



MANIFIESTO A FAVOR DEL ACCESO LIBRE Y SEGURO AL ABORTO

Resumen

Nosotros, como miembros de la **Federación Española de Estudiantes de Medicina para la Cooperación Internacional, IFMSA-Spain**, como futuros médicos y como ciudadanos queremos demostrar mediante este manifiesto nuestro apoyo al acceso al aborto libre y seguro.

Consideramos que esta el acceso al aborto libre y seguro es un derecho necesario para el cumplimiento del principio de igualdad y los derechos y libertades de la mujeres ya que considerando a la misma capaz para tomar decisiones sin que sea necesaria la autorización de terceros como médicos especialistas, ya sean médicos de familia y psiquiatras u otros.

Queremos remarcar el hecho de que una ley que asegure el acceso al aborto **NO** obliga a las mujeres a abortar ni supone un aumento en el número de abortos sino que otorga garantías jurídicas y sanitarias a las mujeres que decidan hacerlo.

Asimismo pedimos que se implementen programas de Salud Sexual y Reproductiva que permitan a las personas conocer los métodos de prevención de embarazos no deseados y den potestad a las mujeres para tomar decisiones sobre su propio cuerpo con conocimiento de causa.

Salud sexual para prevenir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir.

Manifiesto

Nosotros, los miembros de la **Federación Española de Asociaciones de Estudiantes de Medicina para la Cooperación Internacional, IFMSA-Spain**, queremos mostrar mediante este posicionamiento, nuestro apoyo al acceso al aborto libre y seguro. Como estudiantes de medicina, futuros profesionales de la salud y como ciudadanos comprometidos con 1) los derechos básicos de la persona, 2) la



autonomía y libertad de las mujeres, 3) un correcto y equitativo acceso a la salud y a los servicios sanitarios, queremos hacer constar:

Primero. La opinión doctrinal más generalizada en el Derecho Civil apoya que el *nasciturus* no es persona y, por tanto, no es titular del Derecho a la vida (art. 15 CE). Este aspecto se dictó ya en la STC 116/1999 y ha sido apoyado por los grandes civilistas españoles (como pueden ser Tomás y Valiente, Albadalejo,...) tanto es así que, con la modificación del artículo 30 del CC por la Ley 20/2011 del Registro Civil solo se considera persona al ser nada más ser separado del seno materno y este y solo este es titular de derechos. Por lo cual incluso a nivel jurídico este nuevo anteproyecto de ley es una incongruencia en sí porque, según la legislación española, el *nasciturus* no es titular del derecho a la vida. Sin embargo, desde el punto de vista ético esto no está tan claro. Así, existe una vasta cantidad de opiniones que hay que atender cuando se plantea la modificación o redacción de una nueva ley. Teniendo en cuenta esto y no habiendo consenso científico acerca de en qué momento se establece el inicio de la vida, consideramos que **la ley de plazos protege al nasciturus** antes de que posea el derecho a la vida, al mismo tiempo que establece un plazo en el que abortar no tiene riesgos físicos importantes para la madre.

Segundo. Para abordar un tema, por complejo que sea, existen dos enfoques deontológicos distintos: el consensualista (ética de mínimos) y el reglamentarista (ética de máximos) [1]. Nosotros defendemos una ética de mínimos que se basa en la asunción de la existencia de varios códigos éticos. De manera que la ética pública proporciona, en base a los derechos humanos, la cobertura necesaria para la ética privada, de acuerdo con la cual el individuo tiene la libertad de considerar correctos una serie de principios. Ejemplo de la ética de mínimos es la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo [2], de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que establece un marco garantista en el que la gestante pudiera comportarse según sus propios valores. Dada la pluralidad política, cultural y religiosa de la sociedad española, el objetivo de las leyes debe ser alcanzar un consenso ético civil básico compartido por la mayoría.

Este consenso no es posible con aquellas leyes que tienen un enfoque reglamentarista (ética de máximos), basado en la asunción de la existencia prácticamente objetiva de reglas claras y concluyentes sobre lo que éticamente puede o no debe hacerse. Estas leyes se establecen sin tener en cuenta la pluralidad de la población, atendiendo al código moral de una parte de la sociedad, pero rechazando la posibilidad de que los ciudadanos puedan adoptar otros códigos morales diferentes. En definitiva, consideramos que **sólo un abordaje según el modelo consensualista que proteja la ética privada tiene sentido en el contexto de una sociedad democrática.**



Tercero. Estudios epidemiológicos recientes demuestran que **la legislación vigente desde 2010, la despenalización y liberalización del aborto NO han supuesto un aumento del número de abortos** [3] [4]. La ley de plazos no ha aumentado el número de abortos, lo que ha permitido ha sido que las mujeres de poder adquisitivo más bajo puedan acceder a este derecho en condiciones de seguridad, reduciendo por tanto, las desigualdades derivadas del filtro socio-económico y el acceso al sistema de salud. [5] Por ello, expresamos nuestro **rechazo a las leyes que vayan en contra del acceso libre y seguro al aborto, por suponer una forma de discriminación socio-económica de las mujeres**: las familias o mujeres con mayores recursos podrán tener acceso al aborto en países de nuestro entorno, mientras que las pertenecientes a clases menos favorecidas serán marginadas, privadas de sus derechos, y sin otra alternativa para interrumpir su embarazo que el aborto clandestino y en precarias condiciones, suponiendo un riesgo para la vida de éstas [6].

Cuarto. Los estudios muestran que los embarazos no deseados ocurren con mayor frecuencia cuanto menor es la educación de la mujer y cuanto menor poder adquisitivo tiene. Esto se explica porque mantienen relaciones sexuales sin la planificación adecuada ni métodos efectivos de control de la natalidad. En consecuencia las medidas para intentar reducir el número de embarazos no deseados deben basarse en **mejorar e implementar una correcta e igualitaria Educación Sexual y Reproductiva** desde la base, en la Educación Pública en lo concerniente a métodos anticonceptivos y a programas de planificación familiar. Existen evidencias de que esfuerzos en el ámbito de la Educación reducen la tasa de abortos [5], no ocurre así con leyes restrictivas y retrógradas.

Quinto. Las restricciones en cuanto al derecho al aborto conllevan un problema de Salud Pública, puesto que las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas sin un mínimo estándar sanitario suponen un alto riesgo de morbilidad materna como consecuencia principalmente de hemorragias, infecciones, envenenamiento y otras complicaciones. Por el contrario, la legalidad del proceso de interrupción deriva en la disminución de la tasa de mortalidad, con resultados inferiores a 1/100.000 interrupciones. Por lo tanto, se ha demostrado que **cuanto más restrictiva es la Ley de interrupción voluntaria del embarazo, más abortos clandestinos existen y en consecuencia más riesgo de morbilidad materna** [7].

Sexto. Los costes derivados de complicaciones de tratar un aborto inseguro, así como los riesgos a los que se expone de manera innecesaria a la gestante, pueden suponer un mayor gasto que la incorporación de servicios de interrupción del embarazo sin riesgos [8].



Séptimo. Las leyes restrictivas trasladan los derechos reproductivos de la mujer a la intervención de terceros, necesiéndose la autorización de distintos médicos especialistas de diferentes centros sanitarios, que serían en última instancia los que tomarían la decisión vital de que la mujer tuviera o no un hijo sin tener en cuenta su opinión [9], convirtiendo a la mujer en sujetos a los que hay que tutelar y que no son capaces de tomar sus propias decisiones, lo cual se podría equiparar a una incapacidad parcial. De esta manera la mujer quedaría relegada del derecho a ejercer la maternidad. Así, la maternidad deja de ser una experiencia íntima y personal de la mujer para ser una decisión de otros, que no serán partícipes ni responsables del crecimiento de este niño o niña.

Además, las leyes que restringen el aborto no tienen en cuenta la difícil situación personal y psicológica de una mujer que decide interrumpir su embarazo, obligando, por ejemplo, a contar su situación a más de un profesional médico de diferentes centros sanitarios, incluyendo un tercero para que le practique la intervención. En definitiva, se podría obligar a la mujer a contar una decisión personal y privada a muchas personas diferentes que tomarán la decisión por ella, sin tener en cuenta la libertad de la mujer para decidir qué hacer con su cuerpo.

Octavo. Rechazamos que sea imprescindible la denuncia de violación para solicitar la interrupción del embarazo. La exclusión de las víctimas de agresión sexual que no denuncien deja desprotegidas a un gran número de mujeres debido a que el 50% de estos delitos no acaban en denuncia [10].

Noveno. Nuestro total rechazo a la restricción del acceso al aborto, en el contexto social que vivimos debido a múltiples circunstancias concretas. Especialmente cuando se **intenta defender los derechos del nasciturus mientras al ya nacido le ofrece unos servicios sociales diezmados**: una educación pública cuyo presupuesto ha bajado del 4.9% al 3,9% del PIB en el periodo 2010-2015 [11], una sanidad pública con recortes más acusados en cada Presupuestos del Estado [12] y una disminución en los presupuestos destinados a la Dependencia [14].

Décimo. Nos parece especialmente relevante la situación sanitaria a la que las leyes restrictivas exponen a la población cuando no consideran como supuesto para optar a una interrupción legal del embarazo la presencia en el feto de una malformación o "enfermedad extremadamente grave e incurable". La bibliografía científica demuestra un curso inexorablemente desfavorable de las anomalías congénitas, por tanto estas leyes supondrían un **incremento del número de familias en situación de dependencia** [14].



Las malformaciones que menor esperanza de vida acarrear son las cromosomopatías. Al síndrome de Down le acompaña cerca de un 40% de letalidad intraútero y es la causa más frecuente de retraso mental con supervivencia postnatal más prolongada [15]. Otras cromosomopatías como el síndrome de Edward, el síndrome de Patau y el síndrome de Turner conllevan una mortalidad intraútero cerca del 80% hacia el final de la gestación [15], no teniendo esperanza de vida más allá del primer año en el caso de los síndromes de Edward y Patau [16][17]. Entre las malformaciones congénitas severas con una supervivencia a los 20 años en torno al 60% [16] se encuentran los Defectos del Tubo Neural, como la espina bífida. La Espina Bífida en concreto va ligada a **severas discapacidades a lo largo de la vida y a un alto riesgo de inadaptación psicosocial** [18]. Se trata de una situación preocupante si tenemos en cuenta este contexto, la ineficacia en la aplicación de las medidas de dependencia, la reducción considerable de sus ayudas económicas y el incremento de los costes sanitarios en familias que requieren una asistencia sanitaria especial (intervenciones quirúrgicas, tratamientos terapéuticos y farmacológicos continuados o crónicos, cuidados sanitarios especiales, etc.).

Por último, si la gestante no puede elegir si continuar el embarazo o no, **la investigación e inversión** hechas hasta ahora y de cara al futuro **en tecnologías más avanzadas de cribado y diagnóstico prenatal carecen de gran parte del interés médico-social para el que fueron desarrolladas.**

Undécimo. Denunciamos que la aprobación de leyes restrictivas es debida a la presión de los sectores más conservadores de la sociedad. **Afirmamos la necesidad de una sociedad laica y democrática libre de imposiciones morales.** Estamos convencidos de que la Educación Sexual puede ayudar más a reducir la cantidad de abortos que la imposición de un anteproyecto elaborado sin consultar realmente a asociaciones de defensa de los derechos de las mujeres [19], aprobado por una minoría y apoyado por escasos sectores de la población [20].

Por lo anteriormente expuesto, pedimos al Gobierno de España y a quien corresponda:

- Que la legislación dote de autonomía y libertad a las gestantes, con garantías jurídicas y sanitarias, garantizando a su vez su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación. Así mismo, se promueban políticas sanitarias, educativas y sociales de acceso a información y formación afectivo-sexual, y un acceso universal a dichos programas, herramienta que pensamos



crucial para llegar a un número cero de abortos. Queremos recalcar que la condición legal del aborto no supone la obligación a la mujer de hacerlo, sino una cobertura legal para aquellas mujeres que deseen libremente interrumpir su embarazo.

- Que **no se victimice a la mujer y que se la tenga en cuenta como dueña de su cuerpo, de su sexualidad y de su vida**, y no se deleguen decisiones vitales como la de la reproducción, a terceros, puesto que al igual que el embarazo no es una enfermedad, tampoco lo es el querer interrumpirlo.
- Que se **considere como supuesto** para optar a una interrupción legal del embarazo la **presencia en el feto de una malformación** o "enfermedad extremadamente grave e incurable" no debe entrar a negociación vistas la expectativa vital y calidad de vida de estas personas.
- Que el **reconocimiento de víctima de agresión sexual no se reduzca únicamente al hecho de haber denunciado o no**, estableciendo algún otro método que posibilite que la víctima que no ha denunciado (aproximadamente el 50%) se acoja a sus derechos.
- Que se implementen **programas poblacionales de Salud Reproductiva y Sexual** que permitan a las mujeres decidir, con la suficiente información, sobre su propio cuerpo en condiciones óptimas de seguridad e higiene, previniendo así un embarazo no deseado.
- Que se **implementen y mejoren las condiciones** para aquellas familias o mujeres que decidan tener descendencia, ya sean mujeres solteras o familias homo o heteroparentales.
- Que se **mejoren las condiciones sociales de los ya-nacidos**, facilitando y promoviendo una educación de calidad para que puedan formarse y prosperar en la vida, un sistema de salud enfocado a promover la salud poblacional, sin fisuras y sin marginados, para todos en igualdad, y dotando a aquellos más desfavorecidos de las vías disponibles para que puedan salir de una situación de marginalidad que es caldo de cultivo de más marginación.



Bibliografía

[1] Clouser KD, Bernard G. A Critique of Principlism. J Med Philos (1990) 15 (2): 219-236.

[2] Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Boletín Oficial del Estado, nº 55, (4 de marzo de 2010).

[3] Pereiró R, Colomer C, Álvarez-Dardet C, Ashton JR. Does the liberalisation of abortion laws increase the number of abortions ? The case study of Spain. Eur J Public Health (2001) 11 (2):190-194.

[4] INE [base de datos de Internet] Interrupciones Voluntarias del Embarazo. Serie 1992-2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 1992-2011 [fecha de consulta 28 de diciembre de 2013].

[5] Pérez G, Gacía-Subirats I, Rodríguez-Sanz M, Díez E, Borrell C. Trends in Inequalities in Induced abortion According to Educational Level among Urban Women. J Urban Health. 2010 May; 87(3): 524-530.

[6] UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP). Unsafe abortion incidence and mortality -Global and regional levels in 2008 and trends. Information sheet. Geneva: World Health Organization. 2012.

[7] SESPAS. Declaración de seis sociedades de SESPAS ante las posibles modificaciones de la Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo 2/10, de 3 de marzo. Barcelona. 12 de diciembre de 2013.

[8] World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. 2ª Edición. Montevideo: Organización Mundial de la Salud. 2012.



[9] Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15 de noviembre de 2002).

[10] Prats J. Una violación cada ocho horas. El País. Valencia: 22 de junio de 2013 [fecha de consulta 28 de diciembre de 2013]. Disponible en:

http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/06/22/actualidad/1371929413_934353.html

[11] Plan de Estabilidad 2012-2015 y Plan Nacional de Reformas 2012. Consejo de Ministros, (27 de abril de 2012).

[12] Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Boletín Oficial del Estado, nº 98, (24 de abril de 2012).

[13] El Gobierno frena la ley de dependencia. Público [Internet]. Madrid: 2012 [fecha de consulta 28 de diciembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.publico.es/espana/427782/el-gobierno-frena-la-ley-de-dependencia>

[14] Asociación Española de Diagnóstico Prenatal. Comunicado de la Asociación Española de Diagnóstico Prenatal (AEDP). 25 de julio de 2012.

[15] Montalvo J, Díaz Recaséns J. Propuesta de cribado de cromosomopatías de la SESEGO. Documentos de Consenso. S.E.G.O 2009. 2010; 166-182.

[16] Tennat PWG, Pearce MS, Bythell M, Rankin J. 20-year survival of children born with congenital anomalies: a population-based study. Lancet 2010; 375: 649-56.

[17] Paladini D, Volpe P. Chromosomal and non-chromosomal syndromes. Ultrasound of Congenital Fetal Anomalies, Differential Diagnosis and Prognostic Indicators. 1ª ed. UK: Informa Healthcare;2007. p.301-335



[18] Botto LD, Moore CA, Khoury MJ, Erickson JD. Neural-tube defects. N Engl J Med. 1999 Nov 11;341(20):1509-19.

[19] Rafael P. Las asociaciones de defensa de los derechos de la mujeres critican que se les incluya entre los consultados cuando apenas hablaron sobre el borrador de la ley ni recibieron información. El Diario [Internet]. Fecha de publicación 22 de diciembre de 2013 [fecha de consulta 28 de diciembre de 2013]. Disponible en:

http://www.eldiario.es/sociedad/aborto-expertos-bioetica_0_209979293.html

[20] Europa Press, Público. Protestas ante las sedes del PP contra la reforma de la ley del aborto que aprueba hoy el Gobierno. Público [Internet]. Madrid: 20 de diciembre de 2013 [fecha de consulta 28 de diciembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.publico.es/490500/protestas-ante-las-sedes-del-pp-contr-la-reforma-de-la-ley-del-aborto-que-aprueba-hoy-el-gobierno>