

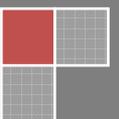
Septiembre 2013

EL ABORTO

LA BIOÉTICA COMO PRINCIPIO DE LA VIDA

AUTORA: RAQUEL BERNAL GONZÁLEZ
TUTORA: TAMARA SILIÓ GARCÍA
TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

Departamento de enfermería. Universidad de Cantabria.



ÍNDICE

ÍNDICE	2
INTRODUCCIÓN	4
MATERIAL Y MÉTODOS	5
OBJETIVOS.....	5
ESTRUCTURA DE LOS CAPÍTULOS	6
CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA	7
CAPÍTULO 2. DESARROLLO DE UN EMBRIÓN	8
CAPÍTULO 3. TIPOS, MÉTODOS, MOTIVOS Y CONSECUENCIAS	10
3.1 TIPOS DE ABORTO	10
3.2 MÉTODOS ABORTIVOS	11
3.3 MOTIVOS DEL ABORTO	13
3.4 CONSECUENCIAS DEL ABORTO.....	14
CAPÍTULO 4. ÉTICA Y LEGISLACIÓN DEL ABORTO	16
4.1 MARCO LEGISLATIVO DEL ABORTO EN ESPAÑA	16
4.2 MARCO MÉDICO - LEGAL.....	19
4.3 POSTURA RELIGIOSA	21
4.4 MORALIDAD DEL ABORTO. PRINCIPIOS BIOÉTICOS.....	22
4.5 CONFLICTOS BIOÉTICOS DEL ABORTO.....	23
CAPÍTULO 5. ENFERMERÍA Y ABORTO	24
5.1 OBJECION DE CONCIENCIA.....	24
5.2 CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA Y ABORTO	26
5.3 ATENCIÓN ENFERMERA ANTE EL ABORTO	27
CAPÍTULO 6. SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	28
CONCLUSIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	32

RESUMEN

Con la recuperación de la democracia en España, y desde el acceso de este país a la modernidad, se ha ido legislando una situación demandada por la sociedad, que es la regularización del aborto.

La controversia ha estado servida desde el principio, no tanto por el aspecto técnico, sino por intentar recoger todas las inquietudes morales, éticas, políticas, sociales, científicas, etc. La presentación expresada en este trabajo, además de desarrollar aspectos técnico-científicos actualizados de dicha práctica, hace en parte una exposición cronológica de las distintas leyes regularizadoras de este concepto, que no es sino también, un fiel reflejo de las distintas posturas sociales existentes. Éstas, están representadas sobre todo por la dualidad política del país, que se ha encargado de hacer la legislación correspondiente, y por consiguiente se han creado diferentes conflictos éticos y morales en cuanto a su práctica en la sociedad a nivel mundial.

Desde el ámbito meramente profesional de la enfermería, sujetándose a la ley vigente, se da a conocer que tiene un campo de acción muy interesante e importante, que se basa en la formación e información de la salud sexual y reproductiva, y el papel que ejerce en esta sociedad.

PALABRAS CLAVE

Aborto, embarazo, sexualidad, salud sexual.

ABSTRACT

With the recovery of the democracy in Spain, and from the access of this country to the modernity, a situation demanded by the society has been being legislated, which is the regularization of the abortion.

The controversy has been served from the beginning, not so much for the technical aspect, but for trying to gather all the moral, ethical, political, social, scientific worries, etc. The presentation expressed in this work, as well as develop updated technician - scientist aspects of the above mentioned practice, does a chronological exposition of the different laws that regularize this concept, which is not but also, a faithful reflection of the different social stances. They are represented especially by the political duality of the country, which has taken charge doing the corresponding legislation, and consequently, there have been created different ethical and moral conflicts for this practice all over the world.

From the nursing professional area, and according to the law, this presentation shows that there is a big work for nurses to do, which is based on the formation and information of the sexual and reproductive health, and which the function the nurses have to do in this society is.

KEY WORDS

Abortion, Pregnancy, Sexuality, Sexual Health.

INTRODUCCIÓN

Uno de los temas que mayor controversia y desacuerdo ha generado siempre en el ámbito bioético así como en el jurídico-legal, es el aborto. A pesar de que no es una práctica de nueva creación, su aprobación se encuentra en continuo debate puesto que por un lado se ve implicada una vida humana en desarrollo, y por otro, el derecho a elegir de la mujer embarazada, teniendo en cuenta sus criterios y su salud.

A lo largo de la historia se han ido consolidando diferentes motivos que justificaran dicha práctica, como son razones socioeconómicas, que dificultan o imposibilitan sustentar la crianza del niño, criterios eugenésicos en los que se detecta una deformidad o enfermedad grave, cuestiones terapéuticas en las que se pone en peligro la vida de la embarazada, situaciones en las que el feto ha sido engendrado como consecuencia de una violación u otro tipo de razones más personales (1).

Semánticamente hablando, el diccionario de la Real Academia Española define este concepto con diferentes acepciones tales como, "*Acción de abortar. Interrupción del embarazo por causas naturales o deliberadamente provocadas, puede constituir eventualmente un delito. Ser o cosa abortada. Engendro, monstruo*" (2). La OMS (Organización Mundial de la Salud), por otro lado define el aborto como la "*Interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno*" (3). Sin embargo, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), junto con la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia añaden a la definición otro criterio, la viabilidad extrauterina del feto, que ha sido variante entorno a las 22 semanas de gestación, obteniendo así por definición, "*El aborto es la expulsión o extracción de su madre de un embrión o feto de menos de 500 gramos de peso, que se alcanza a las 22 semanas*" (4,5).

A pesar de que actualmente, la legislación española sobre el aborto está en trámites de ser modificada, por el momento, en España, la vigente Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, establece la aprobación de la interrupción voluntaria del embarazo acotada por una serie de plazos y restricciones. Esta ley otorga la libertad de abortar a cualquier mujer mayor de 16 años antes de las 14 semanas de gestación, ampliando este plazo hasta las 22 semanas de gestación si se detectara previamente alguna anomalía en el feto, o si se pusiera en peligro la salud física y psíquica de la madre, y en cualquier caso, cuando se detectara una anomalía incompatible con la vida o una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento de diagnóstico. Las menores de 16 años también tendrán el derecho de abortar pero debe ser informado al menos el padre, la madre o el tutor legal de la decisión que se ha tomado (6).

El sentido de la mención de los anteriores aspectos acerca de este fenómeno, es consolidar las bases de mi estudio y las razones por las que he seleccionado este tema. La finalidad perseguida con este trabajo es aportar información actualizada sobre el concepto de aborto y la evolución histórica que le ha llevado hasta la situación actual. Además, también se pretende exponer los diferentes tipos de aborto existentes y las consecuencias que conlleva, teniendo en cuenta la postura religiosa, a la postura científica de la embriología y exponiendo de forma imparcial los diferentes conflictos éticos y morales que plantea en la sociedad. Por

otro lado, el hecho de que exista un proyecto en marcha para modificar la ley orgánica que establece el derecho de elección de la mujer en cuanto a todo aquello que concierne al aborto, es otro de los motivos que me ha impulsado a llevar a cabo este estudio, puesto que es un tema que vuelve a estar en boga, a pesar de que siempre ha suscitado polémica y ha dado de qué hablar.

MATERIAL Y MÉTODOS

El enfoque metodológico de este trabajo, es exploratorio, descriptivo, con un diseño cualitativo. Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda de literatura científica de diferentes fuentes, abarcando un número total de 38 distintas, entre búsquedas electrónicas y búsqueda manuales.

De entre las búsquedas electrónicas, las bases de datos más utilizadas fueron CUIDEN, Dialnet, Google Académico, IME y PubMed-Medline, junto con revistas electrónicas tales como SciELO, Elsevier, o Gaceta Sanitaria que pueden encontrarse en la Biblioteca virtual de la Universidad de Cantabria.

OBJETIVOS

Este trabajo se basa en la recogida de información de diferentes fuentes sobre el tema a tratar, el aborto, para poder darle así un enfoque más actualizado, abarcando puntos de interés social, político y científico para la población. Así y de este modo, y como objetivo general del trabajo, cada individuo podrá tener su propio criterio y opinión enriquecida gracias a lo expuesto imparcialmente a lo largo del texto.

Como objetivos principales, se han reseñado los siguientes:

1. Exponer el largo proceso de evolución y desarrollo del aborto en la historia.
2. Identificar y describir los métodos y tipos de aborto existentes.
3. Identificar y desarrollar los motivos por los cuales se interrumpe un embarazo y sus correspondientes consecuencias.
4. Desarrollar la evolución legislativa del aborto en España.
5. Exponer y contrastar las diferentes posturas existentes a cerca de la interrupción voluntaria del embarazo como los principios bioéticos que se ven implicados en el mismo.
6. Definir la objeción de conciencia de los profesionales que se ven implicados en las prácticas abortivas.
7. Explicar el importante papel que desempeña la profesional de enfermería en la educación y promoción de la salud sexual y reproductiva de la sociedad.

ESTRUCTURA DE LOS CAPÍTULOS

El trabajo consta de varios capítulos diferentes con sus respectivos subapartados, que abarcan diferentes aspectos que en su totalidad engloban al aborto en general. Cada uno de ellos está bien diferenciado de los demás por su temática, que es muy amplia y muy variada ya que siempre está en continuo proceso de cambio y evolución, bajo puntos de vista muy dispares.

Por un lado, se pretende realizar una pequeña reseña histórica de la evolución a lo largo de los años de la práctica abortiva, que sirva como contexto del trabajo, junto con el proceso de desarrollo embrionario, para que cuando más adelante se traten temas legislativos de “plazos”, se comprenda en qué situación de desarrollo se encuentra el aún no nacido.

Se expondrán cuáles son los tipos y métodos abortivos que se utilizan en la actualidad, con el fin de aclarar las posibles dudas existentes y ampliar conocimientos sobre las técnicas en sí. Además, se tratarán las consecuencias y los motivos por los que se interrumpe el embarazo, con el fin de poner en conocimiento a la población el elevado número de abortos que se realizan y los efectos secundarios que ello conlleva.

Por otro lado, se analizará el marco legislativo, partiendo desde sus inicios, origen, evolución histórica hasta profundizar en la actual ley vigente. Su finalidad es dar a conocer todos los derechos que tiene la mujer a tomar libremente decisiones sobre su cuerpo pero teniendo en cuenta también las limitaciones ante las que tiene que promediar, como son los “plazos” de tiempo que hemos mencionado previamente, para llevar dicha práctica a la ejecución.

Se persigue también en este trabajo, exponer las diferentes posturas que existen a favor y en contra del aborto, así como los conflictos que surgen en consecuencia, y cuál es el punto de inflexión que las une y a la vez las separa, para poder comprender qué defiende cada postura e intentar aportar información suficiente para que imparcialmente el lector pueda crear su propia opinión al respecto.

Por último, se ha considerado imprescindible destacar el importante papel que juega la enfermera. Conocer en qué consiste y bajo qué circunstancias se puede utilizar la objeción de conciencia, haciendo hincapié en centrar la asistencia de la enfermera en los cuidados y necesidades que necesite la mujer como su familia entorno a la decisión de interrumpir voluntariamente el embarazo. También, destacar, el papel que desempeña en cuanto a la formación e información de la salud sexual y reproductiva refrendado legislativamente, con el fin de dar a conocer los recursos y ayudas existentes y promocionar la salud integral de cada individuo.

CAPÍTULO 1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA

Desde la prehistoria, la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo se ha llevado a cabo a nivel mundial, existiendo registros de literatura Griega, Romana y China de miles de años de antigüedad (7).

Los pueblos primitivos ya eran partícipes de dicha práctica donde existía un patriarca absoluto en la familia que se encargaba de la decisión del nacimiento o no de sus hijos o incluso de venderlos antes de que hubieran nacido. Entendían que el feto formaba parte del cuerpo de la mujer, y que ésta era propiedad del hombre que gobernaba en la familia, por lo que no existía la libertad de decisión, y por lo tanto, el aborto no era considerado como un acto punible (8,9).

En la Antigua Grecia, el feto no era considerado un ser con *alma*, por lo que el aborto tampoco era considerado un acto que debiera ser castigado, puesto que incluso Platón, en su obra *La República*, ya mencionaba que debían de ser llevados a cabo todos aquellos abortos cuyo embarazo hubiera sido fruto de un incesto o en aquellas situaciones en las que los progenitores estuvieran adentrados en edad (9).

Por otro lado, Aristóteles junto con otros filósofos de la época, apoyaban también el consentimiento del aborto como método de regulación de la natalidad dentro de una familia. Así, las familias podían recurrir a la práctica abortiva cada vez que se excedieran en el número fijado de sus miembros, el denominado *infanticidio*. En América también, en la etapa de precolombina, utilizaban hierbas y otras plantas medicinales con fines abortivos, aunque no resultaban tener una elevada eficacia (10).

Pero más adelante, en la época de los romanos, comienza a decaer su uso con la aparición del cristianismo y el surgimiento de sustancias dañinas para la mujer que fuera sometida al aborto. Junto al cristianismo, se implantaron rigurosas medidas contra aquellas que lo llevaran a cabo, como castigos corporales, exilio, incluso la pena de muerte. El hecho de ser tan opositora a la idea de la interrupción del embarazo se justificaba con el razonamiento de que la mujer no tenía derecho a negarle descendencia a su marido.

Además, se consideraba que el alma es aquello que diferencia a un ser humano de cualquier otro ser, denominado *concepción hilomórfica de la naturaleza humana*, siendo su principal defensor Santo Tomás de Aquino (9). Por consiguiente, el Papa Sixto V en el año 1588 dictamina que la vida fetal es sagrada durante todo su periodo gestacional y, desde entonces, se adopta una postura firme e inflexible sobre la ejecución del aborto, castigando a toda mujer que lo realizara voluntariamente con la excomunión (8).

Esta postura de la concepción católica, que consideraba el aborto como un asesinato, perdura en el tiempo hasta que a lo largo del siglo XVIII y a principios del siglo XIX, el concepto del aborto es abarcado por las corrientes medico-filosóficas del momento, que se apoyaban en bases intelectuales y legales. Su objetivo era fomentar la acción del aborto como una práctica no punible, defendiendo la libertad de elección de la mujer. Poco a poco fueron consiguiendo que los castigos fueran menos duros y más humanitarios y que las leyes fueran más racionales (8,9).

En el siglo XX, en Suiza, se contemplaba la posibilidad de consentir la práctica abortiva bajo una serie de límites, normas, y requisitos. Como consecuencia de ello, en el año 1916, se

elaboró el conocido Antiproyecto Federal Suizo, en el que señala en su artículo 112, *“El aborto practicado por un médico titulado con el consentimiento de la embarazada, no es punible”* (8,9).

Por otro lado, en el año 1920, la Unión Soviética se unió a este movimiento también, legalizando el aborto institucional, siempre que éste fuera llevado a cabo por un médico y en un hospital, gracias a la legislación *“Decretos sobre la protección de la salud femenina”* (8,9).

En la época de los años 80, en Estados Unidos se produjo una gran disputa en cuanto a la aceptación o no de la ejecución del aborto, que dio lugar a múltiples controversias y posturas que se pueden agrupar en tres diferentes posiciones. Por un lado, los que están en absoluta negación sea cual sea la circunstancia (*movimiento Defensa de la Vida*); por otro, los de la opinión de que puede realizarse a petición de cualquier mujer embarazada, y por último, los que lo permiten pero en puntuales circunstancias, como cuando existe riesgo para la salud de la vida de la mujer, o cuando el feto hubiera sido engendrado como consecuencia de una violación o incesto. En el año 1992, se obtuvo como resultado tras una encuesta de opinión a la población, que el 47% aprobaba la interrupción voluntaria del embarazo, mientras que un 46% se negaba. Sin embargo, en cuanto a la legalidad del acto, la mayoría apoyaba la postura de su aprobación bajo unas limitaciones y en una serie de circunstancias (9).

En cuanto lo que en nuestro país compete, en España, a pesar de que era uno de los países más desarrollados en el ámbito de la legislación, que protegía los derechos de las mujeres con el derecho al voto y al divorcio y al reconocimiento de la igualdad de géneros, no es hasta el año 1985 cuando se consigue la aprobación de la despenalización de la interrupción del embarazo, anunciando por primera vez la Ley de Interrupción del Embarazo. Hasta entonces, todas aquellas mujeres que se quedaban embarazadas sin desearlo, optaban por el aborto de forma clandestina, haciéndose responsables absolutas de todas las consecuencias que ello acarrearía, mientras que aquellas más pudientes, podían costearse el viajar a otros países europeos en los que el aborto tendría lugar en condiciones más seguras para la mujer embarazada (11).

En la actualidad, las leyes del aborto a nivel mundial, se pueden agrupar entre las que lo prohíben por completo hasta las que lo admiten sin restricciones, pasando por las que admiten sólo algunas posibilidades legales (12).

CAPÍTULO 2. DESARROLLO DE UN EMBRIÓN

Para una correcta interpretación de todos los conceptos y términos, valiéndose también como método de contextualización, se ha estimado conveniente la presentación del desarrollo embriológico del ser humano en sus diferentes etapas. De esta manera, se interpreta que será más fácil la comprensión de todos los puntos que se abordan a lo largo del trabajo, ya que en algunos apartados se habla de *“plazos”* en el aborto, y por ello, se ha considerado interesante mostrar cuáles son los fenómenos que ocurren en el vientre materno durante todo el ciclo de gestación, que son los siguientes (13):

- Fecundación: El óvulo es fertilizado por el espermatozoide y contiene todos los genes necesarios para desarrollar un nuevo ser humano (13).

- Primeras divisiones celulares: En las primeras 24 horas tras la fecundación, tiene lugar la primera división celular, que dará lugar a que se conforme el *blastocisto*, formado por más de 100 células diferentes que darán lugar a los diferentes órganos del cuerpo (13).
- Semana 1-2: La mujer embarazada aumenta el volumen de sangre en el torrente sanguíneo puesto que la demanda de oxígeno se ve aumentada. El óvulo fecundado se desliza por las trompas de Falopio hasta llegar al útero en un periodo de alrededor de siete días, donde se implanta alrededor del sexto día. La cavidad uterina será el lugar donde habitará los próximos nueve meses hasta que llegue el momento del parto. Comienza el desarrollo de los distintos órganos de nuestro cuerpo estómago, intestino, riñones, y del sistema nervioso, así como de la placenta. En esta etapa, con dos semanas, es cuando el test de embarazo ya es positivo (13).
- Semana 3-4: El tamaño se asemeja al de una judía y crece un milímetro al día. Están en fase de desarrollo temprano el sistema nervioso central, el corazón que comienza a latir muy rápido, el esqueleto y los músculos (13).
- Semana 5-6: En esta etapa su medida alcanza los 5 o 6 milímetros, donde su cabeza es mucho mayor respecto al resto del cuerpo. El latido de su corazón se comenzará a oír a través de una ecografía (13).
- Semana 7-8: El cordón umbilical cada vez es más grande y largo. El tamaño para estas semanas será de 1 centímetro aproximadamente. Para entonces los tejidos y órganos que se formaron en el último mes y medio se encontrarán en proceso de maduración (13).
- Semana 9-10: En esta etapa comienza la formación de las costillas y se pueden apreciar las rodillas y codos, además de poseer ya huella dactilar. En el corazón, con sus cuatro cavidades, empiezan a formarse sus válvulas, mientras que su cerebro evoluciona también muy rápido, 250.000 neuronas por minuto (13).
- Semana 11-12: En estas semanas el feto empieza a producir sangre y orina y los huesos se van endureciendo. Puesto que ya ha pasado el primer trimestre, todos los sistemas principales y órganos vitales están formados aunque continúan en desarrollo (13).
- Semana 12-16: En estas semanas ya comienzan a producirse los primeros movimientos con la cabeza y brazos, mientras que el cerebro poco a poco trata de tomar el control de ellos. Adopta un tamaño similar al de un limón, y comienza a percibir la luz (13).
- Semana 16-20: Su cara cada vez va asemejándose más a la de un ser humano. Sus cuerdas vocales ya funcionan por lo que puede bostezar, tener hipo e incluso llorar. Los movimientos son más fuertes y vigorosos que antes y puede oír sus propios latidos. En muchas ocasiones gracias a una segunda ecografía, ya se puede revelar su sexo (13).
- Semana 20-22: En estas semanas se mueve unas 50 veces cada hora aunque esté durmiendo. Estos movimientos son muy importantes para su desarrollo muscular y neuronal. Pesa alrededor de 300g y mide unos 20 cm; la forma de su cuerpo ya está formada como la de un ser humano adulto y ya se pueden apreciar las uñas, párpados y cejas (13).

- Semana 22-26: Los órganos de los sentidos ya han madurado, por lo que empieza a oír, saborear, oler y tocar todo, y a desarrollar todos los sentidos excepto el de la vista, siendo sin embargo el oído el sentido más desarrollado. Pesa alrededor de medio kilo, y ya se le aprecian las pestañas. Realiza movimientos de extensión y flexión de brazos y piernas demostrando que ya tiene también instinto de supervivencia (13).

- Semana 26-30: A pesar de que aún no tiene pulmones, comienza a realizar movimientos respiratorios para así ir practicando para cuando tenga que inhalar aire en la vida extrauterina. Mide alrededor de 24 cm de largo y empieza también a familiarizarse con la voz de su madre así como con ciertas melodías. A estas alturas el bebé comenzará a colocarse en la posición idónea para el parto, con la cabeza hacia abajo (13).

- Semana 30-34: En cuanto a la antropometría, el bebé mide y pesa parecido a cuando nazca. Las uñas están presentes ya en los dedos del bebé y los pulmones ya los ha desarrollado casi por completo. La madre empieza a producir leche para alimentar el bebé después del parto, además de poder empezar a percibir ya alguna contracción previa al proceso de parto. En cuanto al sueño, los estudios dicen que el feto puede soñar cuando duerme, aunque no se sepa exactamente en qué (13).

- Semana 34-36: Aunque en esta etapa dedica mucho tiempo a dormir, el bebé está en continua alerta y tiene una elevada actividad sensorial y neuronal, provocando un aumento considerable del tamaño de la cabeza. Su peso está alrededor de los dos kilos y su medida alrededor de los 50 cm. Su piel es de color rosado, y recibe de su madre una serie de anticuerpos que le protegerán de distintas enfermedades (13).

- Semana 36-40: En este último periodo, el cambio más importante que se produce en el bebé es el aumento de peso, puesto que ya tiene desarrollado todos los órganos de su cuerpo y ya se encuentra listo y en la postura idónea para que se produzca el alumbramiento. El aún no nacido presentará un poco de vello en la piel, llamado lanugo fetal, así como uñas en los dedos (13).

La mujer embarazada notará presión en la vejiga así como también puede experimentar hinchazón en los tobillos y pies. Deberá estar atenta de las contracciones, puesto que puede dar a luz en cualquier momento. El cordón umbilical mide alrededor de 50 cm de largo, y el bebé puede llegar a nacer con un peso aproximado a los tres kilos (13).

CAPÍTULO 3. TIPOS, MÉTODOS, MOTIVOS Y CONSECUENCIAS

3.1 TIPOS DE ABORTO

La palabra “aborto”, proveniente del latín “*abortus*”, es el participio del verbo “*aborior*”, que tiene por significado “ab = de (indica separación)”, y “*orior* = *levantarse, salir, nacer*” (12). En este apartado, se pretende mostrar los tipos de aborto existentes, así como en qué consisten, y para ello se ha considerado que se abordará el tema desde una perspectiva médica, por lo que el concepto de aborto puede clasificarse en: espontáneo, inducido, y de tipo legal o ilegal (12).

1. Aborto espontáneo: Se define como la *“pérdida natural de la gestación antes de las 26 semanas, cuando el feto no está aún en condiciones de sobrevivir con garantías fuera del útero materno”* (14). También es conocido con el nombre de *casual*, o *natural involuntario*, y ocurre cuando el embarazo termina de forma abrupta (12). La gran parte de este tipo de abortos tiene lugar durante las primeras 12 semanas de gestación, y en muchos casos, dada la prematuridad del mismo, no se requiere ningún tipo de intervención médica ni quirúrgica. Entre las causas más comunes se encuentran, defectos cromosómicos, enfermedades maternas de carácter endocrino, infecciosas, inmunológicas, y malformaciones del aparato genital o alteraciones en la placenta. Además, existen factores de riesgo como el tabaco, el alcohol, el consumo de drogas o los traumatismos que inciden en el aumento de la posibilidad de padecer un aborto espontáneo (15). Uno de los síntomas más comunes es el sangrado vaginal, que puede estar acompañado o no de dolor discontinuo. En este tipo de abortos, el contenido puede ser expulsado de forma completa o parcial, y a pesar de que la mayor parte de las veces no es necesario ningún tipo de intervención, cuando el embrión muerto permanece en el interior del útero durante un determinado tiempo, denominándose así, *aborto diferido*, se recomienda la escisión quirúrgica para retirar restos embrionarios o placentarios y poder así evitar infecciones u otro tipo de alteraciones en la mucosa uterina (15,16).

2. Aborto inducido: Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), es el *“resultante de maniobras practicadas deliberadamente con ánimo de interrumpir el embarazo”* (14). Estas maniobras pueden ser llevadas a cabo por la propia embarazada o por otra persona por encargo de ésta de forma doméstica, química o quirúrgicamente. También es conocido como *intencionado*, *artificial* o *voluntario* (12).

3. Aborto legal: También conocido como *aborto terapéutico*, es *“aquel que es provocado por un médico conforme a las prescripciones de la ética profesional, en cuanto se refiere a las indicaciones médicas adecuadas y de general aceptación (con fines terapéuticos como salvar la vida o preservar la salud de la mujer embarazada), y no prohibido por el derecho”*(12). En España se considera aborto legal cuando se realiza bajo consentimiento de la mujer, en un Centro Acreditado para ello y bajo uno de los tres supuestos despenalizadores de la ley, es decir, cuando existe peligro para la salud o la vida de la mujer embarazada, por causa de violación o por enfermedad grave o malformaciones fetales (17).

4. Aborto ilegal: También denominado *clandestino*, es *“aquel que está prohibido por el derecho y se le sanciona como delito”*. La mayor parte de las veces se realiza en condiciones de déficit higiénico y con dificultades para poder acudir con urgencia a un hospital en caso de que se produjeran complicaciones (12).

3.2 MÉTODOS ABORTIVOS

La intencionalidad de este apartado es dar a conocer las vías de aborto que existen en la actualidad, que son dos, y en qué consisten. Por un lado se encuentra el método quirúrgico, y por otro el aborto químico o farmacológico.

1. Aborto quirúrgico: *“Consiste en la interrupción de la gestación en el quirófano mediante una técnica quirúrgica”*. Dependiendo del periodo de gestación ante el que nos

encontremos, se pueden realizar cuatro tipos diferentes de procedimientos quirúrgicos, que son, la succión y la aspiración, DE (dilatación y evacuación), las infusiones salinas y la histerotomía (14).

La succión o la aspiración pueden desempeñarse durante el primer trimestre del embarazo, hasta la duodécima semana de gestación. En este primer tipo de método se utilizan dilatadores para poder acceder a la cavidad uterina y así introducir un tubo maleable conectado a una bomba de vacío para poder extraer el contenido del interior del útero. Después, se introduce un aparato en forma de cuchara de metal, llamado legra, para retirar mediante raspado los posibles restos de las paredes de la cavidad uterina de la mujer embarazada. El método de aspiración, ha sido el sustituto del método succión, puesto que éste se encuentra prácticamente en desuso (18).

Si nos encontramos ante la primera mitad del segundo trimestre, el método a utilizar es una técnica especial de legrado con aspiración, que a veces puede incluir la utilización de fórceps, y que recibe el nombre de *dilatación y evacuación (DE)*. En muchas ocasiones se ha considerado que es el método más seguro y por tanto, el más usado en el segundo trimestre. Tras la intervención, la paciente debe guardar reposo y permanecer ingresada en el hospital, puesto que pueden existir como consecuencia de la intervención, hemorragias o dolor (19,20).

A partir de la semana 15 del embarazo, las infusiones salinas son el método más utilizado. En esta técnica se utiliza una aguja hipodérmica o un tubo fino para que a través de la pared abdominal se pueda extraer parte del líquido amniótico de la placenta. Este líquido se reemplaza por una solución salina concentrada al 20% que hace que entre las siguientes 24 y 48 horas empiecen a producirse contracciones uterinas provocando la expulsión del feto. Tras la intervención, la embarazada debe permanecer ingresada en el hospital durante uno o dos días en reposo para valorar la aparición de posibles complicaciones potenciales (18,19).

Los abortos tardíos, se llevan a cabo mediante histerotomía. La histerotomía es un tipo de intervención quirúrgica mayor, en la que se realiza una incisión en la zona baja del abdomen, similar a una cesárea pero de menor tamaño. Los problemas que pueden surgir después de este tipo de intervención son mayores que los anteriores métodos y precisan de mayor vigilancia y reposo para conservar la salud y evitar infecciones y enfermedades en la mujer intervenida (18).

2. Aborto químico o farmacológico: *“Consiste en la ingesta de diversos medicamentos para lograr la interrupción del embarazo”* (14). La droga más utilizada es la RU-486, que fue desarrollada en Francia, y en el año 1988 se legalizó su uso. Esta píldora únicamente es eficaz los primeros 50 días, es decir, sólo se emplea hasta la séptima semana de gestación y debe estar estrictamente supervisada de forma médica. Está compuesta por *mifepristona*, una hormona sintética que se encarga del bloqueo de la *progesterona*, necesaria para la gestación y desarrollo del feto (18). Su acción produce dos efectos en el cuerpo de la mujer embarazada; por un lado, mata al embrión provocando el desprendimiento de éste del útero, y por otro, produce contracciones uterinas y dilatación del cérvix para facilitar la expulsión del mismo o de los restos del embrión o placentarios (13).

Ante este tipo de abortos, debemos tener en cuenta que pueden aparecer una serie de efectos secundarios, tales como dolor, calambres, sangrado vaginal, mareos, náuseas, vómitos, diarrea, escalofríos o fiebre, aunque principalmente los más remarcados son (21):

-Dolor: Los dolores que pueden aparecer son algo más dolorosos que los de la menstruación, y pueden llegar a durar alrededor de una semana, algo más de tiempo que con técnicas quirúrgicas.

-Sangrado: Está completamente ligado a la expulsión del embrión, pudiendo ser de abundante cantidad y de duración alrededor de una semana o más.

-Nauseas: La prostaglandina que acompaña a la medicación puede producir episodios de nauseas, vómitos incluso diarrea en algunos casos.

De entre las complicaciones del aborto químico o farmacológico, las más relevantes y que requieren mayor urgencia son, la ineffectividad del método utilizado, por lo que habría que plantearse recurrir al método quirúrgico, y la expulsión incompleta del embrión que también requerirá de técnicas quirúrgicas para poder terminar dicho fenómeno.

A pesar de que los abortos tempranos son aparentemente sencillos de ejecutar y seguros, cabe mencionar que los riesgos y las complicaciones potenciales aumentan proporcionalmente a la edad de la gestante pudiendo ocasionar infecciones, lesiones en el cérvix uterino, perforaciones y hemorragias importantes (18).

3.3 MOTIVOS DEL ABORTO

Las causas por las cuales una mujer embarazada decide voluntariamente interrumpir su embarazo pueden ser múltiples y dependen de la situación personal de ella y del contexto ante el que se encuentre en ese momento, pero podemos clasificarlos en los siguientes subgrupos (12):

- 1) Por razones terapéuticas, en las que la salud de la mujer se encuentra en peligro y el embarazo supone un riesgo para su vida o pueda agravar cualquier enfermedad física o psíquica que padezca, de por vida.
- 2) Por cuestiones éticas o humanitarias, en las que la mujer decide no continuar con el embarazo porque el feto ha sido engendrado como consecuencia de una violación, incesto, trato sexual con menores o con personas con deficiencia mental.
- 3) Por motivos sociales, como pueda ser la situación socioeconómica de la familia, motivos familiares, ilegitimidad, etc.
- 4) Por razones personales, en los que la embarazada por voluntad propia sin obligación de dar pruebas de ello, decide realizar la práctica abortiva.

Las estadísticas que estudian el motivo por el cual las mujeres toman la decisión de interrumpir el embarazo, muestran los siguientes porcentajes, pudiendo comprobar cómo el contexto social abarca la mayor parte de los motivos por los que se procede a la práctica del aborto (18).

- Razones Sociales: 52%
- Razones Económicas 23%
- Razones Familiares 14%
- Razones de Salud 5%
- Razones Personales 3%

- Por violación 2%

3.4 CONSECUENCIAS DEL ABORTO

La pretensión de este apartado es exponer los diferentes cambios o consecuencias que puede padecer una mujer tras haber practicado una interrupción voluntaria del embarazo. Aparentemente no es más allá que una intervención quirúrgica como otra cualquiera o un tratamiento médico como para cualquier otro proceso, pero no es así; esta práctica acarrea muchos sentimientos en la mujer así como cambios en su cuerpo, pensamiento y actitud que se deben tener en cuenta antes de llevar a cabo dicho proceso, como se mencionó en 2008 en La Organización Profesional de Psiquiatras del Reino Unido, que *“el aborto voluntario, supone un riesgo importante para la salud mental de las madres, y por tanto recomienda que se asesore convenientemente sobre estos riesgos a quienes desean abortar y más si hay una cierta predisposición personal o familiar al desequilibrio psíquico”* (13).

Actualmente, la sociedad científica admite que el aborto siempre supone un atentado contra la salud física y psíquica especialmente de la mujer, representando siempre además, un gran riesgo, un trauma físico y psicológico para la mujer, que puede perdurar durante incluso años. Además, cabe destacar que a pesar de que supone un drama para la mujer embarazada, supone también un desequilibrio para el resto de la familia, que también lo sufre y lo padece (13).

El conjunto de cambios, trastornos y consecuencias que se generan tras la práctica abortiva, constituye el llamado Síndrome Post-Aborto (S.P.A), que a pesar de que se considera un trastorno post-traumático como otro cualquiera, contiene algunos síntomas específicos e importantes a tener en cuenta para poder llegar a entender y comprender las necesidades de la mujer y de la familia afectada, y poder poner así en marcha los recursos necesarios que estén al alcance, para preservar el cuidado y la atención de la mujer como de la familia, previniendo complicaciones o el agravamiento de los trastornos generados (13).

El trauma post-aborto deja múltiples secuelas psicológicas, que engloban una serie de síntomas entre los que se encuentran, trastornos emocionales y afectivos, cuadros de depresión y ansiedad que van acompañados de sentimientos de culpabilidad, y en ocasiones de deseo de retroceder en el tiempo para evitar el acto cometido. Suelen aparecer trastornos en el patrón del sueño, manifestado por pesadillas recurrentes relacionadas con el aborto, y también trastornos en la conducta, como por ejemplo, en la conducta alimentaria, en las relaciones interpersonales o en el consumo de alcohol u otras drogas (13).

En cuanto a la clasificación de los efectos que produce el aborto en el cuerpo de una mujer, se pueden separar en dos grandes grupos, que son los trastornos físicos por un lado, y los trastornos psíquicos por otro (13).

1) Trastornos físicos (13):

- Persistencia de placenta o de restos del embrión en la cavidad uterina, pudiendo ocasionar sangrados graves o infecciones importantes.
- Perforación del útero con riesgo de hemorragia o de infección.
- Efectos secundarios de la anestesia, como dolores en cabeza o estómago, náuseas y vómitos.

-Complicaciones típicas tras una intervención quirúrgica ginecológica, como la endometritis (infección del útero), infección de orina, enfermedad inflamatoria pélvica, fiebre, hemorragia, dolor abdominal y genital, lesiones en el cérvix uterino y vaginales, etc.

-Descompensaciones endocrinas secundarias a la interrupción repentina del embarazo, como amenorrea (ausencia de la menstruación), hipermenorrea (menstruación abundante) y alteraciones hormonales.

-Aumento de riesgo del aborto prematuro y espontáneo en próximos embarazos.

-Esterilidad como consecuencia de lesiones en el cuello uterino, o vaginales, por realización de histerotomía, por enfermedad inflamatoria pélvica, etc.

-Aumento de la tasa de mortalidad, directamente proporcional a las semanas de gestación del feto, sobre todo si se realiza el aborto después de 13 semanas de embarazo.

2) Trastornos psíquicos (13):

-Sentimiento de culpa, de arrepentimiento.

-Soledad, sensación de vacío, angustia.

-Tristeza, crisis de llanto y de ansiedad, sensación de impotencia y amargura.

-Pesadillas relacionadas entorno al aborto.

-Depresiones profundas.

-Empeoramiento de los síntomas en los aniversarios.

-Baja autoestima, rechazo hacia sí misma, inestabilidad emocional.

-Desesperación, sentimiento de rabia y rebeldía.

-Sensación de malestar ante la presencia de niños o de mujeres embarazadas.

-Problemas de relación interpersonal y con la pareja.

-Tendencia a reincidir en nuevos abortos.

-Abuso de alcohol y otras drogas.

-Trastornos de la conducta alimentaria.

Dado el elevado número de consecuencias que lleva consigo la práctica del aborto, es de vital importancia mencionar que debe ser una decisión meditada e informada previamente de todos sus posibles efectos secundarios tanto en la mujer como en su entorno familiar, para tenerlo en cuenta a la hora de decidir dar el paso. A pesar de que es un acto voluntario y personal que depende del contexto y situación de cada individuo, cabe destacar que la mejor medida para evitar embarazos no deseados, es el uso de métodos anticonceptivos, que evitan la formación y desarrollo del embrión, y por tanto la práctica del aborto, es decir, la interrupción de dicha concepción (13).

CAPÍTULO 4. ÉTICA Y LEGISLACIÓN DEL ABORTO

4.1 MARCO LEGISLATIVO DEL ABORTO EN ESPAÑA

Según estudios realizados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, muestran que alrededor del 40% del total de los embarazos, no son deseados, y de esos, el 60% aproximadamente acaba siendo interrumpido por un aborto inducido (22). Por ello, se ha considerado importante hacer conocer a través de este apartado la evolución de la legislación Española en cuanto al aborto, dado el elevado número de ellos que se practica, y el continuo cambio legislativo existente como consecuencia de la gran variedad de posturas y controversias que se plantean al respecto (22).

Es importante mencionar antes de exponer la secuencia legislativa española de la interrupción voluntaria del embarazo, que la Constitución recoge en su artículo número 15, lo siguiente:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”, quedando supeditado a este principio toda legislación (5,22).

A pesar de que España a lo largo del siglo XX se consideraba un país avanzado en cuanto a los derechos y libertades que la mujer había conseguido, no fue uno de los primeros países en legalizar la práctica del aborto. A principios del siglo, países como Alemania, Islandia, Suecia, Dinamarca, ya contemplaban la posibilidad de interrumpir el embarazo en diferentes situaciones, pero en España no se consiguió hasta el año 1985 (22).

En el año 1985, siete años después de que se legalizara el uso de métodos anticonceptivos para evitar embarazos no deseados, se promulgó la primera Ley Orgánica que despenalizaba el aborto en determinadas circunstancias (23). Esta nueva reforma, la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, reformó el artículo 417 bis del Código Penal despenalizando el aborto en los siguientes supuestos, como se menciona en dicho artículo:

Artículo 417 bis:

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

1º: Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto. En caso de urgencia o riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

2º: Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

3º: Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea

emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto" (22,24).

Diez años más tarde, en el año 1995, se reformó el Código Penal mediante la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que en los artículos 144, 145 y 146 del Título II trataba sobre el aborto manteniendo además vigente el artículo 417 bis de la orden anterior de 1985 (5,22).

Artículo 144.

"El que produzca el aborto de una mujer, sin su consentimiento, será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de tres a diez años. Las mismas penas se impondrán al que practique el aborto habiendo obtenido la anuencia de la mujer mediante violencia, amenaza o engaño.

Artículo 145.

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la Ley, será castigada con la pena de prisión de seis meses a un año o multa de seis a veinticuatro meses.

Artículo 146.

El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses. Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años. La embarazada no será penada a tenor de este precepto" (22).

Desde entonces, no hubo modificaciones legislativas hasta el año 2010, donde se promulgó la actual y vigente Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Conformado por dos Títulos diferentes, uno el que trata entorno a la Salud Sexual y Reproductiva y otro, el que se abordará en este trabajo, bajo el Título II (22).

En concreto, en el capítulo I del segundo Título se encuentran redactados los artículos 12, 13 14 y 15, que son los que más relacionados están directamente con el tema de este trabajo (22).

"Artículo 12: Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, 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.

Artículo 13: Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

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

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

-Tercero. Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

-Cuarto. En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

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

Artículo 14: Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

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

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

Artículo 15: Interrupción por causas médicas. Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

-Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

-Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

-Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico” (22).

4.2 MARCO MÉDICO – LEGAL

En España la práctica del aborto ha sido castigada durante muchos años hasta que en el año 1985 se promulgó la primera ley que consentía el aborto bajo una serie de circunstancias, haciendo que éste no fuera punible, es decir, que no se castigara por realizar uso de ello bajo dichas situaciones (22).

El aborto, es por tanto, un delito regulado por el código penal, que la legislación que se encuentra vigente actualmente no castiga, ni tampoco a quien lo practique ni a quien consienta que se le practique si se realiza en las circunstancias y condiciones que prevé esa legislación (22).

Existen tres tipos de circunstancias, aquellas relativas a la madre, en las que preste su consentimiento al aborto, o que del embarazo se derive un grave peligro para su vida o su salud física o psíquica, o que el embarazo sea el resultado de un delito de violación. Otras, relativas al hijo, en las que se presume que nacerá con graves taras físicas o psíquicas (22).

Por último, otras, relativas a la misma práctica del aborto, en las que cuando se realice uno de los casos anteriores, se haga en un centro autorizado para ello, que sea practicado por un médico o bajo su dirección, y que, en algunos casos, haya uno o más dictámenes médicos que lo aconsejen, y que éste se realice no más tarde de determinados plazos (22).

En el artículo 417 bis de la Ley Orgánica del 5 de julio de 1985, se encuentran apelaciones al ámbito médico-legal, donde se alegan los siguientes puntos:

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

a) Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien o bajo su dirección se practique el aborto.

En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

b) Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.

c) Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.

2. En los casos previstos en el número anterior no será punible la conducta de la embarazada, aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos" (22).

Por otro lado, en el Código Penal, en la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, se menciona la relación existente con el ámbito médico en varios artículos. El artículo 146, relacionado con la mala praxis, se señala que, *"El que por imprudencia grave ocasionare un aborto será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses. Cuando el aborto fuere cometido por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de uno a tres años. La embarazada no será penada a tenor de este precepto"* (22).

En relación a los daños o lesiones fetales, se recogen varios criterios al respecto que se pueden encontrar en los capítulos 157 y 158 del Código Penal:

"Artículo 157: El que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años.

Artículo 158: El que, por imprudencia grave, cometiere los hechos descritos en el artículo anterior, será castigado con la pena de prisión de tres a cinco meses o multa de seis a 10 meses.

Cuando los hechos descritos en el artículo anterior fueren cometidos por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de seis meses a dos años. La embarazada no será penada a tenor de este precepto" (22,25).

Por último en cuanto al marco legal médico, la vigente Ley Orgánica del 2/2010 del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que dice abordarse desde una perspectiva de género, cabe destacar en el artículo 8, el hincapié que se realiza en la salud sexual y de reproducción, añadiendo la formación de profesionales de la salud, en el que se incluyen los siguientes puntos (22,25):

-La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.

-La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.

-La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.

-En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.

4.3 POSTURA RELIGIOSA

La mayor oposición existente en contra del aborto es la organización *Pro-Vida*. El principio fundamental que asume esta postura es el concepto de que la vida comienza desde el momento de la concepción, y que por tanto cualquier interrupción de embarazo se entiende como una violación al derecho de la misma, puesto que el feto es considerado un ser humano con vida desde que se engendra (26).

La práctica del aborto provocado, es seguramente, el método más antiguo y polémico de regulación de la fecundidad. Cabe destacar, que en los países extremadamente religiosos siempre han predominado los criterios establecidos por la Ley Canónica de 1869, que fue proclamada por el Papa Pío IX, donde el aborto no estaba justificado bajo ninguna circunstancia (7).

En Estados Unidos, como se ha mencionado previamente en el capítulo anterior, en la década de los 80 se produjeron una serie de disputas y controversias públicas entorno al aborto que dieron lugar a que se generaran diferentes posiciones entre las que se encuentra el caso del *Movimiento de Defensa de la Vida*; aquellos que deseaban prohibir la interrupción del embarazo independientemente de cualquier situación o circunstancia. El *Movimiento de Defensa de la Vida*, contaba con el respaldo de la iglesia católica y de otros grupos religiosos, así como de otros grupos laicos, resumiendo sus razonamientos en cuatro puntos, que son:

“-Todos los seres humanos, incluso el feto que se halla en el vientre de la madre, reciben directamente de Dios el don de vida.

-Los seres humanos no tienen derecho a quitarle la vida a otros seres inocentes.

-La vida humana comienza en el momento de la concepción.

-El aborto, en cualquier fase de gestación, equivale a quitarle la vida a un ser inocente” (7,27).

Actualmente, la mayoría de las Iglesias, consideran que la práctica abortiva es una opción a la que se recurre en circunstancias especiales y que no se debe usar como método ordinario de planificación familiar (7).

Los musulmanes, entienden desde siempre el aborto como un acto legal siempre que se de bajo una serie de razones para llevarlo a cabo, y siempre supeditado al plazo de los 120 de gestación, ya que razonan que el feto no cobra vida hasta pasados 120 días desde su concepción. Durante ese periodo de tiempo el embrión es considerado como persona en potencia y de propiedad de los progenitores para tomar decisiones sobre el mismo (28).

La perspectiva judaica, afirma el consentimiento del aborto sólo y únicamente en aquellos casos en los que la salud de la madre corra peligro y pueda ser afectada gravemente, teniendo que contar para ello con la opinión de una autoridad rabínica reconocida para evitar cometer errores (28).

Por otro lado, los cristianos evangélicos consideran ético también el aborto sólo cuando sea necesario para salvar la vida de la embarazada. En las demás situaciones, se entiende que el aborto supone terminar con una vida humana que pertenece a Dios, prevaleciendo el derecho a la vida del aún no nacido, sobre el derecho de la madre sobre su propio cuerpo (28).

Sin embargo, la iglesia católica comprende el concepto de aborto como la muerte provocada del feto, realizada por cualquier método y en cualquier momento del embarazo desde el instante mismo de la concepción, es decir, desde que se origina el cigoto como resultado de la fusión de un espermatozoide con un óvulo. Defiende la vida del aún no nacido por encima de cualquier situación o las circunstancias como señaló el Papa Juan Pablo II en la *Encíclica Evangelium Vitae*, donde afirmaba que *“aún siendo graves y dramáticas las razones, jamás pueden justificar la eliminación de un ser humano inocente”* (28).

La iglesia defiende su postura posicionándose desde una perspectiva a favor de la vida, de la persona misma, de la naturaleza de las cosas, de la sexualidad responsable, teniendo en cuenta que el juicio moral del Magisterio eclesiástico sobre este tema ha sido el mismo y que no ha variado con el paso del tiempo. Por todo ello, se ha considerado importante destacar algunos de los puntos que se recogen en el Catecismo de la Iglesia Católica:

“-La vida humana es sagrada, porque desde su inicio comporta la acción creadora de Dios y permanece siempre en una especial relación con el Creador, su único fin. Solo Dios es Señor de la vida desde su comienzo hasta su término; nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente” (24).

“-La vida humana debe ser respetada y protegida de manera absoluta desde el momento de la concepción. Desde el primer momento de su existencia, el ser humano debe ver reconocidos los derechos de la persona, entre los cuales está el derecho inviolable de todo ser inocente a la vida” (26,28).

4.4 MORALIDAD DEL ABORTO. PRINCIPIOS BIOÉTICOS

La ética basada en principios es aquella que se fundamenta en cuatro principios diferentes considerados como básicos, que son: el de Autonomía, el de Beneficencia, el de no Maleficencia, y el de Justicia.

-Principio de Autonomía: Es aquel que se basa en la libertad de elegir una opción después de sustentarse en la interacción entre la comprensión y la voluntad. En lo que al aborto concierne, justifica el derecho de la madre a participar en las decisiones terapéuticas que le competen a ella y también a su hijo, en forma subrogada, aunque no se debe olvidar que el feto, aunque no pueda ejercerla, tiene también autonomía.

-Principio de Beneficencia: Consiste en hacer el bien a los demás. Refiriéndonos en este caso al aborto, se puede relacionar con la obligación del médico es buscar el bien en lo que a salud de sus pacientes se refiere, considerando que existen dos pacientes. Por ello, podemos decir que también se persigue buscar el bien del aún no nacido, preservando su vida.

-Principio de no maleficencia: Se fundamenta en no hacer el mal. En relación al aborto, se podría resumir en el hecho de no realizar ninguna actuación perjudicial tanto para la madre como para el feto o embrión.

-Principio de Justicia: Es aquel que entiende cómo dar a cada uno lo que se merece. En relación con la interrupción del embarazo se relaciona con el derecho a la vida y a una serie de acciones que le permitan un desarrollo saludable (29).

El avance de la ciencia y de la medicina, han hecho que se produzca un aumento tanto del número como de la complejidad de los problemas éticos en el campo de la medicina, y por ello ha sido por lo que se ha señalado como relevantes y apropiados para su aplicación en la ética médica los cuatro principios mencionados previamente. Pero esta teoría principalista, a pesar de que sea frecuente su uso como marco de referencia en los Comités Éticos para analizar conflictos morales, también presenta limitaciones, sobre todo en el plano moral y en el de su fundamentación filosófica; hecho que ha desencadenado la posibilidad de adaptarse a otras nuevas teorías (30).

4.5 CONFLICTOS BIOÉTICOS DEL ABORTO

El problema del aborto está inmerso en una gran controversia ideológica y religiosa. Las dos posturas que se presentan actualmente ante el aborto inducen al enfrentamiento entre el derecho de elección libre de cada mujer y el principio ético de respeto a la vida.

La mayor disputa, y que a su vez es el punto de inflexión entre las diferentes posturas e ideologías ante la práctica del aborto, se basa en el concepto del ser humano, en cuál es el momento en el que el producto de la concepción se considera un ser humano; cuestión que no tiene solo un carácter biológico, sino también filosófico y teológico.

De este dilema surgen automáticamente muchas dudas y preguntas, tales como: *“¿Es aborto interrumpir el embarazo en el estado de embrión? ¿Es aborto interrumpir el embarazo cuando el feto es viable?, ¿Es aborto interrumpir el embarazo cuando el feto no es viable ni "in útero" ni "ex útero"? ¿Es aborto interrumpir el embarazo de un ser que no tiene sistema nervioso funcional humano o no es un ser humano? Ahora tenemos un problema mayor ¿qué es un ser humano? Y no solo eso, ¿desde cuándo un ser humano es individuo humano?”* (31).

Desde la perspectiva biológica, sustentándose en las tres grandes teorías de la Biología, que son la celular, la herencia y la evolución, considera ampliamente este concepto como un *proceso que surge de la interacción del genoma de Homo sapiens con sus circunstancias o medio ambiente* (31,32). En cuanto a cuándo se estima que comienza el individuo a ser un ser humano como tal, hay que distinguir que algunos consideran que desde el mismo momento de la concepción, para otros la vida comienza en el momento de la implantación, mientras que hay quienes entienden que a las 12 semanas, que es cuando el sistema nervioso central está formado y pueden reconocerse los hemisferios cerebrales, el cerebelo y el bulbo. Sin embargo,

existen otros que son del pensamiento de que los derechos de persona humana deben respetarse desde que esta es viable, es decir, entre las 24 y 28 semanas de gestación (7).

Llegados a este punto, se estima de vital importancia exponer el concepto de gestación, puesto que si atendemos a vigente Ley Orgánica 2/2010 existen varios puntos entorno a su definición que la contemplan, y tratándose de una ley con límite de plazos es necesario dejar claros cuáles son los criterios exactos que se exigen. Por ello, cuando en los artículos 14 y 15 de la Ley se mencionan, respectivamente, los plazos de “dentro de las primeras catorce semanas de gestación” y “que no superen las veintidós semanas de gestación”, se pueden realizar hasta cuatro interpretaciones diferentes del propio significado de “semanas de gestación”:

- Empezando a contar desde el primer día de la última menstruación.
- Desde la fecundación.
- Desde el inicio del proceso de implantación del embrión en fase de blastocisto en el útero.
- Desde que termina la fase de implantación o anidación (final de la gestación) (22).

Teniendo en cuenta que en términos biológicos por gestación se entiende que el embrión está ya implantado en la pared uterina; aunque pueda matizarse si se considera desde el comienzo o cuando termina el proceso, la edad biológica auténtica y real del embrión se estipula que se empieza a contar desde que se produce la fecundación, coincidiendo con el comienzo del embarazo. Contando con que la ovulación tiene lugar alrededor de los 14 días desde el inicio de la última menstruación, y la fecundación puede ocurrir más o menos inmediatamente a la ovulación, puede darse por tanto, una diferencia de dos, tres o cuatro semanas entre lo que se entiende por “semanas de gestación” y la edad embrionaria o biológica real del embrión y el tiempo desde que se inició la gestación biológica (22).

Resumiendo, es un error biológico hablar de “semanas de gestación” cuando se toma como referencia el primer día de la última menstruación porque en ese momento ni siquiera había embrión ya que la fecundación, y por tanto la gestación, ocurre alrededor de dos semanas después (22).

CAPÍTULO 5. ENFERMERÍA Y ABORTO

5.1 OBJECION DE CONCIENCIA

El aborto supone un gran dilema ético para los profesionales de enfermería en el día a día a la hora de realizar sus propias funciones. Es por ello, por lo que se considera fundamental que el profesional actúe de acuerdo con sus valores éticos y manteniendo siempre el respeto por la libre decisión de la persona. El problema fundamental que plantea la objeción de conciencia es el de hacer compatibles dos derechos igualmente exigibles, que son el respeto

por la autonomía del paciente y el derecho del profesional de no llevar a cabo actos que vayan contra sus convicciones, atentando, en consecuencia, contra su integridad moral (33,34).

El concepto de Objeción de Conciencia, viene definido legalmente como, *“el incumplimiento de un deber jurídico motivado por la existencia de un dictamen de conciencia, que impide observar el comportamiento prescrito, y cuya finalidad se agota en la defensa de la moralidad individual”*. (32). Es importante entonces, reconocer cuál es la postura que se tiene y se adopta frente al aborto para decidir si participa en ella o por lo contrario, no. En aquellos casos en los que existe una negativa, ésta, suele estar motivada la mayoría de las veces por sentimientos de infracción de la ley moral, de las normas deontológicas o por cuestiones religiosas (33).

A pesar de que el aborto estaba despenalizado desde 1985, no es hasta el año 2010, con la Ley Orgánica de 2/2010, de 3 marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, cuando la objeción de conciencia sanitaria es reconocida por primera vez en una Ley del Estado. Hasta entonces, no se había aprobado ningún texto legal que reconociera el derecho de los profesionales sanitarios a objetar en conciencia. El texto de la ley 2/2010 que lo contempla en el artículo 19.2, expone lo siguiente:

“La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación” (35).

Como se puede apreciar en dicho artículo, la ley sólo consiente la objeción de conciencia a aquellos profesionales que estén directamente implicados con el proceso, tal y como se ha puesto de manifiesto en abundantes sentencias del Tribunal Constitucional. Entre ellas, se encuentra la Sentencia 53/1985, de 11 de abril, en la que se menciona lo siguiente:

“Prescindiendo por razones de brevedad de detallar otros puntos de discrepancia o de asentimiento con la sentencia, debemos, sin embargo, poner de manifiesto la escasa precisión utilizada en ella respecto a la conocida como «cláusula de conciencia», cuya derivación directa del art. 16, núm. 1, CE compartimos, y que puede ser utilizada como es lógico por el médico del que se solicite la práctica abortiva para negarse a realizarla. Dicha cláusula, basada en razones ideológicas o religiosas, es un derecho constitucional solamente del médico y demás personal sanitario al que se pretenda que actúe de una manera directa en la realización del acto abortivo” (35).

Resumiendo, decir que la objeción de conciencia es siempre una decisión libre, personal e individual, por lo que no cabe la posibilidad de objeciones colectivas o de personas jurídicas. Ésta, debe siempre ser manifestada de forma anticipada y por escrito, para evitar causar daños a terceros, permitiendo que la persona afectada pueda llevar a cabo su propósito, quedando excluidas de dicha objeción todas aquellas situaciones de urgencia (33,35).

5.2 CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA Y ABORTO

Puesto que existen numerosas leyes que despenalizan la práctica abortiva en diferentes países, éstas suelen ir acompañadas del derecho que tiene el personal sanitario de oponerse a su realización, siendo así congruentes con los códigos deontológicos que reconocen dicho derecho (33,36).

Es de vital importancia que el profesional actúe siempre de acuerdo con sus valores éticos y morales, respetando siempre la libre decisión de la persona. Si dichos valores están en desacuerdo con el fenómeno del aborto, podrá acogerse a la objeción de conciencia, como viene recogido en el segundo artículo del tercer capítulo del Código Deontológico de Enfermería:

"De conformidad con lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitada ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún profesional pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho" (33,36).

Asimismo, el Código Deontológico también reconoce en los artículos 6 y siguientes la obligación de las Enfermeras de respetar la libertad del paciente a elegir y controlar la atención que se le aporta (37).

Además, se ha considerado importante mencionar que mayo de 1972 la Asociación de Enfermeras del Colegio Norteamericano de Obstetras y Ginecólogos expuso todos los directrices a cerca del aborto para todos los asociados. Por lo general, estas han sido adoptadas por otras asociaciones similares, donde se incluyen los siguientes criterios:

"-Las enfermeras tienen la necesidad de atender profesionalmente a sus pacientes por causas de aborto.

-Las enfermeras tienen el derecho de rehusar a participar en procedimientos de aborto, si esto sirve para mantener sus creencias morales y éticas, excepto en los casos de urgencias en los que la vida de la paciente está en grave riesgo.

-Las enfermeras tienen derecho que sus autoridades les expliquen las políticas de la institución donde trabajan y que se aplican en casos de aborto.

- Las enfermeras tienen la obligación de informar a sus autoridades acerca de sus creencias y actitudes acerca del aborto" (37).

5.3 ATENCIÓN ENFERMERA ANTE EL ABORTO

El procedimiento de la interrupción voluntaria del aborto conlleva en muchas ocasiones la participación e intervención directa de la enfermera durante todo su proceso. Como consecuencia, es relevante que la profesional enfermera sepa cómo debe actuar cuando asiste a una mujer que voluntariamente desea poner fin a su embarazo de acuerdo a su conciencia y respetando su autonomía (36).

a) Ayudar en la toma de decisiones: Cuando una mujer embarazada decide libremente interrumpir su embarazo, le surgen muchas dudas e inseguridades al respecto. Es un proceso delicado y complicado durante el cual ésta, busca de apoyo personas cercanas y de confianza, entre las cuales se puede encontrar la enfermera. Los sentimientos que experimenta son contradictorios puesto que es una decisión compleja la que está tomando. Como enfermera, es competencia suya apoyarla y respetarla en todo momento, ayudándola a aclarar sus valores personales si fuera posible, así como intentando analizar cuáles son los motivos que le han llevado a tomar dicha decisión, y a reflexionar sobre las ventajas e inconvenientes de llevarlo a cabo y la orientación que pueda necesitar para poder ejecutarlo (36).

Es muy importante que la enfermera actúe desde la neutralidad moral, es decir, sin querer imponer a la mujer sus creencias o pensamientos, tanto si la enfermera personalmente está de acuerdo con la decisión de la mujer como si no lo está ya que si la decisión se encuentra dentro de los parámetros legales, deberá ser respetada (36).

b) Cuidar globalmente a la mujer: Es muy importante tratar a la mujer desde una perspectiva global durante el proceso de finalización de la gestación, por lo que la enfermera cobra un papel muy importante a la hora de realizar una valoración exhaustiva general de todas las necesidades, haciendo especial hincapié en la dimensión afectiva. Cuando una mujer toma la decisión de poner fin a su embarazo por el motivo que sea, generalmente se produce un gran impacto emocional que se debe valorar y tener en cuenta, ya que puede afectar al proceso de duelo y generar sentimientos de culpabilidad (36).

La enfermera debe planificar y acompañar a la mujer antes, durante y después del proceso. La valoración detallada de las necesidades y la manera en que se ven estas afectadas por la situación, permitirá elaborar y llevar a cabo un plan de cuidados individualizado y concreto en cada caso, identificando qué tipo de apoyo requiere y en qué momento. Sin embargo, si hay pareja, es conveniente incluirla en el plan de cuidados desde un inicio valorando también sus necesidades y las de la familia en conjunto (36).

c) Información y confidencialidad: La enfermera debe garantizar que la mujer reciba toda la información necesaria durante todo el procedimiento, para poder decidir libremente y sin ninguna coacción ni influencia de otros factores. Solo tendrán acceso a esta información las personas que la mujer autorice y de consentimiento. Otro punto a tratar, es el velar por el respeto a la intimidad de la mujer, suponiendo, entre otras cosas, respetar la confidencialidad. Por lo tanto, solo se compartirá la información necesaria con las personas vinculadas y si existe una autorización expresa de la mujer. También se deberá valorar qué información se transmite al resto del equipo asistencial

teniendo en cuenta que cualquier comunicación de la información debe aportar un beneficio real para la mujer (36).

d) Educar para la salud: El hecho de interrumpir el embarazo no siempre es debida a situaciones incontrolables e imprevisibles, por lo que es responsabilidad de la enfermera mediante información, formación y educación, potenciar la prevención de embarazos no deseados en los centros de planificación familiar, centros de atención primaria, escuelas, hospitales, etc. La enfermera deberá proporcionar con mucha delicadeza y minuciosidad toda la información necesaria para tratar de evitar abortos recurrentes o tener que recurrir a la interrupción del embarazo pudiendo prevenir la fecundación desde un principio (36).

CAPÍTULO 6. SEXUALIDAD, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Puesto que el aborto está íntimamente relacionado con la formación y educación recibida sobre la educación sexual y reproductiva, se ha considerado necesario realizar un apartado dedicado a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva de cada individuo.

Es importante mencionar que cuando se habla de sexualidad, se haga desde una perspectiva global y completa, teniendo en cuenta que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de cada persona, que se desarrolla en función de si se satisfacen necesidades humanas básicas, como el deseo de intimidad, de contacto, de amor, de acercamiento y sentimiento emocional, siendo así su pleno desarrollo fundamental para alcanzar el bienestar individual, interpersonal y social (38).

La OMS, en el año 2002, definió el concepto de salud sexual como: *“estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia”* (38).

Seguramente sea cierto que el dilema o problema que más controversias ha generado siempre en el ámbito de la salud sea el aborto. El aborto, es un procedimiento complejo, compuesto por diferentes acciones que suponen un riesgo para la salud e integridad de la mujer. Mientras tanto, cada día son muchas las que acuden a las consultas de planificación familiar para solicitar la práctica de un aborto provocado, y a veces hasta de forma sistemática, aunque se haya informado previamente en una consulta de los riesgos y peligros ante los que se expone cuando toman dicha decisión. A pesar de todo, la mujer será libre para decidir y ejercer su autonomía respetando la vigente ley, pero se cree conveniente y necesario que se haga hincapié sobre todos aquellos recursos e información existente entorno a este tema, para que se pueda lograr una plena satisfacción en el ámbito sexual y reproductivo, salvaguardando su salud (8).

En los últimos años se ha constatado una “revolución sexual” en la que se evidencia un incremento en el inicio de las relaciones sexuales en menores de 14 años. Este hecho, reconocido de forma universal, ha confirmado que existe una conducta muy precoz para las relaciones tanto en uno como en otro sexo. De estudios realizados, se ha comprobado que alrededor del 50% de las adolescentes entre 15 y 19 años mantienen una vida sexual activa,

por lo que la formación y la educación en este ámbito cada vez debe cobrar gran importancia y adaptarse a las necesidades y a la edad de cada cliente (7).

De entre los factores que conducen a la decisión de la realización de un aborto, como se ha mencionado previamente en el trabajo, cabe destacar la escasa educación sexual que posee la población en general y la orientación que ésta tiene a únicamente ceñirse en evitar el embarazo como tal.

Hasta ahora, las vías por las cuales se adquiría dicha educación eran mediante los profesores y las madres, que muchas veces no poseían tampoco una información suficientemente completa como para asumir únicamente por ellos la labor educativa de los más jóvenes. Como consecuencia, se ha ido evolucionando hacia una labor de salud pública, utilizando como recursos los medios de comunicación masiva, así como la Atención Primaria de Salud (7).

Actualmente, y de acuerdo con la Ley Orgánica de marzo de 2010, se aboga por la formación y la información a la población, así como por el desarrollo de programas y servicios para la promoción de la salud sexual y reproductiva (39).

Es por tanto importante hacer mención de los aspectos que la legislación solicita al personal sanitario de Atención Primaria que informe de forma clara, objetiva e imparcial:

“-Prestaciones, ayudas y derechos a los que la mujer puede acceder si desea continuar con el embarazo, incluidas las ayudas para discapacitados.

-Consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

-Posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención" (39).

Esta información debe ser entregada en un sobre cerrado siendo informada verbalmente también si la mujer lo solicitara. En caso de que la mujer optara por la opción de interrumpir su embarazo, ésta deberá presentar firmado un consentimiento informado previamente; mientras que el personal sanitario de Atención Primaria le garantiza, el acceso a la prestación sanitaria de la interrupción, como la protección de su confidencialidad e intimidad de acuerdo con el Código Deontológico (39).

CONCLUSIONES

En la actualidad, debido a todos los aspectos morales y éticos que abarca el aborto, ha hecho que este acto sea una polémica social en continuo proceso de cambio. Algunos de estos aspectos que confrontan las diferentes posturas existentes, son principalmente, la violación al derecho a la vida y la libertad de elección de la mujer sobre su propio cuerpo.

Las causas por los que una mujer decide abortar y tomar esa difícil decisión son muy diversas. Desde motivos sociales, económicos, pasando por la falta de apoyo por parte de la pareja o los padres, o bien no sentirse preparada tanto físicamente como mentalmente para

ello y otros, de diferente índole, parece que son los responsables de que se produzca esta problemática social, el aborto inducido o provocado.

En muchos países esta práctica está legalizada en situaciones puntuales, como en aquellos casos en los que la vida de la embarazada corre peligro, en casos de violación o cuando se detectan malformaciones en el feto que afectarán a la calidad de vida del mismo. Existen también otros países en los que el aborto está legalizado sin restricciones pero se tienen que cumplir unos límites de plazos para su realización y llevarse a cabo por especialistas y en hospitales adecuados para ello.

Si bien es cierto que existen razones de peso para permitir la interrupción del embarazo, como por ejemplo, los embarazos por violación, no quiere decir que moralmente sea correcto, puesto que todo ser humano tiene derecho a la vida, y de esta forma estamos violando el derecho del aún no nacido a que lo haga. Sin embargo, como consecuencia de este planteamiento surge uno nuevo que se opone al primero. Si se considera que una vez que hay vida humana, se tiene derecho a todo lo que ésta supone, es de entender, que es responsabilidad de la madre que sea así, al menos hasta el nacimiento, puesto que hasta entonces el feto es completamente dependiente de la madre para sobrevivir.

Ahora bien, ¿qué ocurre con el derecho de elección y la libertad de decisión de la madre?, ¿tiene la madre que renunciar a sus derechos para no atentar contra los derechos del aún no nacido?. Del intento de responder a estas preguntas surge una nueva cuestión, ¿en qué momento se considera que comienza la vida humana; desde la fertilización, fecundación del espermatozoide, o desde que el huevo fecundado se asienta en el útero de la madre, o a partir del nacimiento del bebé?

Desde la iglesia católica, se considera que desde la fecundación, el ser humano en formación ya tiene "alma", por lo que es completamente equiparable a un ser humano. Sin embargo, no todas las doctrinas son de igual pensamiento, ni incluso la ley recoge una definición exacta de este concepto. Por ello, se puede considerar que la base de esta problemática social nace a partir de este punto, que se encuentra pendiente de resolver y especificar; y es que, como se ha mencionado al principio, la ley del aborto está en continuo proceso de cambio, como está ocurriendo ahora mismo en este país, y que fluctúa en función de la corriente política y moral dominante en ese momento.

Desde que se recuperó la democracia, la ley del aborto es uno de los principales avisperos de la política española. Muchas y espectaculares han sido las vaivenes sufridos por este asunto. Ya en la década de los 80, se dividió la U.C.D por esta cuestión, que más adelante, en el año 1985, el PSOE la desarrolló con una enorme polémica. Seguidamente, José María Aznar como presidente del Partido Popular, no quiso modificar dicha reforma en ocho años, en los que se llegaron a practicar alrededor de 500.000 abortos.

Otra vez con el gobierno del PSOE, la reforma que hizo, fue una de las leyes que más problemas creó al ejecutivo de José Luis Rodríguez Zapatero, incluso con una manifestación masiva.

Sin embargo, ahora de nuevo, el Partido Popular ha reabierto el cajón de las confrontaciones y a dar una marcha atrás, que se le está complicando políticamente al ejecutivo.

Lo cierto es que, las presiones son muy fuertes y el político no tiene claro por cuál de las posibilidades que tiene encima de la mesa va a optar. El Ministro de Justicia, ha retrasado ya tres veces la aprobación de la norma, precisamente por su complejidad política, que no técnica. Pero las opciones ya están desarrolladas: la más dura, complicaría mucho el aborto

hasta colocar a España entre los países más restrictivos, y la más suave permitiría un juego de equilibrios casi imposible para el gobierno.

La última palabra la tiene Rajoy. El presidente, ocupa ahora la mayoría del tiempo en la economía y se prevé que la reforma de la ley del aborto no sea inminente. Sin embargo, el Ministro de Justicia dice que estará *“pronto”*. Por tanto, el presidente hará un cálculo político sobre el momento más conveniente, y esta ley saldrá adelante porque las opciones están ya muy perfiladas según fuentes del ejecutivo.

La oposición ha dejado muy claro que considera esta batalla, clave, y luchará por ella. Otros partidos políticos de arco parlamentario, como por ejemplo el PNV, un partido que respaldó la ley de aborto vigente, es partidario de que se mantenga, ya que alcanzó un gran consenso en su día.

Esta es la descripción de la actualidad política y legislativa, que se ve refrendada también por la situación de la opinión pública, donde encontramos unos porcentajes equilibrados de opinión opuesta. Por un lado están los sectores más progresistas que promulgan una cuestión de aborto mucho más libre, de acceso universal y público, mientras que por otro lado existe un importante sector de opinión más conservadora que plantea esta situación desde un punto de vista más restrictivo.

La sociedad deberá ir tomando posiciones consensuadas respecto a este asunto, siempre desde un punto de vista objetivo, respetando tanto los intereses de la madre como del aún no nacido dentro de un marco de acceso legal.

Desde luego que vale más prevenir que lamentar, de ahí la potenciación e implementación del uso de anticonceptivos, aunque sabemos que a veces también fallan por lo que también es válido aquello de remediar antes de lamentar graves consecuencias; y eso se logra gracias al aborto. Por eso insistimos en la importancia de un marco de acceso legal al aborto como una prestación de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Zabalza G, Schiro MV, CALÁ F. Aborto: cuestiones éticas y jurídicas que se plantean en la actualidad. *Cartapacio de Derecho: Revista Virtual de la Facultad de Derecho* 2010(18):5.
- (2) Diccionario de la lengua española; Real Academia Española. vigésima segunda edición; Available at: <http://lema.rae.es/drae/?val=aborto>, 2013.
- (3) Fescina R, De Mucio B, Martínez G, Diaz Rosello J, Gomez Ponce de León, R., Mainero L, et al. Sistema informático perinatal (SIP): historia clínica perinatal: formulario complementario para mujeres en situación de aborto: instrucciones de llenado y definición de términos. *Publicación Científica CLAP/SMR 1564* 2009 mayo 2009.
- (4) Ricciarelli Bovani E, Balasch Cortina J. ABORTO DE REPETICIÓN. 2009; Available at: <http://www.sego.es/content/microsites/30sego/inicio/entrada.html>. Accessed julio/12, 2013.
- (5) Cabero Roura L. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo. *Prog Obstet Ginecol* 2008 9/10/2008;52(1):67-8.
- (6) Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo; BOE (Boletín Oficial del Estado). 2010 3 de marzo de 2010;55:l.
- (7) Medina Pérez M, Morgade Rodríguez M. Revisión bibliográfica: REPERCUSIÓN SOCIAL DEL ABORTO. Available at: <http://ilustrados.com/documentos/eb-repercsocialaborto.pdf>. Accessed julio 2013, 2013.
- (8) Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernandez J, Diaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. 2008 10 de agosto del 2008;26(1):julio 2013.
- (9) Mayo Abad D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. *Rev Cubana Obstet Ginecol* 2002 mayo-ago.2002;28(2):0-0.
- (10) Da Costa Leiva M. El problema del aborto y el infanticidio en los filósofos griegos. *rev latinoam bioet* 2011 20 edición;11(1):julio 2013-90-101.
- (11) Pérez G. La salud reproductiva y sexual en España. *Gac Sanit* 2009;23(3):171-173.
- (12) Rosales Silva NP. LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES, ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA-UNIDAD IZTAPALAPA, ACERCA DEL ABORTO INDUCIDO. 2005 diciembre de 2005.
- (13) Chiva L, Rodríguez E, Alonso S, Jaureguizar E, Lavín CG, Roldan CP, et al. ¡Enhorabuena, mamá!- Guía de ayuda a la mujer embarazada. Available at: [http://d6.hazteoir.org/files/Enhorabuena%20mam%C3%A1%20v3.1%20\(1\).pdf](http://d6.hazteoir.org/files/Enhorabuena%20mam%C3%A1%20v3.1%20(1).pdf). Accessed julio 2013, 2013.
- (14) Berenice Llopis M. Abortos vs. métodos de prevención de natalidad. 2010; Available at: <http://suite101.net/article/abortos-vs-metodos-de-prevencion-de-natalidad-a9017>. Accessed julio 2013, 2013.
- (15) Izzedin Bouquet de Duran, Romina. Aborto espontáneo. *liber* 2012 enero 2012;18(1):53-57.

- (16) Menéndez Velázquez JF. El manejo del aborto espontáneo y de sus complicaciones. Gaceta Médica de México 2003;139(1):547-553.
- (17) González-Varas Ibáñez A. Aspectos ético-jurídicos de la regulación del aborto en España: estudio realizado a partir de la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado 2010(23):3.
- (18) Zapata Mendo P. Bases biológicas del desarrollo del embrión humano. Available at: <http://www.bibliomaster.com/pdf/3929.pdf>, 2013.
- (19) Padilla Girón DO, Achi Castillo del Pilar, Carmen. INCIDENCIA DEL ABORTO Y SUS COMPLICACIONES EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE DEL 2008. 2013; Available at: www.dspace.unach.edu.ec.
- (20) Becerro A. ABORTO SÉPTICO. Sesiones clínicas de Ginecología 2005 MIR :53.
- (21) Ruipérez Pacheco E. Tratamiento médico del aborto espontáneo del primer trimestre 2013.
- (22) J. Ramón Lacadena. LA LEY DEL ABORTO EN ESPAÑA: REFLEXIONES CIENTÍFICAS, ÉTICAS Y JURÍDICAS. Universidad Pontificia de Salamanca: Congreso Internacional "Bioética en Europa y Derechos de la Persona"; 2009.
- (23) Lete I, Martínez-Etayo M. La salud reproductiva: datos y reflexiones. Gac Sanit 2004;18:170-174.
- (24) Germán-Zurriarán R. Comentarios al proyecto de ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. 2009; Available at: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica/article/view/1576/2042>. Accessed 2, 13.
- (25) Luzón DM. Código penal. 2008.
- (26) Bermúdez Merizalde C. Doctrina de la iglesia y despenalización del aborto: algunas reflexiones. Persona y Bioética 2005;9(25):101-110.
- (27) Vaggione JM. El aborto: las nuevas fronteras. Revista Conciencias Latinoamericana 2009:1-9.
- (28) González Sanchez M. EL COMIENZO Y EL FINAL DE LA VIDA: FUNDAMENTOS RELIGIOSOS PARA LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA. Libertad de conciencia y derecho sanitario en España y Latinoamérica 2009:1-28.
- (29) García Contreras R. MORALIDAD DEL ABORTO. 2011:8.
- (30) Torres León J. La transformación de la ética médica. Sanidad Militar 2011;67(2):131-134.
- (31) Valenzuela Y C. Aborto terapéutico y ética científica. Revista chilena de obstetricia y ginecología ;76(5):285-289.
- (32) Fernández García D. PROTECCIÓN JURÍDICA DEL EMBRIÓN HUMANO. Revista Etbio 2011;1(1).

(33) Cebriá García MD. La objeción de conciencia al aborto: Su encaje constitucional. Anuario de la Facultad de Derecho 2003(21):99-121.

(34) JACOB MS. Objeción de conciencia y su repercusión en la sanidad. Bol Pediatr 2007;47:25-30.

(35) Sánchez FA, Vinagre JMA, García RG, Risco DL, Martín I, Sánchez-Caro J. Libertad de conciencia y salud: guía de casos prácticos. dialnet 2008.

(36) Busquets Alibés E, Busquets Surribas M, Cuxart Ainaud N, Gasull Vilella M, Lizarralde Banti J, París Gimenez J. Consideraciones éticas en torno a la interrupción de la gestación. Comisión Deontológica - Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona 2009 mayo 2009.

(37) García Ruiz EM. Aborto: un dilema para el siglo XXI. 2000.

(38) Iglesias SD, Torre ÁL. Educación para la Salud (EpS) sobre autocuidados en una sexualidad responsable y saludable. FUNDACIÓN de la ENFERMERÍA de CANTABRIA 2012;2(8):46.

(39) Jurado AR, Tijeras MJ. Planificación-anticoncepción. Infecciones de transmisión sexual. ;8(1).