres **sin estudios o con estudios primarios (58,93 %)**, mientras las universitarias representan sólo el 13%.

La distribución porcentual en torno al **tipo de convivencia** refleja que casi la mitad de las mujeres que han realizado una IVE viven en pareja, mayoritariamente con hijos e hijas, mientras las mujeres que viven solas (con y sin hijos, por estar separadas o divorciadas) y las que viven con sus padres o familiares se distribuyen en torno al 25% en cada grupo.

Tampoco se producen cambios significativos en la **distribución por edades**, pues el grupo más numeroso continúa siendo el de las jóvenes de **entre 20 y 24 años** (en torno al 20%), seguido del de 25 a 29 años (17%). El porcentaje de **menores de 19 años** se sitúa igualmente **entre el 12% y el 13%**, aunque no se refleja el número de menores de 14 años para el 2013, que fue de 460 adolescentes en el 2012. ¿Qué podemos inferir del conjunto de estos datos?

Las frías cifras de esta estadística dibujan un cuadro sociodemográfico de predominancia **deficitaria/carencial** y desvelan problemas sociales **candentes**. En efecto, el nivel socioeconómico y educativo de las mujeres que practican un aborto se ubica en los estratos más bajos: **un 60% no pasa de los estudios primarios, más del 40% carece de recursos propios** (porque está desocupada o depende de los padres), **un 37% son emigrantes**. Estos datos pueden sobreponerse: emigrante, con estudios básicos y desocupada... Además, un **25% vive sola** (muchas son ya madres de otros hijos e hijas) y **un tercio de los abortos se produce en jóvenes menores de 25 años**.

Es decir, un elevado porcentaje de las mujeres que han sufrido una IVE pertenecen a segmentos de la población especialmente **vulnerables** en relación a factores socioeconómicos, culturales, de integración social y de edad. Pretender realizar cambios en la actual ley que incida en **restringir la posibilidad de abortar gratuitamente** –impidiéndoselo a las emigrantes sin papeles- **y por libre decisión** –impidiéndoselo a las adolescentes menores de 18 años- constituye un **acto de violencia contra las mujeres más vulnerables**.

E insisto en lo de la **violencia**, porque la afirmación, tantas veces repetida por el anterior ministro de Justicia Alberto Ruíz-Gallardón, apoyado por los sectores más

conservadores y fundamentalistas de la sociedad española, de que la legislación del 2010 -que incidía en la libertad y la gratuidad del aborto-, constituye una violencia contra las mujeres, muestra una ignorancia glamorosa sobre los datos anteriores. Es más, cae en la mentira, el cinismo, la hipocresía y en la más burda manipulación al ocultar a la sociedad tanto las cifras reales como los sectores sociales que estarían más afectados por una restricción de la actual ley del aborto.

2.2. Aspectos sanitarios, relacionados con la salud y el bienestar físico-psíquico y con la condición/la identidad de las mujeres

2.2.1. Cabría resaltar que en torno a un 90% de mujeres realizaron el aborto por petición propia también en 2013; y la misma proporción de las IVE tuvieron lugar en las primeras 12 semanas, y de ellas el 68% antes de las 8 semanas, al igual que en 2012. Ambas cifras son un exponente de los beneficios para la salud femenina propiciados por los cambios de una legislación, la de 2010, que ha primado la libre decisión de la mujer sobre su cuerpo/su vida y no la sujeta a supuestos permitidos y condicionantes: la autorización de terceros (ginecólogos, psiquiatras, padres en el caso de las chicas menores de 18 años), ni exige "justificaciones", días de "repensamiento"...; hechos todos que convertían a la mujer en una menor de edad necesitada de tutelaje, contribuían al retraso de la intervención - acrecentando la posibilidad de complicaciones- y aumentaban su "castigo": su humillación, denigración, vergüenza, temores, sentimientos de culpa, angustia..., en definitiva la ansiedad y sufrimiento que acompañan siempre al aborto (aunque ponga fin a un embarazo indeseado). En estos últimos años y a raíz del cambio legislativo, **la IVE ha ganado en seguridad y ha disminuido en peligrosidad**, al eliminar algunos de los obstáculos señalados por la OMS y citados más arriba como factores que contribuían a la inseguridad y peligrosidad de los abortos: "requisitos innecesarios tales como los períodos de espera obligatorios... la autorización de terceros y pruebas médicas innecesarias que retrasan la atención".

2.2.2. Se mantiene invariado el elevado número de mujeres (**37%**) que realizan **abortos de repetición**: en torno al **25%** se habían provocado 1 aborto anterior, al igual que en 2012, distribuyéndose el resto también de modo similar (2, 3, 4 o más IVE anteriores).

2.2.3. En relación al **uso de anticonceptivos**, aproximadamente **un tercio** de las mujeres que abortaron afirman **no utilizar habitualmente ninguno** (33% en 2012 y 30% en 2013), mientras *No consta* en un 20% de los casos en los dos años, siendo los métodos anticonceptivos de barrera los más utilizados (en torno al 27%).

Ambos hechos lacerantes son consecuencia de dos realidades que pueden constituir causa primordial o ser complementarias:

- las carencias educativas y sanitarias del Sistema Público y del Estado del Bienestar (además de la existente en los países de origen de las emigrantes), que no ha sido capaz de proveer de la necesaria formación sobre salud sexual y reproductiva desde la infancia, ni de realizar un trabajo preventivo de educación para la salud y de favorecimiento del acceso sanitario a los sectores más vulnerables y necesitados de la sociedad. Según la última encuesta realizada a nivel nacional por la SEC (Sociedad Española de Contracepción) y hecha pública en marzo de 2014, "el 39,8 de las mujeres españolas de 15 a 49 años no ha acudido a un médico de atención primaria, ginecólogo, matrona o centro de planificación para que la indicaran el método anticonceptivo más idóneo para ella." (SEC 2014, p. 9).
- y/o a la estructura deficitaria de la identidad de un buen número de mujeres, que se muestran incapaces de ejercer control sobre su cuerpo y su vida, no utilizando métodos de prevención/protección, además de no ser asertivas en relación a sus parejas estables u ocasionales. En la anteriormente citada encuesta de la SEC (2014), se refleja que casi un 9% de mujeres que no desean quedarse embarazadas están manteniendo relaciones sexuales sin utilizar ningún método anticonceptivo, y las causas argumentadas van desde el desinterés, la comodidad, que a ella no le gustan o que su pareja no quiere que los utilice (p. 22). Respecto a las razones por las que no usan siempre preservativos (un 24,8% de mujeres) estarían las siguientes: tratarse de relaciones imprevistas y no llevarlos consigo (33,3%), no interrumpir la relación para que su pareja se lo ponga (17,4%), estado de euforia por consumo de alcohol o droga (8,8%), si su pareja no lo quiere no lo utiliza (7,4)... Más adelante me referiré de nuevo a esta importante cuestión.

De todo lo analizado anteriormente, los embarazos en la adolescencia presentan la mayor gravedad por sus consecuencias en la vida de las jóvenes y de sus hijos e hijas. El daño físico-psíquico y social, sea de la maternidad sea del aborto en la adolescencia, requiere un tratamiento más detenido de esta importante cuestión y de

las posibilidades de afrontarla desde el Sistema Público. Es importante resaltar toda esta problemática porque la intención anunciada del Gobierno actual es cambiar la Ley del 2010, en el sentido de realizar una restricción en los derechos de las adolescentes a decidir sobre su cuerpo y su vida. Las jóvenes de 16 a 18 años tienen la posibilidad legal de decidir sobre todo lo que tiene que ver con su salud y su cuerpo (extirpación de órganos, todo tipo de intervenciones quirúrgicas, tratamientos médicos...), sin precisar de autorización paterna. Sin embargo, los sectores fundamentalistas de la sociedad española y sus representantes gubernamentales quieren restringir ese derecho en el caso de un embarazo. Si sus padres no autorizan una IVE, las adolescentes menores de 18 años, sea cual sea su edad, estarían condenadas a tener una **“maternidad precoz obligada”**.

La descripción que viene a continuación sobre las consecuencias de los embarazos en adolescentes intenta denunciar la irresponsabilidad, la falta de ética y la **violencia** que se ejercería sobre este sector tan vulnerable de la sociedad.

3.- Embarazo y aborto en la adolescencia

Se constata en todas las investigaciones que la edad de comienzo de las relaciones sexuales coitales ha disminuido mucho en España en las últimas generaciones, pasando de los 19,6 a los 16 años en la actualidad (naturalmente, algunos antes), situándose en un 76,6 % (en jóvenes de 15 a 19 años) el porcentaje de chicas que utilizaron preservativo en su primera relación (MSC, 2007; SEC, 2014). Por tanto, casi una cuarta parte de estas jóvenes tendrían un riesgo evidente de quedar embarazadas o sufrir enfermedades de transmisión sexual.

En este segmento de edad **“destaca el preservativo masculino como método por excelencia y la anticoncepción de emergencia como el de uso creciente”** (MSC, 2007, 43), y de nuevo se repite el porcentaje **(9%)** de chicas **que no utilizaron ningún método anticonceptivo en su última relación**. Hay, por tanto, una constante de **“no auto-protección”** en un importante número de mujeres desde el comienzo de su vida sexual, que puede deberse a alguno o a la acumulación de los factores descritos. Y, en nuestro contexto de país desarrollado con costumbres cada vez más liberales en torno a la sexualidad, será el grupo con mayor vulnerabilidad para tener **un embarazo no deseado**.

Las circunstancias de los embarazos en adolescentes pueden ser, sin embargo, muy diversas, según las condiciones y costumbres de las diferentes regiones del mundo. Transcribo a continuación un texto muy expresivo y preciso sobre esta cuestión:

“El embarazo no intencionado (tanto el no planificado como el no deseado) en adolescentes es un problema de salud pública común en todo el mundo. Los embarazos repetidos en este grupo también ocurren con frecuencia y están relacionados con mayores riesgos de resultados adversos para madres adolescentes y sus bebés. Las muertes relativas al embarazo y al parto representan la causa número uno de muerte en mujeres de 15 a 19 años de edad en todo el mundo (1), con casi 70 000 muertes anuales....

Muchas adolescentes se casan, quedan embarazadas y tienen hijos antes de estar lo suficientemente maduras física, emocional y socialmente para ser madres. Casadas o no, las adolescentes quedan embarazadas por diferentes motivos. En algunos casos, el embarazo es accidental y es el resultado de experimentar con la sexualidad o de la falta de conocimiento sobre cómo prevenir la concepción. En otros casos, las mujeres buscan el embarazo y la maternidad para alcanzar un estado de adultez o llenar un vacío emocional. Pero la mayoría de los embarazos adolescentes tienen poco que ver con la elección o la equivocación. A nivel mundial, la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas están casadas y se las presiona para tener un hijo. En otros casos, el embarazo a menudo resulta de relaciones sexuales forzadas, o que se concretan mediante abuso o coerción”. (RAMOS, S. BSR.OMS, 2011)

Según datos de la OMS (2014b), unos 16 millones de chicas de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de niñas menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría (95%) en países en vías de desarrollo, siendo más probable en comunidades pobres, poco instruidas y rurales. Analizaremos a continuación las diversas consecuencias generadas por los embarazos en la adolescencia.

3.1.- Las consecuencias para la salud y la vida de las adolescentes y sus hijos/as son devastadoras, especialmente en los países con ingresos bajos y medianos: las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte entre las muchachas de 15 a 19 años en todo el mundo y el riesgo de mortalidad de los bebés, antes o después de nacer, asciende a un 50%, respecto a la de las mujeres de entre 20 y 29 años. Los cuerpos de las más jóvenes no están plenamente desarrollados para pasar por el proceso del embarazo y el parto, por lo que se enfrentan a un riesgo más alto de “parto obstruido”, que de no contar con la asistencia sanitaria necesaria, puede conducir a la ruptura del útero, lo que representa un alto riesgo para la muerte de la madre y del bebé. Cuando sobreviven,

puede producirse lo que se conoce como "fístula obstétrica": es un desgarramiento entre la vagina y la vejiga o el recto, que provoca fuga de orina o heces. "...Millones de mujeres quedan con esta afección que provoca incontinencia, malos olores y otros efectos secundarios como problemas psicológicos y aislamiento social". (OMS, 2009, p. 3). Estas mujeres "apestan" y, en consecuencia, son tratadas como "apestadas" por sus familiares y la comunidad.

En el mundo desarrollado, las mejores condiciones sanitarias y educativas impiden consecuencias tan devastadoras para la salud. Sin embargo, incluso en estos países, las adolescentes embarazadas, especialmente las más jóvenes, tienen un riesgo mucho mayor de morir o sufrir complicaciones médicas graves como *placenta previa*, *eclampsia* (hipertensión inducida por el embarazo), *parto prematuro* (en proporción doble de la media), además de padecer con frecuencia anemia y deficiencias nutricionales, toxemia... A causa de la prematuridad y del retraso en el crecimiento uterino, la tasa de mortalidad de sus neonatos es aproximadamente un 50% superior (nacen muertos o mueren posteriormente), tienen una probabilidad de 2 a 6 veces de tener bajo peso al nacer y de sufrir retraso, con coeficientes intelectuales más bajos. (Ripamonti & Poli 1991; Boletín OMS, 2009; Medline Plus 2011)

Las investigaciones coinciden, además, en resaltar que las madres adolescentes tienen más probabilidad de mostrar comportamientos inadecuados y malsanos; por falta de empatía y/o por haber idealizado la maternidad, están menos atentas a las necesidades de sus bebés y descuidan su estimulación, por lo que éstos presentan con mayor frecuencia retraso en su desarrollo motor y mental. Los niños nacidos de embarazos adolescentes no deseados muestran mayores riesgos de presentar crecimiento inadecuado y rendimiento escolar más bajo, mayores problemas emocionales, también enferman más fácilmente, tienen más infecciones y son hospitalizados más frecuentemente. Además, cuánto más jóvenes son los padres, hay mayor riesgo de abandono/maltrato de los hijos e hijas, que es aún más probable en el caso de que tengan algún tipo de discapacidad. El desarrollo de identidades más vulnerables, carenciadas y dañadas tiene consecuencias posteriores en los comportamientos auto-lesivos y agresivos (siguiendo, además, los modelos de género): las niñas que nacen de madres adolescentes tienen más probabilidades de convertirse en madres adolescentes igualmente y los niños varones tienen una tasa superior de ser encarcelados de mayores.

3.2.- **Las consecuencias económicas y sociales de la maternidad en la adolescencia** acrecientan sustancialmente las frecuentes condiciones carenciales previas (Delgado y otros CSIC 2011; Medline Plus 2011; Boletín OMS 2009; OMS 2014).

Si con frecuencia se da en la adolescente, antes del embarazo, un rendimiento académico deficiente y éste se produce también a menudo en contextos de mayor pobreza y en el seno de familias desestructuradas, los efectos de una maternidad precoz acrecientan, en un círculo vicioso, las situaciones deficitarias de partida. En efecto, como revelan todas las investigaciones, se produce un generalizado acortamiento de los estudios, que se abandonan definitivamente o se retoman con varios años de retraso, pero logrando en mucha menor medida que sus compañeras los niveles superiores y universitarios: 0-5% frente a 22%, en el estudio del CSIC, dado a conocer en el 2011, sobre "La maternidad adolescente en España". A causa de la maternidad y del bajo nivel de escolarización se ven obligadas a limitar las propias aspiraciones laborales pues tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo; en consecuencia, en el futuro acceden al mercado laboral con más dificultades, retraso, en menor medida y con mayor precariedad que sus coetáneas, por lo que el porcentaje de madres adolescentes que llegan a poseer un empleo estable de adultas es siempre muy inferior al de sus compañeras (CSIC 2011; OMS 2014). Las mujeres que tienen un hijo/a en sus años de adolescencia tienen, por tanto, **mayor probabilidad de padecer precariedad económica y de vivir en la pobreza**, pues el embarazo en la adolescencia perturba el acceso a la educación y a otras oportunidades de vida, reduciendo su potencialidad económica futura.

Además de esta situación deficitaria, las madres adolescentes sufren también mayor inestabilidad en su vida afectiva. El embarazo precipita con frecuencia la vida en pareja en edades muy tempranas y muy frecuentemente sin madurez ni preparación para ello. Después acaban teniendo el doble o triple de rupturas de pareja y éstas duran menos que en el resto de las madres. Además repiten la maternidad mucho antes que sus coetáneas y llegan a tener un mayor número de hijos que estas, más de los que hubieran deseado (CSIC 2011).

Como se ha podido observar con la descripción de los datos anteriores, la maternidad en la adolescencia deja **consecuencias muy desfavorables en muchos aspectos y para toda la trayectoria vital de la mujer**. Además, la madres/los padres adolescentes no están preparados física, psicológica y socialmente para afrontar el

nacimiento de un niño/a y para formar una familia; por ello **es muy probable que tales niños estén obligados a vivir en una situación de privación general.**

Para finalizar este análisis sobre la maternidad en la adolescencia quisiera resaltar algunos aspectos fundamentales que enmarcan esta experiencia: los valores que rigen la sexualidad en nuestra sociedad patriarcal, los procesos psíquicos que tienen lugar en la adolescencia y el significado que asume la maternidad en esta etapa y en la identidad femenina.

En la adolescencia se acentúan los problemas de identificación sexual y las necesidades de separación e independencia por parte de los jóvenes lo que a menudo les impulsa a realizar acciones "prohibidas" como un modo de afirmar la propia identidad y sin tener en cuenta las consecuencias, en una continuidad con el sentido de omnipotencia infantil: "a mí no me va a pasar nada...". Por otra parte, las relaciones sexuales indiscriminadas y promiscuas pueden responder a una fuerte conflictividad en las relaciones familiares del/la adolescente y a la necesidad de calmar la angustia generada por las posibles dudas en torno a su identidad sexual, sus problemas de identificación, inseguridades y carencias emocionales... Esto es especialmente frecuente entre los varones, ya que el ejercicio de la sexualidad exalta la identidad masculina -y denigra a la femenina- pero no solo entre ellos...Las jóvenes de hoy también se sienten compelidas a experimentar la sexualidad. Pero diversos estudios apuntan a que muchas adolescentes se resisten a realizar el primer coito o a mantener relaciones sexuales con penetración, pero acaban cediendo por presiones de la pareja o para conservarla, o simplemente son forzadas, aprovechando su vulnerabilidad e inexperiencia. "Las chicas siguen teniendo presiones para las relaciones sexuales precoces y coitales, escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo y deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la anticoncepción de emergencia y en su caso de la IVE." (MSC 2007, 60).

La sexualidad falocrática dominante prima el componente genital de la sexualidad, que aparece centrada en el coito y descuida otros deseos, como puede verse en toda la pornografía a la que todos -jóvenes y adultos- acceden hoy fácilmente, incluso por internet. El desconocimiento/prohibición sutil a las necesidades sexuales femeninas respecto a los tiempos y la modalidad en que se desea la relación -menor celeridad y muchas veces solo caricias corporales y genitales, no necesariamente de cópula-, dificulta que haya en muchas jóvenes y mujeres adultas una actitud consciente y responsable respecto a la propia vida sexual.

La falta de control sobre el propio cuerpo por parte de las mujeres es un componente más de lo que se ha denominado "**indefensión aprendida**", expresión que remite a la dependencia y a la falta de control general sobre la propia vida de tantas mujeres, por su escasa autovaloración y por estar siempre sometida a los tiempos y necesidades de Otros. Esta *indefensión* es una condición común a muchas y comienza a aprenderse a través de la socialización de género –que devalúa "lo femenino"– y de experiencias vitales que refuerzan la autodesvalorización (carencias afectivas, en la infancia, abusos físicos, psíquicos y/o sexuales, sobreexigencias, bajo nivel económico y cultural...). Esta indefensión (con todo su corolario de conductas auto-lesivas) estaría en la base de la falta de auto-cuidado y auto-protección que expresan las mujeres que acceden a relaciones sexuales coitales sin deseo y/o sin preservativos: ese 10%-25% de chicas y mujeres adultas más vulnerables que inician su vida sexual sin utilizarlos y que tantas otras veces "se abandonan" o consienten el sexo sin protección y/o toleran otras experiencias de dominación y de maltrato físico/psíquico (que suele incluir también la violencia sexual).

"Un estudio de la Clínica Dátor en mujeres que realizaron una IVE muestra que un 42% de las mujeres extranjeras encuestadas y un 22% de las españolas afirma que su pareja le obliga a tener relaciones sexuales sin preservativos." (MSC 2007, 44).

Junto a todas estas dificultades mencionadas y para comprender en su integralidad el problema, el abordaje y la prevención de los embarazos en la adolescencia, hay que resaltar las vivencias peculiares de las chicas en esta difícil etapa de maduración. Para muchas adolescentes los conflictos en la identificación/autonomía/rivalidad se viven fundamentalmente en relación a la madre y pueden derivar en una búsqueda de solución a través de la propia maternidad. Por ejemplo, puede ansiar la fusión con un bebé, porque siente la nostalgia de la (habida o deseada) simbiosis con la madre. O puede desear ser madre para poder oponerse/castigar a una madre -y/o padre- demasiado opresivos o para rivalizar con una madre muy envidiada. Cualquiera de estas opciones y otras (las fantasías irreales sobre la condición de tener un hijo, por ejemplo) remiten en cualquier caso a un sustrato común: que la maternidad es vivida como el modo esencial en que se define la identidad femenina. Por ello, todos los conflictos en relación a ésta pueden intentar resolverse, a niveles inconscientes, «abandonándose» a ser madres. La adolescente "*buscaría*" la maternidad para alcanzar el estado de adultez sin tener que confrontar primero los problemas de separación y autonomía personal, de maduración, en suma de crear un proyecto propio y diversificado de vida.

Por tanto, un trabajo formativo y preventivo con las jóvenes no sólo debe incidir en un cambio de valores sobre la masculinidad-feminidad y la sexualidad, sino que también debe ayudarlas a buscar una identidad que no necesariamente deba pasar por la maternidad, sino que les abra otras múltiples perspectivas y potencialidades propias. Y, sobre todo, debe estar orientado a una **autovaloración** y a un **empoderamiento personal**: a la autoafirmación de las propias capacidades, necesidades y deseos. Y al desarrollo de la asertividad. Este es, desde luego, un trabajo a largo alcance, como todos los que pretenden cambios en profundidad, los únicos, a mi parecer que podrían ser realmente eficaces para prevenir experiencias tan dolorosas y dañinas para la vida de las jóvenes, y de las mujeres en general, como es un embarazo no deseado y un aborto. Cito a continuación un texto mío de un artículo ya publicado hace muchos años y en el que me refería a esta cuestión, aún no abordada en la práctica por las diversas instituciones y, de modo fundamental, por el sistema educativo y sanitario:

“...cuando se habla de embarazos en adolescentes la idea común es que debe realizarse un trabajo de información sobre métodos anticonceptivos, lo cual, por otra parte, es obvio y necesario. Sin embargo, ese exclusivo planteamiento pretende incidir fundamentalmente en el aspecto somático, sin percibir que el/la adolescente, además de un cuerpo capaz biológicamente de procrear, está inmerso en unos determinados valores sociales, y tiene unas vivencias y unas características psíquicas personales que tienen que ver con esos valores y con la propia historia afectiva, con el género sexual al que se pertenece, con el momento evolutivo que se está atravesando, etc...” (González de Chávez, 1999, 162)

Todo programa de Salud Sexual y Reproductiva que pretenda abordar la prevención de embarazos no deseados y de los abortos debe iniciarse desde la primera escolarización, favoreciendo -con contenidos teóricos y tareas prácticas-, cambios de calado en los modelos de identidad masculina/femenina y contribuyendo a una relación paritaria y respetuosa entre los sexos.

Este objetivo y tantos otros, que figuran en la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, no han sido ni siquiera abordados. No casualmente, la Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas publicaba en Septiembre del 2011 un análisis muy exhaustivo y crítico sobre el estado de la aplicación de la ley y lo titulaba: “Informe sobre la aplicación de la ley: entre la teoría (legal) y la práctica (real)”, resaltando el incumplimiento absoluto de los objetivos a corto y largo plazo que la Ley proponía. Objetivos que implicaban al Sistema Educativo y a las Infraestructuras y Políticas Sanitarias de las diferentes Comunidades Autónomas.

4.- Conclusión

Termino este artículo con algunos textos extraídos de una revisión exhaustiva de *"Intervenciones para prevenir embarazos en adolescentes"*, publicada en la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS, porque redundan en cuanto expuesto y defendido en este trabajo y es aplicable a los embarazos no deseados también en mujeres adultas:

"La salud sexual y reproductiva está profundamente arraigada a los valores culturales y sociales ... Además, el embarazo no intencionado es un fenómeno sociocultural complejo que podría abordarse tomando en consideración un marco integral de determinantes sociales y culturales ... Se necesitan marcos conceptuales más integrales para abordar la evaluación de las intervenciones dirigidas a cambiar valores y conductas en el campo de la sexualidad."

"El objetivo de todos los esfuerzos dirigidos a las adolescentes debe ser darles la mejor oportunidad de desarrollarse tanto a nivel personal como social. Las intervenciones implementadas en las escuelas, la comunidad o los centros de atención de la salud que tienen como objetivo cambiar cualquier variable de proceso o de resultado relacionada con las conductas sexuales y reproductivas de las adolescentes deben tomar en consideración las oportunidades económicas y sociales disponibles para las adolescentes, así como sus valores culturales." (Ramos, S. OMS 2011, 3)

Todo cambio legislativo que vaya en la dirección de restringir la libre decisión de las adolescentes de interrumpir un embarazo no programado/no deseado y no en ponga en práctica políticas reales para mejorar la salud sexual y reproductiva de las jóvenes (y las mujeres en general) constituye un nuevo acto de violencia contra las mujeres, especialmente hacia las más jóvenes.

Bibliografía

- SEDGH, G.; SING S.; HENSHAW S.K.; BANKOLE A. SHAD I.H.; AHMAN E.: "Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*: February 18th, 2012 (Vol. 379, Issue 9816, pp 625-632).
- Ministerio Sanidad y Consumo (MSC): *"La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes"*, Madrid, 2007.
- Guttmacher Institute New York-Washington D.C.: *"Hechos sobre el aborto inducido en el mundo"*, 2012; www.guttmacher.org
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI): Portal Estadístico del SNS: Interrupciones Voluntarias del embarazo. Datos definitivos del 2013. www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2013.pdf

- Ripamonti, Chiara y D. Poli, Marco, "Il rapporto del medico con il bambino e l'adolescente" en *Psicologia Medica*, de Cipolli & Moya, Armando Editore, Roma 1991
- Sociedad Española de Contracepción (SEC), "Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España", Marzo 2014
- Organización Mundial de la Salud (OMS): *El embarazo en la adolescencia*. Nota descriptiva nº 364. Actualización de Septiembre de 2014
- Delgado, Margarita; Barrios, Laura; Cámara, Noelia; Zamora López, Francisco, "La maternidad adolescente en España", Centro Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), 2011
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Boletín: "Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo", Volumen 87: 2009
- MedlinePlus, Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU "Embarazo en la adolescencia", Actualizado 9/12/2011 www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001516.htm
- González de Chávez Fernández, M.A: "Algunas consideraciones sobre la sexualidad, la prevención de embarazos en la adolescencia y el aborto", en *Subjetividad y ciclos vitales de las mujeres*, de González de Chávez Fernández, M.A. Siglo XXI Editores, Madrid, 1999.
- Ramos, S. "Intervenciones para prevenir embarazos no deseados en adolescentes": Comentario de la BSR (última revisión 1 de Agosto 2011). La Biblioteca de Salud Reproductiva (BSR) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 2011
- Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas: "Situación actual de la nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción voluntaria del embarazo en el Estado Español, tras año y medio de aplicación". Manifiesto Septiembre 2011.