

DECIDIR

NOS HACE LIBRES

**EL DERECHO DE LAS
MUJERES A DECIDIR.
CONSIDERACIONES
EN TORNO AL ABORTO**

Quienes somos

Federación de Mujeres Jóvenes. Asociación en Defensa de la Sanidad Pública ADSP. Asociación de Mujeres Juristas THEMIS. Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE). FADEMUR Mujeres Rurales. Federación de Asoc. Madres Solteras. Médicos del Mundo-España. Asociación de Planificación Familiar de Madrid (APFM). Coordinadora de Organizaciones Feministas de Zaragoza. ACAI-(Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo). DATOR-Médica. Federación de Asociaciones de Mujeres Separadas y Divorciadas. ATSEGINEZ- Asociación de Educación Sexual y Planificación Familiar de Euskadi. COGAM. Dones d'Illes Balears Per a la Salut ADIBS. UGT Confederal Mujer. CCOO-Secretaría Confederal de la Mujer. Federación Mujeres Progresistas (FMP). Católicas por el Derecho a Decidir, CDD. AMES. Asociación de Mujeres por un Envejecimiento Saludable. Ciudad de Mujeres. Federación de Mujeres Violadas CAVAS. Federación de Mujeres Arena y Laurisilva. Clásicas y Modernas. Plataforma Andaluza de Apoyo al Lobby Europeo de Mujeres. Plataforma Catalana de Suport al Lobby Europeu de Dones. Mujeres para la Salud. Fundación Mujeres. Forum de Política Feminista. Mujeres en Red. UNAF. Dones en Xarxa. Asociación Mujeres OPAÑEL. AMPLIA- Asoc. Profesional de Agentes de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de la Comunidad de Madrid. Red Feminista de Hombres y Mujeres Castilla La Mancha. Asociación de Mujeres Europeas Feministas. Red Activas. Red Ecofeminista. Asociación de Mujeres "Puntos Subversivos". Enclave Feminista. Asociación E-Mujeres.net. Concejalas79. Centro Cultural de la Mujer. Federación María Laffitte. Asociación Derechos Humanos de las Mujeres y Desarrollo. Fundación AMFE. Mujeres de Vallecas. Grupo Mujeres de Carabanchel. Integración de Pueblos y Culturas. Marea Violeta / Málaga. Mas Mujer + Igualdad. Mujeres de Centro. ACIAB Red Mujeres Latinoamericana y Caribe /España. AMALTEA. Mujeres SAFO. AMPI de Alcobendas. Asociación San Martín de Porres. Comité de Culturas Lesbianas (CRECUL). Asociación Ágora Fuenlabrada S XXI. Otro Tiempo. Asociación de Mujeres Fasnieras AFAM. Asociación de Mujeres Gara. Asociación de Mujeres Jóvenes Ágora Violeta. Nosotras mismas Chamberí. Asociación de Mujeres Pandora. Asociación de Mujeres Progresistas de Tenerife. Asociación de Mujeres Vecinales. Asociación Eleanor Roosevelt. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y el Caribe, RSMLAC. Asociación Mararía. SEDOAC (Servicio Doméstico Activo). Asociación Mujeres Solidaridad y Cooperación. Asociación Musabem. Asociación para el Desarrollo Integral de las Mujeres Mercedes Machado. Asociación para la Defensa de la Imagen Pública de la Mujer. Plataforma de Mujeres en la Diversidad de la CAM. SOMOS LGTB+ Aragón. Asociación Sabina. Asociación Social y Cultural para las Mujeres Mararía. Asociación Solidaridad con Madres Solteras/ Canarias. UTO-UGT de la ONCE -ARAGÓN. Asociación de Mujeres Nerea. FADEMUR-Aragón. ARAMUR. Asociación Foro de Mujeres Progresistas de Ejea. Asociación La Estanca El Gancho. Asociación de Mujeres la Val. ASTARTEIA. Asociación 8 de Abril. Asociación La Verde Doncella. Foro de Mujeres Progresistas la Vicora. Asociación Cultural de Mujeres Santa Águeda. Asociación de Mujeres La Corona. Asociación de Mujeres La Fragua. Asociación de Mujeres El Cuco. Asociación de Mujeres El Arco. Asociación de Mujeres Juana Jiménez. Asociación de Mujeres Virgen del Alba. Asociación La Milagrosa. Asociación de Mujeres La Carra. Asociación de Mujeres Virgen de Los Navarros. Asociación de Mujeres Camino Real. Asociación Las Fozinas. Asociación de Mujeres El Poyo del Cid. Asociación de Mujeres Virgen del Carmen. Asociación de Mujeres San Blas. Asociación de Mujeres La Bardena Negra. Mujeres Progresistas de Cariñena Pilar Pitarh. Asociación Círculo de Opinión Juan Sancho. AA.VV Cerro de los Molinos. AA.VV Chasa. AA.VV Las Eras-La Fuente. Amppi Fuenlabrada. As. Mujeres Creativas Rosa Montero. Asociación Trece Rosas. Asociación Mujeres Jóvenes Pandora. Asociación Sophias. CEMF. CODIF. COMDI. Creciendo Juntas. AA.VV Fuensur. GERMINAL. Grupo de Apoyo a Familias Monoparentales. Mirando al Futuro. Mujeres Parque Miraflores. Secretaría de la Mujer de IU Fuenlabrada. Victorias. Asociación Matices. AA.VV Provincias. Plataforma Violencia Cero. Dones de Xirivella en Acció. Asociación de Mujeres de Orihuela Clara Campoamor. XATEBA -Asociación por la Igualdad y contra la violencia de género. Tertulia Feminista les Comadres. Federación de Mujeres Progresistas de Asturias. Asociación de Mujeres Jóvenes de Asturias. Asociación Progresistas de Extremadura. Asociación Dones Progressistes de Menorca. Grupo Federal de Gays, Lesbianas, Transexuales y Bisexuales del PSOE. Mujeres en Consenso. Asociación Mujer Marianne de Córdoba. ALDARTE Centro de Atención a Gays, Lesbianas y Transexuales. Asamblea de Mujeres de Albacete. Mulheres Nacionalistas Galegas. Asociación Contramarea. Asociación Mujeres Ventana Abierta. Asociación Educación Sexual y Planificación Familiar. Partit Comunista País Valencià. Dinamia Soc. Cop.. Ocupando la Igualdad. Grupo de Mujeres de Comillas. Asociación de Mujeres Viva la Pepa. Centro de Estudios de la Mujer de Fuenlabrada. Movimiento Laico y Progresista a NOSOTRASDECIDIMOS. Secretaría de la Mujer de CCOO de Madrid. Mujeres de Negro de Valencia. Feministas Independientes Galegas. Associació LIKA (Llibertat, Igualtat i Koeducació en Acció). Col·lectiu Feminista Victoria Sau. Coordinadora de Mujeres de Valladolid. Federació Dones Progressistes Comunitat Valenciana. Asociación de Mujeres Inmigrantes Malen Etxea. Cultura per la Igualtat: Cercle Feminista (Valencia). Asoc. Mujeres Sabias y Emprendedoras MUSABEM. Maquestiau Pascale Le Monde Selon les Femmes. AMPPI, Puente Vallecas. ADAVASYMT. Asoc. Rede de Mulleres Veciñais Contra os Malos Tratos de Vigo. Asociación Púrpura. Organización de Mujeres Intersindical Región Murciana. Mujeres Vecinales de la Corrala. Asociación de Mujeres las Azucenas. Consejo Comarcal de la Mujer Guadiato. Asociación Consumidores ADECU. Secretaría de Igualdad Federación Enseñanza CCOO de Asturias. Secretaría Confederal da Muller da CIG, Confederación Intersindical Galega. Plataforma de Acción Feminista Canaria. Mugarik Gabe-Género Arduraduna. IGUALMENTE-Chiclana. Secretaría de Igualdad – PSOE Valladolid. Asoc. Profesional Agentes Igualdad de Oportunidades de Mujeres y Hombres Murcia. Asociación

Cultural Sorámbulas. Asociación de Mujeres Progresistas 8 de Marzo. Comissió Dones Advocades Col·legi Barcelona. Coordinadora Galega da Marcha Mundial das Mulleres. Lamias. Mujeres Jóvenes de Navarra -Nafarroako Emakume Gazteak. Marcha Mundial de Dones València. Mujeres Libres Yazirat. Clínicas-Aborto.com.mx (México). Asociación de Mujeres Periodistas de Cataluña. Associació Planificació Familiar de Catalunya i Balears, miembro de la FPFE. Rede Provincial Pontevedra Pola Igualdade. Asociación LGTB+H de las Universidades Politécnica (UPM) y Complutense de Madrid (UCM). Fed. Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales, Área de Políticas Lésbicas (FELGTB). Unión de Mujeres por Europa. Casal de Joves Guineueta- Associació Juvenil. Xuventudes Socialistas de Ferrol. Asociación Galega para a Saude Sexual-AGASEX. Grupo Municipal Socialista de Ferrol. Colectivo Harimaguada. Organización de Mujeres STES-I. Plataforma de Mujeres Artistas Contra la Violencia de Género. Asociación Progresistas de España. Juventudes Socialistas de Gijón. ASAMBLEA FEMINISTA DE MONTILLA. Asociación de Mujeres de León “Clara Campoamor”. Asociación para la Defensa de la Imagen Pública de la Mujer. SECRETARIA IGUALTAT PSPV PSOE CASTELLÓ. EJECUTIVA PROVINCIAL PSOE CUENCA. Confederación intersindical Galega (CIG). Secretaria Confederal da Muller. Asociación de Mujeres IGUALMENTE. Sec.Igualdad Alicante PSPV-PSOE. CGT-Secretaría de la Mujer. ASOCIACION ECUESTRE ENTRE LA VEGA Y LA NIEVE. ASOCIACION SARAE. Lamias. Mujeres Jóvenes de Navarra -Nafarroako Emakume Gazteak. Asociación Cultural Sorámbulas. ASSOCIACIÓ LIKA. AVA Against Violence and Abuse. Asociación de Mujeres Separadas y Divorciadas de Asturias. MUJERES POR LA SALUD Y LA PAZ. Asociación para la reflexión política Arrebol. Colegio Profesional de Trabajo Social de Málaga. Colectivo Violeta. Alianza por la Solidaridad. Consejo local de Igualdad de Azuqueca de Henares. Asociación Arrebol. Juventudes Socialistas de la provincia de Guadalajara. Ayuntamiento de CASTELLVÍ DE ROSANES (BARCELONA). Gran Logia Femenina de España. Secretaria de Igualdad- PSM-PSOE. Asociación Leonesa Simone de Beauvoir. Plataforma Por Una Educación Sexual Científica del P.V.. Coordinadora de Lesbianes, Gais, Transsexuales i Bisexuales de Catalunya. Plataforma Feminista de Alicante. Red Feminista de Derecho Constitucional. Juventudes Socialistas de España. AUVIM, Asociación Universitaria contra la violencia machista. Asociacion Malvaluna (Extremadura). ACAI (Associació de clíniques autoritzades per a la interrupció de l'embaràs). ACCIÓ ESCOLTA DE CATALUNYA. APFCiB (Associació de planificació familiar de Catalunya i Balears). ASSOCIACIÓ MÓN COMUNICACIÓ. ASSOCIACIÓ SALUT I FAMÍLIA. CASALS DE JOVES DE CATALUNYA. CCOO. DONES EN XARXADONES JURISTES. ESCOLA LLIURE EL SOL. ESQUERRA UNIDA I ALTERNATIVA. FEMINISTES DE CATALUNYA. FUNDACIÓ M^a AURÈLIA CAPMANY. HOMES IGUALITARIS. HOMES SOCIALISTES PER ALA IGUALTAT. MLP (Moviment laic i progressista). PLATAFORMA UNITÀRIA CONTRA LES VIOLÈNCIES DE GÈNERE. PSC. SOCIETAT CATALANA DE SEXOLOGIA. UGT. COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERES I INFERMERS DE BARCELONA. FEDERACIÓ DE VEÏNS I VEÏNES DE BARCELONA. DONES UGT. ERC. FEDERACIÓ DE DONES DE CATALUNYA PER LA IGUALTAT. DONES AMB INICIATIVA. Coordinadora Feminista pel Dret a DecidirLiceu de dones Castelló. PSPV-PSOE. Compromis. Dones en Lluita. EUPV. ACDESA. STE intersindical. Fundación Isonomia Liceu de dones Castelló. Asociación Galega de Saude Sexual (AGASEX). Rede provincial Pontevedra pola Igualdade. Asociación Teenses Pola Igualdade. Federación de asociación de Mulleres Rurais de Galicia (FADEMUR). Rede de Mulleres contra os malos tratos de Vigo. Mulleres Progresistas de Poio. Asociación C. D. R. Virxe do Carme, Camariñas. Mulleres Nacionalistas Galegas. Asociación Púrpura. Asociación Viudas Demócratas de Vigo. Mulleres Progresistas Alba. Asociación profesional de Axentes de Igualdade de Oportunidades Galega. Asociación Enriqueta Otero, Mulleres Luguesas contra a Violencia de Xénero. Foro Feminista FalandoNós. UXT. CC.OO. de Galicia. Unións Agrarias-UPA Galicia. Deputación Provincial de Lugo. PS-deG-PSOE. Xuventudes Socialistas de Galicia. Esquerda Unida. Xuventude Comunista Galiza. Plataforma Galega para a Defensa da Sanidade Pública. Plataforma SOS Sanidade Pública. SOCIEDADE GALEGA DE SEXOLOXÍA. Asociación de Mulleres Dorna. Asociación “Finisterrae” de profesionais de desenvolvemento local (AFIPRODEL)

www.nosotrasdecidimos.org/quienes-somos/

El aborto¹ es una realidad en todas las sociedades del mundo. Ninguna mujer desea tener un embarazo para luego abortar y la sociedad, dotándose de leyes justas adaptadas a cada momento histórico, debe proteger los derechos de las mujeres que deciden interrumpir un embarazo no deseado, del mismo modo en que debe proteger los de aquellas que desean continuar con su embarazo.

La autonomía reproductiva de la mujer se traduce en la posibilidad de decidir libre y responsablemente si opta por la maternidad o no, cuando y con quién, o interrumpir un embarazo no deseado. El aborto es una decisión personal que debe respetarse en base al reconocimiento de los derechos fundamentales de las personas.

El aborto no desaparece aunque se prohíba; como se ha demostrado en países con leyes muy restrictivas, se sigue produciendo pero en peores condiciones. Restringir el acceso al aborto es una manera intolerante y discriminatoria de entender las relaciones entre las personas, la sexualidad y la autonomía de las mujeres, que no corresponde al desarrollo de nuestra sociedad democrática, ni al sentir mayoritario de la población.

En un Estado aconfesional y democrático, las leyes y las políticas públicas no deben recibir injerencias de ninguna moral religiosa, debiéndose guiar por el respeto a los derechos humanos y, en lo que concierne a la vida sexual y reproductiva, a los derechos sexuales y reproductivos. En España llevamos 28 años conviviendo bajo un marco legislativo regulador de la interrupción voluntaria del embarazo y 3 años con una ley adaptada a la realidad social y sanitaria de esta primera parte del siglo XXI. Volver a normas legales ya obsoletas rompería el consenso alcanzado, favorecería enfrentamientos ya superados y, sobre todo, generaría mas sufrimiento a decenas de miles de mujeres.

Para no retroceder en los avances sociales producidos en nuestro país en las últimas décadas y frente a las posiciones conservadoras y fundamentalistas presentamos estas reflexiones que nos ayuden a explicar más claramente a la sociedad nuestras opiniones.

1. En el texto utilizaremos indistintamente aborto e interrupción voluntaria del embarazo -IVE.

**ABORTO,
DERECHOS HUMANOS
Y DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS**

Los derechos humanos se fundamentan en el respeto a la dignidad de la persona, a la que se le reconoce la **capacidad para obrar en conciencia**, siendo estos valores universales independientemente de cualquier creencia o práctica religiosa.

En el caso del aborto debe primar la decisión de la mujer a la que no se la puede obligar a actuar en base a la conciencia de otros ni, mucho menos, en contra de su propia conciencia.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos (DS y R)² son derechos humanos, incluso podríamos considerarlos los más humanos de todos los derechos porque son los que directamente afectan a la vida. Y lo son porque están basados en la libertad y la dignidad; ocurren en el más íntimo de los territorios, el cuerpo humano; son universales y están reconocidos internacional y nacionalmente. Aunque como derechos individuales relacionados con la intimidad personal y familiar son de todas las personas (hombres y mujeres), tienen una especial significación para las mujeres, únicas en las que el embarazo se desarrolla.

2. Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y FPFE:
<http://www.fpfe.org/carta-de-los-derechos-sexuales-y-derechos-reproductivos/>

Son varias las **conferencias internacionales que sustentan la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y los derechos sexuales y reproductivos**, configurando bases jurídicas reconocidos en leyes nacionales e internacionales sobre el derecho a decidir libremente tener o no hijos/as, el número de hijos/as que se desea tener y el intervalo entre ellos. Es dentro de este derecho a decidir y controlar la propia fertilidad en la que se enmarca la opción del aborto. Estas conferencias internacionales establecen la responsabilidad de que los gobiernos que las han refrendado, las cumplan. Entre ellas cabe citar:

- Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena 1993³.
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo 1994⁴.
- IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995⁵.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1999⁶.

El Gobierno español, comprometido con los acuerdos adoptados en estas Conferencias, no puede legislar en base a una moral concreta si no que tiene que **preservar que lo que para algunas personas es pecado, no se convierta en delito para el resto**. Paralelamente y de acuerdo a los mismos compromisos, debe garantizar que, en un Estado aconfesional y democrático, las políticas públicas no reciban injerencias de ninguna moral religiosa, en particular las de educación, salud y justicia.

3. Ver plan de acción Viena: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1296.pdf?view=1>

4. Ver plan de acción Cairo: <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>.

5. Ver plan de acción Beijing: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>.

6. Ver protocolo CEDAW: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw-one.htm>

A nivel mundial:

- 68 países, aproximadamente un 25% de la población total, tienen leyes muy restrictivas o el aborto está prohibido totalmente. Esos países se concentran en el continente africano y en América del Sur.
- 73 países, aproximadamente **el 61% de la población, tienen leyes sin restricciones en cuanto a la razón para abortar o admiten razones socio-económicas amplias.**
- Los restantes, aproximadamente el 14% de la población mundial, tienen leyes por causas médicas⁷.

La mayoría de los países de nuestro entorno se encuentran entre los que respetan la libre decisión de las mujeres hasta un determinado periodo de gestación; **solo dos países (Irlanda y Polonia) mantienen legislaciones limitadas, en la práctica, a situaciones de riesgo vital para las mujeres** y uno es absolutamente prohibicionista: Malta.

La inmensa mayoría de los **países europeos, incluyendo por el momento España, reconocen el aborto por libre decisión de las mujeres** entre 8 y 24 semanas (Alemania, Bélgica, Dinamarca, Francia, Holanda, Italia, Noruega, Portugal, Suecia, etc.) y otros lo permiten por indicaciones tan amplias que en la práctica supone la libre decisión de las mujeres (Inglaterra, Finlandia e Islandia)⁸.

Las leyes más restrictivas son injustas con las mujeres, no disminuyen las tasas de aborto pero si provocan que más mujeres mueran como consecuencia de abortos inseguros.

La legislación restrictiva nunca es un instrumento para evitar la práctica del aborto, sino la causa de un mayor índice de morbi-mortalidad. En América Latina, por ejemplo, se practican 3.700.000 abortos inseguros, siendo el riesgo de muerte por esa causa en el conjunto de países en vías de desarrollo de 370 por cada 100.000 casos (OMS).

7. www.worldabortionlaws.com

8. <http://www.worldabortionlaws.com/map> (mapa de 2011 en español, mapa de 2013 en inglés)

El 13% de la mortalidad materna se debe a abortos inseguros, 47.000 mujeres mueren anualmente debido a complicaciones por abortos inseguros y millones sufren morbilidad y enfermedades graves.



CONTEXTO POLÍTICO Y SOCIAL

El actual gobierno de España ha mostrado su intención de modificar en un sentido restrictivo, la Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2010). Aunque no se conoce borrador alguno de esta reforma, de sus declaraciones podemos extraer que se pretende:

- eliminar el aborto por libre decisión de la mujer hasta las 14 semanas,
- volver a una ley de estrictas indicaciones médicas
- excluir de los antiguos supuestos despenalizados el de graves patologías fetales.

En las adolescentes de 16 y 17 años se eliminaría también la obligación de informar a sus padres para volver a la obligatoriedad de contar con su autorización. Quedarían pues anuladas las excepciones permitidas hasta el momento en caso de graves conflictos intrafamiliares.

- ▶ Las propuestas del Partido Popular (PP) **no responden a una demanda social** ya que la ley vigente se está aplicando sin dificultad en todas las Comunidades Autónomas incluidas aquellas en que el PP gobierna. En consecuencia, todo induce a pensar que responden a las presiones del sector más conservador y cercano a la jerarquía católica de su electorado.
- ▶ Por mucho que estas iniciativas cuenten con la mayoría parlamentaria del PP, le aíslan de las restantes fuerzas parlamentarias y **rompe el amplio consenso** que existió⁹ en la adopción de la ley de 2010. Además, dentro del propio partido del gobierno hay otras opiniones, y el 65% de votantes del PP son contrarios a suprimir el supuesto de malformación fetal grave¹⁰.
- ▶ El ministro de Justicia fundamenta sus propuestas en algunas **aseveraciones que no se ajustan a la verdad**. Con frecuencia se ha referido a la sentencia del Tribunal Constitucional de 1985 como aval para eliminar la preponderancia de los derechos de la mujer (persona) sobre los de la vida en evolución (bien jurídico a proteger) cuando aquella sentencia señalaba con claridad que solo a la mujer se le reconocen derechos fundamentales.
- ▶ El Sr. Gallardón utiliza la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas¹¹ para avalar sus tesis confundiendo los conceptos de deficiencia o anomalía con discapacidad¹². **En ningún apartado de la citada Convención se habla del discapacitado no nacido**, concepto contrario a la propia definición de *discapacidad* ya que ésta nunca puede darse antes del nacimiento al definirse como *a largo plazo* y *al interactuar* con el medio.

9. El Congreso de los Diputados apoyó con 183 votos el proyecto de Ley del Aborto. La ley contó con el apoyo de los diputados del PSOE, PNV, ERC-IU-ICV, NaBai y BNG. En contra votó el PP, CC, UPyD, UPN y ocho de los 10 los diputados de CiU.

10. http://politica.elpais.com/politica/2012/07/28/actualidad/1343507067_583781.html

11. www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf En su art. 1 dice “Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad”.

12. www.politica.elpais.com/politica/2012/07/24/actualidad/1343141941_825349.html

- ▶ La actual ley de plazos goza de gran consenso social, progresivamente en aumento. Según una encuesta de Metroscopia¹³ (abril 2013) el 10% de la población opinaba que el aborto debe ser perseguido como delito, el 46%, apoyaba que se mantenga la regulación del aborto en sus términos actuales y el 41 % preferían una ley de indicaciones. En noviembre de este mismo año, solo seis meses después, otra encuesta de Metroscopia **muestra un incremento de 7 puntos entre las personas que apoyan un “sistema de plazos, como en la ley actual”, un 53%**, bajando 3 puntos los que opinan que *“no debe ser legal en ningún caso y ser considerado siempre como un delito”*, un 7%¹⁴.
- ▶ Incluso, según la última encuesta ya citada, un significativo porcentaje de **católicos practicantes presentan desacuerdo con la jerarquía eclesástica ya que el 78% aprueban que el aborto se legisle**, bien como ley de supuestos (el 53%) o de plazos, como la actual (el 25%) y solo un 16% consideran que debe ser delito.
- ▶ **Todas las mujeres pueden enfrentarse a un embarazo no deseado y por tanto a un aborto.** Pese a los intentos del PP¹⁵ y de los grupos anti-elección de estigmatizar a las mujeres que abortan como incultas, caprichosas o malvadas, la información procedente del Ministerio de Sanidad muestra un perfil social muy variado, como ha reflejado uno de los video editado por nuestra Plataforma¹⁶.

13. http://politica.elpais.com/politica/2013/04/21/actualidad/1366559453_955611.html

14. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/11/09/actualidad/1384026229_122313.html

15. <http://www.publico.es/espana/454926/una-diputada-del-pp-las-mujeres-que-abortan-son-las-que-menos-formacion-tienen>

16. <http://www.nosotrasdecidimos.org/quienes-son-las-mujeres-que-abortan/>

#quienessonlasmujeresqueabortan



**EL ABORTO
EN LA CONSTITUCIÓN
Y EN LAS LEYES**

► **Los derechos fundamentales de la mujer** que se relacionan con su capacidad de decidir respecto a un embarazo son:

- a la dignidad,
- a la integridad física,
- al libre desarrollo de la personalidad,
- a la intimidad
- al honor

Esos derechos, como todos, tienen ciertos límites. Ningún texto legal reconoce la anulación de esos derechos durante el tiempo de embarazo ya que son inherentes a las personas desde que nacemos hasta que morimos.

► Como personas comprometidas con la justicia social y los derechos humanos defendemos la vida, también la que se desarrolla en el seno materno. Las mujeres que abortan son las primeras que se enfrentan al conflicto que viven y solo ellas, con su madurez y su responsabilidad, pueden dirimirlo. El tribunal Constitucional estableció sin ningún género de dudas que **la protección jurídica al no nacido no puede estar por encima de los derechos fundamentales de las personas¹⁷ y que es a partir del nacimiento cuando se le considera persona titular de derechos.**

► Las leyes tienen cierta relación con las tasas de aborto pero no en el sentido que determinados sectores expresan (las leyes más permisivas no provocan mayor número de abortos). Estudios internacionales confirman que **las tasas de aborto son menores en las zonas del mundo caracterizadas por leyes permisivas que en las que tienen leyes restrictivas¹⁸.** Además, las tasas más altas de morbi-mortalidad materna se producen donde el aborto es ilegal o muy limitado.

17. Sentencia 53/1985 del tribunal Constitucional. <http://hj.tribunalconstitucional.es/HJ/es/Resolucion/Show/433>

18. En América Latina la tasa es de 32 x 1000 y en África 29 x 1000 mientras que en Europa occidental es de 12 x 1000. Fuente Instituto Guttmacher 2012. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)61786-8](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)61786-8)

- **¿Ley de plazos o ley de indicaciones?** A esta duda planteada por diversos sectores de nuestra sociedad responde la situación en Europa y el análisis comparativo entre lo sucedido en España entre 1985 y 2010 (ley de indicaciones -médicas-) y desde 2010 hasta la actualidad (ley de plazos *combinada*)¹⁹. La razón fundamental es que las de indicaciones (médicas o socio-económicas) se convierten en la práctica en más injustas y arbitrarias, por depender de la ideología de quiénes deciden.
- **La ley vigente de 2010 se está aplicando sin problemas.** Durante el tiempo de aplicación de la ley vigente las tasas de aborto han subido levemente (probablemente por motivos económicos relacionados con la crisis que vivimos), las mujeres han sido atendidas de manera más equitativa independientemente del nivel económico²⁰ y del lugar donde vivan, los abortos se han realizado más tempranamente y no se ha producido demandas judiciales ni contra mujeres ni contra profesionales sanitarios (con la ley de 1985 más de 2.000 mujeres y decenas de profesionales sanitarios fueron encausados).
- El aborto aumenta y se hace más peligroso donde la educación sexual y los métodos anticonceptivos son menos accesibles. La ley vigente es también **una ley de salud sexual y reproductiva y como tal tiene un marcado carácter preventivo**. En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) que acompañó a la promulgación de la Ley, se establecen las medidas a desarrollar en todo el territorio español²¹.

19. Ley de plazos combinada: permite el aborto por decisión de la mujer hasta un tiempo limitado de gestación combinado con el aborto condicionado a determinadas situaciones médicas hasta un tiempo de gestación, también limitado pero generalmente más avanzado. Ley de indicaciones: la mujer no puede decidir libremente sino que se le permite abortar solo en caso de graves situaciones médicas (en algunas legislaciones también se incluyen ciertas situaciones socio-económicas). Las leyes de indicaciones médicas, como sucedió en España con la ley de 1985, no suelen establecer límites en las semanas de gestación. La mayoría de los países europeos ha optado por una ley de plazos combinada.

20. Por datos de las clínicas autorizadas para IVE aproximadamente el 90 % han sido cubiertos por la seguridad social.

21. <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf> La ENSSR (2011) fue consensuada por todas las Comunidades Autónomas; en ella se proponen mejoras en educación sexual (en el contexto educativo y sanitario), en la accesibilidad a los métodos anticonceptivos (aumento de la financiación pública) y en los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva, incluyendo los específicos para la población adolescente y joven.

- La ley 2010 reconoce la capacidad de decidir sobre IVE a las **jóvenes de 16 y 17 años** pero obliga a informar a los progenitores, o tutores legales, lo que debe ser fehacientemente documentado. Solo el 0,4% de las IVE corresponde a esas edades y el 87% acuden acompañadas por sus progenitores (mayoritariamente sus madres). El restante 13% justifica grave dificultad para informarles a causa de conflictos familiares de extrema gravedad ajenos, por lo general, a su voluntad²². En consecuencia la aplicación de este precepto legal no ha generado problemas destacables, no pone en peligro la salud ni la seguridad de las jóvenes y no afecta a sus vínculos familiares.
- En el texto de la ley en vigor²³ la palabra *discapacidad* solo aparece para ratificar la obligación del Estado de proteger los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

Cuando la Ley del 2010 se refiere a la interrupción legal del embarazo por causas médicas **se habla estrictamente de graves anomalías en el feto o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable** como sucede en todas las legislaciones europeas, con la excepción de Irlanda y Malta. Solo leyes amplias que aceptan el aborto por libre decisión de la mujer hasta las 22-24 semanas de gestación (como sucede en algún país europeo) harían innecesario incluir la citada indicación.

22. www.acaive.com/pdf/mujeres-16-y-17-anos-interrupcion-de-su-embarazo-investigacion-17-11-11.pdf

23. www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf

**ABORTO
SEGURO Y ACCESIBLE**

- ▶ La responsabilidad de las mujeres, incluidas las adolescentes, junto a la mejora en el acceso a los servicios sanitarios y la mayor financiación de las IVE por el sistema público de salud hace posible que **el 90% de los abortos se realicen dentro del primer trimestre de gestación. Este hecho es fundamental desde un enfoque de salud pública** al evitar los riesgos biológicos, psicológicos y sociales que conllevan los abortos tardíos. Cualquier restricción aumentará los abortos tardíos y de mayor riesgo.
- ▶ La interrupción del embarazo es un **acto sanitario que debe llevarse a cabo en servicios sanitarios adecuados, por profesionales sanitarios y siguiendo protocolos avalados científicamente**. Incluida en el campo de la ginecología, la práctica del aborto debe realizarse con las mismas garantías que cualquier otra atención de salud (entendiendo salud, conforme a la OMS, como bienestar físico, psicológico y social y no como mera ausencia de enfermedad). La IVE se incluye en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud²⁴, siendo mayoritariamente de bajo coste, por lo que nos oponemos a cualquier intento (ya insinuado por el gobierno) de sacar el aborto de la cartera de servicios de salud.
- ▶ Históricamente los servicios sanitarios públicos apenas han atendido la demanda de IVE **siendo clínicas privadas, debidamente autorizadas y acreditadas, las que se han hecho cargo de esta atención mediante el sistema de concertación**. Desde la entrada en vigor de la ley vigente (2010) asistimos a un mayor compromiso del sistema sanitario público, tanto desde atención primaria como especializada, lo que probablemente se perderá con los cambios propuestos.

Las legislaciones ambiguas y restrictivas generan inseguridad jurídica a los profesionales sanitarios, especialmente a los del sector privado –los más implicados–, que han cumplido un papel fundamental para preservar la salud de las mujeres.

24. Cartera de servicios comunes del SNS, BOE nº 22, 2006. La atención al aborto se incluye tanto en Atención Primaria (asesoramiento sobre IVE) como en Atención Especializada (IVE en los supuestos previstos en la legislación vigente)

- ▶ Las mujeres más pobres tienen más posibilidades de tener un aborto que las mujeres ricas²⁵ debido al menor acceso a la educación y a los métodos anticonceptivos. Por ello, en situación de **empobrecimiento progresivo de la población española no podemos pasar por alto sus dificultades de acceso a las medidas preventivas y al aborto**. Un caso especial lo constituyen las mujeres inmigrantes no regularizadas, y muchas españolas pobres, sin trabajo y sin ingresos, que han perdido el derecho a la atención sanitaria²⁶.
- ▶ Aproximadamente solo un 3% de todos los abortos registrados se acogen a los supuestos médicos que permiten el aborto a partir de las 14 semanas de gestación (legislación vigente) **por graves anomalías fetales, enfermedades fetales incurables o incompatibles con la vida**. Estas situaciones afectan seriamente a los progenitores que deben ser correcta e imparcialmente informados, sin interferencias ideológicas o religiosas. Aunque es la mujer, y su pareja si la hay, quién toman la última decisión respecto a abortar o no, ninguna de las dos leyes habidas en nuestro país (últimos 28 años) ha excluido, hasta ahora, las graves patologías fetales como condición autorizante de aborto en embarazos hasta las 22 semanas o más²⁷.

Autores estadounidenses refieren que las mujeres con menos ingresos económicos tienen 4 veces más posibilidades de tener un embarazo no deseado y 3 veces más posibilidades de tener un aborto que las mujeres con mayores ingresos.

25. <http://www.arhp.org/publications-and-resources/contraception-journal/january-2008>

26. Para estas personas sin cobertura de la seguridad social, el Real decreto 16/2012 establece la excepcionalidad de disponer de cartilla sanitaria durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin nombrar la anticoncepción ni la IVE. Aún así, gracias al esfuerzo de algunas administraciones sanitarias, de la mayoría de clínicas concertadas y de muchos profesionales de atención primaria y de salud sexual y reproductiva se las sigue atendiendo.

27. La ley vigente establece la excepcionalidad por encima de las 22 semanas en casos de anomalías fetales incompatibles con la vida o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable, confirmada por un comité clínico creado a estos efectos.

- Las supuestas implicaciones que el aborto tiene para la salud psíquica de las mujeres es tradicionalmente un argumento de los grupos anti-elección. La mayor parte de los estudios muestran que **los abortos realizados en buenas condiciones sanitarias y en condiciones de seguridad jurídica no conllevan riesgos**, negando la existencia del llamado *síndrome post-aborto*²⁸. Lo que más sufrimiento y trauma psicológico ocasiona es precisamente la *criminalización* del aborto que coloca a la mujer en situación vulnerable. Los abortos debidos a graves patologías fetales constituyen un caso especial ya que cualquier barrera o manipulación informativa incrementa el ya de por sí elevado sufrimiento de los padres.
- **Cambiar la ley vigente por otra de solo supuestos médicos tendrá consecuencias muy negativas para la salud de las mujeres** ya que la mayoría de las mujeres, que no abortan por situaciones médicas sino por muy diversas causas, se verán obligadas a recurrir a abortos más peligrosos: más tardíos, mediante métodos y recursos no siempre autorizados o viéndose obligadas a viajar fuera de su zona sanitaria o a otro país, con el consiguiente daño psicológico añadido.
- **Otro gran peligro de retroceder a un marco legal centrado solo en motivos médicos es que la atención dejará de ser equitativa.** Las mujeres serán mejor o peor atendidas en función de la Comunidad donde vivan ya que dependerá de la *interpretación de la ley* y de la *buena o mala voluntad* de los profesionales de cada Comunidad o de su poder adquisitivo ya que, en muchos casos, abortar o no dependerá de la capacidad económica para viajar al extranjero.

El síndrome post-aborto es una invención ideológica

28. La bibliografía científica a este respecto suele estar en inglés. Una revisión realizada sobre 21 artículos publicados entre 1989 y 2008 muestra claramente que el síndrome post-aborto es una invención ideológica y que el aborto tiene un efecto neutro (ni favorece ni perjudica) la salud mental de las mujeres. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. Contraception, 2008. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/19014789>

DATOS A TENER EN CUENTA²⁹

29. Resumen de datos oficiales relevantes sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo basado en el Informe 2011 del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, último informe publicado. Desde 2011 hasta la actualidad algunos de los datos presentados han podido variar.
www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2011.pdf

Nivel Educativo

Las mayoría (61%) de las mujeres que abortan en España tienen un nivel educativo medio (ESO, bachillerato y ciclos formativos), un 22% tienen estudios primarios y un 12% universitarios. Por tanto, aunque un menor nivel de estudios se asocia a una menor educación sexual y menor acceso a anticonceptivos, mujeres de cualquier nivel educativo pueden optar por un aborto.

Situación Laboral

El 52% de las mujeres son trabajadoras, el 23% están desempleadas o en paro y el resto se distribuye entre estudiantes, pensionistas o desarrollan trabajo doméstico no remunerado. Por tanto, la situación laboral no es el único elemento determinante a la hora de decidir un aborto.

Tasas de aborto y gobiernos

Las tasas de aborto se han incrementado levemente cada año en las dos últimas décadas hasta 2009 en que hubo una pequeña reducción. Las mayores tasas de IVE se producen en Madrid, Baleares, Cataluña y Murcia. Por tanto, las tasas no se correlacionan significativamente con gobiernos conservadores o progresistas.

Las causas

Según este informe oficial, las mujeres no abortan por causas médicas claramente definidas más que en un pequeño porcentaje de casos.

Una ley como la que ha sugerido el gobierno apenas cubriría el 8% de los abortos que se producen, dejando fuera de la posibilidad de aborto legal a cerca de 100.000 mujeres por año.

La situación por territorios

Aunque el acceso al aborto ha mejorado, se mantienen diferencias territoriales:

- o En el año 2011, de acuerdo al informe de referencia, Navarra no tenía ni centro público ni privado. 844 navarras tuvieron que viajar fuera de su Comunidad para una IVE. De ellas, 76 por grave riesgo para la salud de la mujer, patologías fetales, incluidas las extremadamente graves o incompatibles con la vida)³⁰.
- o Aragón, Castilla León, Castilla La Mancha y Extremadura solo disponen de centros privados y ningún servicio u hospital público realiza IVE.
- o Cataluña es la única Comunidad donde el número de centros públicos que realizan IVE supera al de privados (39 públicos y 18 privados) habiendo experimentado un importante aumento en el último año.
- o La implicación de los hospitales públicos sigue siendo ínfima ya que el 97% de las IVE se realizan en centros privados concertados, con grandes desigualdades territoriales.

30. A finales de 2011 se abrió un centro privado concertado con el servicio público de salud navarro aunque las IVE realizadas en él se empezaron a contabilizar a partir de 2012.

**15 RESPUESTAS
A MITOS Y ARGUMENTOS
ANTIELECCIÓN**

MITO-1:

“Se apoyan los derechos de las mujeres y no el derecho del feto”

No defendemos ningún derecho absoluto ya que todos los derechos, incluso los más básicos, tienen sus límites. Por el contrario los grupos anti-elección defienden que el derecho a la vida del no nacido es absoluto y predomina sobre cualquier otro, lo que no concuerda con los principios filosóficos ni jurídicos de las sociedades modernas. Aunque el feto sea un ser vivo, no es jurídicamente una persona. La condición de persona y el derecho a la vida no se adquieren en el momento de la concepción, con la unión de óvulo y un espermatozoide, sino en un momento posterior del desarrollo; la condición de persona al nacer, y el derecho a la vida probablemente en relación a su viabilidad fuera del seno materno.

MITO-2:

“Si se legaliza el aborto, aumentará el número de abortos”

No. No es esa la realidad de los países de nuestro entorno, que, contando con leyes amplias desde hace décadas, mantienen tasas de IVE más o menos invariables. Aún así, tras la legalización del aborto suele haber un incremento en las tasas, teniendo que pasar bastantes años hasta que éstas se estabilizan o disminuyen en la medida en que las políticas preventivas se afianzan. Las restricciones a la IVE no significan que las mujeres dejen de abortar sino al contrario, como sucede por ejemplo en Brasil donde entre 1 y dos millones de mujeres se someten a abortos clandestinos cada año. Cuatro millones de mujeres si contamos toda América Latina.

MITO-3:

“¿Por qué abortar cuando se puede dar el bebé en adopción?”

Las mujeres deben recibir información sobre todas las opciones y es precisamente con la ley vigente las mujeres reciben una información que es obligatoria y muy amplia sobre todas las opciones, siendo la adopción una de ellas. Pero la sociedad, y especialmente su sector más conservador, es hipócrita respecto a este tema. Por un lado valora la maternidad como algo consustancial al *ser mujer* y por otro enaltece la opción de la adopción a sabiendas de que la sociedad valora a los padres adoptantes pero estigmatiza a las mujeres que dan su bebé en adopción. Más allá de los discursos, no existe ninguna política educativa ni social que sitúe ambas opciones (la de dar y la de acoger) al mismo nivel.

MITO-4:

“Hay muchas mujeres que abortan porque sí”

Esto lo dicen quiénes no confían en las mujeres y las consideran inmaduras para tomar decisiones. La decisión de abortar es una de las decisiones más difíciles que puede tomar una mujer. Lo que la mujer hubiera querido es no estar embarazada y solo aborta cuando no le queda más remedio. Además el perfil de las mujeres que abortan es muy variado: de todas las escalas sociales y por muy diversos motivos, económicos, de salud, para continuar su educación e incluso por razones más profundas que nadie tiene derecho a cuestionar. No se puede trivializar así la decisión de una mujer y no se debe olvidar que un aborto es una intervención médica, con sus riesgos, que produce temor y dolor.

MITO-5:**“Si no quiere tener hijos/as, use anticonceptivos o no tenga relaciones sexuales”**

Ningún método anticonceptivo es 100% eficaz y muchas mujeres, pese a tomar precauciones, han quedado embarazadas. El aborto se plantea siempre como última opción por lo que se debe garantizar una buena educación sexual y el acceso a métodos anticonceptivos para prevenirlo. Precisamente son los sectores más conservadores los que siempre se han opuesto a ellos. Todas las personas tenemos derechos a disfrutar de nuestra sexualidad y tener una sexualidad saludable es fundamental para nuestra salud. La opción de la abstinencia es otra invención ideológica de los sectores más retrógrados. Tampoco hay que olvidar que en ocasiones las relaciones sexuales que conducen a un embarazo no deseado son forzadas o no consentidas.

MITO-6:**“¿Quién se preocupa de la protección del concebido no nacido?”**

Por supuesto que el concebido no nacido debe ser protegido y es malvado pensar que las mujeres no se preocupan por ello. La mujer embarazada es la que vive el conflicto de tener que abortar en primera persona. Nadie fuera de ella está en mejor posición para decidir lo que hacer. No hablamos del derecho a hacer lo que nos dé la gana, hablamos del derecho a tomar decisiones sobre nuestro cuerpo, a decidir cuándo y si queremos o no ser madres. La cuestión es que cuando existe un embarazo no deseado quien tiene que decidir es la mujer de forma responsable e informada y no cualquier persona ajena (sea médico, juez o cura) que, además de tener su propia ideología, nada sabe ni siente sobre el proceso que la mujer vive. La ley vigente protege más al feto que la de supuestos de 1985 ya que establece límites y refuerza la información sobre recursos de apoyo a la maternidad.

MITO-7:

“Vds. están en la cultura de la muerte; el aborto es un asesinato y defenderlo es un genocidio”

Son términos contundentes que se dicen cuando no se tienen argumentos. Apropiarse de *la defensa de la vida* como si el resto no la defendiera e imponer sus ideas religiosas al conjunto de la sociedad es irracional y antidemocrático. El embarazo se produce dentro de la mujer y negar sus derechos fundamentales a consecuencia de ese hecho biológico no es propio de un estado aconfesional que tiene que basarse en argumentos científicos y jurídicos y no religiosos. Además *criminalizar* a una mujer por haber tenido un aborto aumenta la brecha de desigualdad entre hombres y mujeres. Acogiéndonos a esos conceptos científicos y jurídicos un aborto no es un asesinato y nada tiene que ver con genocidio, definido como *exterminio sistemático de un grupo social*.

MITO-8:

“Las mujeres que abortan tienen secuelas toda su vida”

Con frecuencia los grupos anti-elección han recurrido al argumento de que abortar produce importantes secuelas para la salud física y psíquica de las mujeres, haciendo especial referencia al síndrome post-aborto y a un mayor riesgo de sufrir cáncer de mama o infertilidad. La evidencia científica al respecto no ha demostrado tales aseveraciones lo que se corrobora en la práctica después que millones de mujeres han abortado en el mundo, a lo largo de muchos años. Afortunadamente, en nuestro país la atención dispensada tanto en los servicios concertados como en los públicos desde 1985 ha sido de tan alta calidad que ningún estudio serio ha podido identificar las secuelas referidas. La minoría de mujeres que como en cualquier otra situación de salud presentan complicaciones deben contar con el adecuado apoyo bio-psico-social.

MITO-9:**“¿Qué pasa con el derecho del hombre?”**

Ningún hombre desea ser padre por obligación y por supuesto gozan de los mismos derechos fundamentales que las mujeres. La mayoría de las ocasiones una mujer que se enfrenta a la decisión de abortar cuenta con la opinión y el apoyo de su pareja y no son muchas las ocasiones en que los sentimientos de ambos entran en conflicto. En este caso, todo hombre responsable asume que la decisión última es de la mujer ya que es en la que el embarazo se desarrolla. Por la misma razón ningún hombre puede imponer un aborto a una mujer, lo que afortunadamente está legalmente protegido. De nuevo, resulta fundamental contar con políticas preventivas eficaces y aunque la mujer ha dado tradicionalmente más importancia que los hombres al uso de anticonceptivos, es necesario favorecer que en una pareja heterosexual el hombre también se auto-proteja si no quiere ser padre.

MITO-10:**“Se utiliza el aborto como selección de personas y así se eliminan personas discapacitadas”**

Es el colmo de la crueldad pensar que las mujeres, o parejas, que tienen un feto con gravísimas anomalías quieran abortar para *deshacerse de un problema*. Casi siempre son embarazos muy deseados y nada les duele más que llegar a esa decisión. Precisamente valoran la vida que espera a su futuro hijo o hija y tras la debida información optan por seguir o interrumpir el embarazo. A ninguna mujer se la obliga a abortar por muy graves que sean las anomalías fetales, por lo que sigue primando la decisión de la mujer condicionada al marco legal existente. Cuando el embarazo se desea llevar a término, se deben poner a disposición de la mujer, o de ambos miembros de la pareja, todos los avances científicos disponibles para paliar los daños y, tras el nacimiento procurarles atenciones y el máximo bienestar posible.

MITO-11:**“Piense en las personas maravillosas que conoce y que no existirían si hubieran abortado”**

Como proyecto de vida nadie puede saber con certeza que lesiones tendrá al nacer un feto que ha sido diagnosticado de patologías extremadamente graves durante la vida intrauterina. Después de un aborto, pensar en lo que hubiera sucedido si el embarazo se hubiera llevado a término no tiene sentido porque las decisiones se toman en base al conocimiento científico en el momento del diagnóstico y a las probabilidades que éste da. Pensar en el aborto desde la óptica de la persona, ya nacida, con o sin discapacidad, es también absurdo porque igual que esa persona puede ser maravillosa y tener una vida digna, el seguir con el embarazo podría haber dado lugar a una vida con insoportables sufrimientos.

MITO-12:**“El aborto es un negocio”**

Este es un argumento muy usado por los grupos anti-elección que no deja de ser falso y que busca promover el estigma sobre quienes ayudan a estas mujeres a abortar, acusándoles de enriquecimiento ilícito y de alejarse del servicio público y de la ética médica. Nada más lejos de la realidad; la inmensa mayoría de estos profesionales tienen una enorme sensibilidad hacia las necesidades de las mujeres y, sean de la sanidad privada a pública, cumplen rigurosamente los requisitos, científicos y éticos, propios de cualquier práctica clínica. Por la carga ideológica que acompaña a la atención al aborto, estos servicios tienen controles de calidad más exhaustivos que otros y muchos de estos profesionales se enfrentan al acoso, la discriminación, la estigmatización, e incluso a la violencia física.

MITO-13:**“Las menores de edad deben tener el permiso de sus padres o tutores para abortar”**

Se refieren a las adolescentes de 16 y 17 años, que legalmente aún no tienen mayoría de edad. A esas edades bastantes chicas mantienen relaciones sexuales y utilizan métodos anticonceptivos. La mayoría de edad sanitaria está en los 16 años pero no para el aborto ya que se exige informar a los padres. Pese a ello hay mucho empeño en volver a la exigencia de contar con el permiso materno o paterno por considerar la información como insuficiente. La mayoría de los padres y madres confían en sus hijos e hijas y la inmensa mayoría de las que van abortar lo hacen acompañadas por ellos. Consideramos que la ley debe tener un resquicio para esa minoría de chicas que no pueden informar ni contar con apoyo materno o paterno. Abocarlas por esa restricción a un aborto ilegal o peligroso va en contra de la protección que todo el mundo merece, más cuando están en situación de especial vulnerabilidad.

MITO-14:**“La IVE tiene un coste. ¿Por qué lo tiene que cubrir el SNS?”**

Las personas tienen derechos (fundamentales) a controlar su fecundidad mediante educación sexual y anticonceptivos eficaces y, cuando estos fallan, mediante el aborto. Todo lo que concierne a la sexualidad y a la reproducción son internacionalmente considerados elementos básicos de salud, siendo por ello cubiertos, en distintas modalidades, por los sistemas públicos de salud. Cualquier mujer puede enfrentarse a lo largo de su vida reproductiva a la necesidad de abortar y no sería justo tratar de manera desigual a las que tienen medios económicos y a las que no los tienen. Un Estado como el nuestro dotado (afortunadamente) de una cobertura sanitaria universal descentralizada no puede abstraerse de la necesidad solidaria de costear la prestación del aborto como cualquier otra atención básica de salud.

MITO-15:**“Si el Estado diera ayudas a la maternidad muchas mujeres no abortarían”**

Esta es otra gran paradoja: los gobernantes que recortan las ayudas sociales, incluidas a la maternidad, son los que se hacen eco de estos argumentos anti-elección. ¿No hemos visto en desahucios mujeres embarazadas desalojadas de sus viviendas sin ningún miramiento? Así pues, que dejen su hipocresía y que implementen medidas de protección a la maternidad no para ayudar a la mujer sino por compromiso con la sociedad y con los acuerdos internacionales que han firmado. Las mujeres abortan por múltiples e inconcretas razones y no hay que olvidar que las mujeres ricas también abortan. Una pequeña parte de las que abortan probablemente no lo harían si su situación económica fuera mejor. Para todas las mujeres, y no solo para aquellas que la situación social y económica no les permite cumplir su deseo de embarazo, el estado y los gobiernos autonómicos tienen que generar políticas de apoyo a la maternidad eficaces, sin menoscabar el derecho de las mujeres a decidir.

