



Artículo 3/2017, mayo-junio (n.º 170)

## La situación actual del aborto en España. Valoración provisional de la eficacia de la ley orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

**Palmira Expósito Camacho**

**Resumen:** El objetivo de este trabajo es valorar la eficacia de la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Se trata de determinar, fundamentalmente, si la nueva ley ha producido una mejora de los derechos de las mujeres que se enfrentan a una posible interrupción del embarazo y, en caso afirmativo, si este reconocimiento de derechos ha perjudicado de algún modo la tutela de la vida prenatal, atendiendo, en especial, a la evolución del número de interrupciones del embarazo registradas en España.

**Palabras clave:** Aborto, interrupción voluntaria del embarazo, mujeres, menores de edad.

**Title:** *The current situation of abortion in Spain. An evaluation of the efficacy of the Organic Law 2/2010, of reproductive and sexual health, and the voluntary termination of pregnancy.*

**Abstract:** *The objective of this project is to evaluate the efficacy of the Organic Law 2/2010, 3 of March, of reproductive and sexual health, and the voluntary termination of pregnancy. It is to determine, in essence, whether the new law has been an improvement of the rights of women who face a possible termination of pregnancy and, if so, if this recognition of rights has harmed in any way the protection of unborn life, attending, in particular, changes in the number of abortions registered in Spain.*

**Key words:** *abortion, voluntary termination of pregnancy, women, minors.*

**Recepción del original:** 2 de abril 2017

**Fecha de aceptación:** 5 de mayo 2017

**Sumario:** 1. Introducción. 1.1 Objetivos e hipótesis de partida. 1.2 Marco teórico. 1.3 Metodología. 2. Resultados. 2.1 Perfil de las mujeres que se someten a la interrupción voluntaria del embarazo. 2.2 Perfil de las interrupciones voluntarias del embarazo en España. 2.3 Menores de edad e interrupciones voluntarias del embarazo. 2.4 Entrevistas a profesionales relacionados con la materia. 3. Recapitulación de resultados. 4. Conclusiones. 5. Bibliografía. 6. Anexos

### 1. Introducción

#### 1.1. Objetivos e hipótesis de partida

Este trabajo tiene como objetivo general la valoración de la eficacia de la LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante, LSSR), en lo relativo a los abortos que se llevan a cabo en España. Para ello, se plantean el siguiente objetivo específico: comprobar la evolución de las interrupciones voluntarias del embarazo (en adelante, IVE) a partir de la entrada en vigor de dicha ley, con el fin de determinar si se ha producido un aumento o un descenso del número de casos, y con ello, una mejora de la vida prenatal.

Como punto de partida, se plantea la hipótesis de que la LSSR ha mejorado el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y no ha perjudicado la protección de la vida prenatal; al contrario, puede haber mejorado este extremo al producirse una reducción del número de interrupciones de embarazo.

#### 1.2 Marco teórico

La vinculación orgánica existente entre el feto y la embarazada por la especial relación de dependencia existente del primero hacia la segunda, condiciona la protección jurídico penal de la vida humana dependiente, pero hay veces que el embarazo afecta a otros bienes jurídicos también dignos de protección como son la vida, salud, libertad o dignidad de la embarazada, de tal manera que se genera un conflicto de intereses que se resolvería según el principio general del interés preponderante, existiendo posturas que se decantan por defender al feto y otras que lo hacen en favor de la embarazada.<sup>1</sup> Anteriormente se partía de la idea de que el feto y los derechos de la gestante son dos bienes jurídicos independientes, pero desde hace algún tiempo se tiene en cuenta que más allá de la existencia de dos intereses en juego, hay que considerar que la decisión de interrupción del embarazo en sí misma ya supone un conflicto para la mujer, por lo que hablar de dos intereses contrapuestos no tiene sentido. En esta línea se sostiene que la vida prenatal es un hecho inseparable de la mujer, por lo que no se trata de dos bienes jurídicos aislados, sino que van unidos. Estas diferencias sobre el modo de observar el problema del aborto ha dado lugar a

dos grandes modos de enfocar el tema desde el punto de vista del Derecho penal: bien como un conflicto aséptico de intereses enfrentados (la vida prenatal por un lado y una serie de bienes jurídicos de la mujer por el otro: vida, salud, etc.) o bien como una situación de conflicto para la mujer en la que se ve implicado el embrión.

Desde mi punto de vista, hablar de la vida prenatal y de la embarazada como dos entes independientes no tiene cabida por la dependencia absoluta que surge en el embrión hacia la mujer durante los primeros meses de gestación, que hace englobarlos en una única existencia. El embrión sería por tanto una parte más del cuerpo de la mujer. En esta línea, el reciente proceso de reforma en España, «presenta la novedad de dirigir la mirada de forma preferente hacia los derechos de la embarazada»<sup>2</sup>, algo muy importante que aparece por primera vez en España en consonancia con la normativa internacional existente en materia de aborto, que evita la vulneración de los derechos de las mujeres al otorgarles la capacidad de decidir si seguir con su embarazo, poniendo así de manifiesto que embrión y embarazada no encarnan dos bienes jurídicos contrapuestos.

Resulta interesante, hablando de los derechos de las mujeres, exponer las tres conclusiones de gran importancia que Lorenzo Copello<sup>3</sup> propone para realizar políticas adaptadas con relación a la interrupción del embarazo, siguiendo la vertiente de que no son bienes jurídicos contrapuestos.

En primera lugar sostiene la autora que «no siempre embarazo y maternidad van unidos». El hecho de que una mujer se haya quedado embarazada no quiere decir que desee ser madre, su derecho a la elección de si continua con el embarazo es una decisión que solo ella debería de tomar. En segundo término, afirma que «debería de existir una relación entre el derecho a la sexualidad de las mujeres y la regulación del aborto». De este modo, y en relación con la idea de que las mujeres pueden quedar embarazadas pero no querer ser madres, debería tenerse en cuenta que el derecho a ejercer la propia sexualidad está vinculado a cierta capacidad de decisión sobre el embarazo. Por último, piensa Lorenzo que «en países como el nuestro, la reducción del número de abortos está directamente vinculada al desarrollo de políticas públicas adecuadas en materia de contracepción». Es importante el desarrollo de políticas adecuadas en contracepción pues si el objetivo es disminuir el número de abortos, realizar este tipo de intervención a semejanza del resto de países vecinos y en la línea que aconseja la normativa internacional, ayudaría a mejorar en los derechos de las mujeres.

En este contexto es interesante señalar también la opinión del ya mencionado Relator Especial de Naciones Unidas Anand Grover, quien exhorta a los Estados a derogar leyes penales restrictivas relacionadas con la anti-concepción y la educación integral sobre la sexualidad

para contribuir de esta manera a disminuir el número de embarazos no deseados<sup>4</sup>. En suma, cumpliendo el objetivo de la LSSR de evitar los embarazos no deseados a través de estrategias apropiadas en contracepción, se estaría mejorando de manera considerable también la tutela de la vida prenatal.

Por otra parte, es importante resaltar que el derecho de la mujer a decidir en qué momento tendrá lugar su fecundación, se refleja ya en las diferentes legislaciones de países europeos que contemplan esta elección de la mujer, siendo un ejemplo Holanda y Reino Unido, así como en la normativa europea e internacional. Son varios los programas de acción o plataformas de Naciones Unidas y Resoluciones del Parlamento Europeo que hablan de ese mismo derecho.

### 1.3. Metodología

En este estudio de carácter empírico se ha utilizado metodología tanto cuantitativa como cualitativa. Las fuentes utilizadas para la obtención de datos en la vertiente cuantitativa del estudio son el *Ministerio de Sanidad* y la *Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (en adelante ACAI). De la mano de estos datos se analiza la evolución de la IVE en los últimos años, el perfil de las mujeres que se someten a ella, las características de las que se practican en España y las particularidades de los abortos en mujeres menores de edad. Con respecto al estudio cualitativo, se realizaron entrevistas semi-estructuradas en profundidad a profesionales de la salud relacionados con la materia para la búsqueda de datos que no es posible encontrar en fuentes primarias o secundarias y que pueden ayudar a saber si realmente se están cumpliendo los objetivos de la LSSR y si esta está siendo eficaz. Estas entrevistas son una muestra indicativa pues no se cuenta con un número lo suficientemente grande de casos como para construir una muestra representativa. Sin embargo, sí es bastante para obtener indicios del modo en que está funcionando en la práctica la LSSR desde la experiencia de algunos profesionales directamente involucrados en la salud reproductiva. La selección de los profesionales para realizar las entrevistas se ha llevado a cabo del siguiente modo:

- Entrevistas a profesionales de clínicas acreditadas para la IVE: se han realizado tres entrevistas en tres provincias distintas de Andalucía para tener una mayor visión sobre las cuestiones en las que se quiere profundizar.
- Entrevistas a enfermeros de Centros de Salud: se ha elegido a tres enfermeros de tres centros de salud de diferentes localidades de Málaga para tener una muestra lo más representativa posible sobre la información que posteriormente se someterá a estudio.
- Entrevista a la vicepresidenta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) de Andalucía: esta entrevista

se ha realizado de forma complementaria para poder obtener información que no se puede extraer de los datos publicados sobre métodos anticonceptivos.

## 2. Resultados

Este estudio pretende conocer la realidad existente sobre la materia y responder a algunas de las preguntas básicas que nos hemos planteado, en particular, hasta qué punto la LSSR está resultando eficaz para contener el número total de abortos y, al mismo tiempo, para satisfacer los estándares de respeto de los derechos reproductivos de las mujeres que se reconocen en el ámbito internacional.

Para ello se van a analizar, por una parte, los datos cuantitativos existentes sobre abortos practicados, para así poder elaborar un perfil que nos indique cómo son los abortos en España y quiénes son las mujeres que se someten a ellos. Por otra parte, se va a estudiar la situación de las menores y la IVE, para valorar si ha habido un incremento en el número de abortos practicados en este ámbito desde la implantación de la LSSR en España. Por último, se reflejan los resultados de las entrevistas realizadas a profesionales relacionados con la materia con el fin de poder obtener opiniones de personas que están implicados de alguna forma en esta cuestión, ya sea porque trabajen practicando interrupciones voluntarias del embarazo o porque impartan cursos de salud sexual y reproductiva. Con ello se pretende obtener datos que no se pueden encontrar en estadísticas oficiales publicadas, para tener una visión más objetiva de la materia.

### 2.1 Perfil de las mujeres que se someten a la interrupción voluntaria del embarazo

Para la realización del perfil de las mujeres que se someten a IVE en España se han recopilado datos procedentes del Ministerio de Sanidad desde el año 2005 hasta el año 2014. De este modo, además de poder crear un perfil, se podrá valorar si existe una variación del número de abortos en España y si la LSSR ha podido influir en esa posible alteración.

En la tabla 1 se observa, según el año, los centros que han notificado IVE, el número total de IVE practicadas y la tasa por cada 1000 mujeres entre 15 y 44 años que se han sometido a esta intervención, siendo estos datos el total nacional.

Como se puede apreciar en la tabla, cada año ha ido aumentando el número de clínicas en las que se han notificado las IVE, pero es sobre todo a partir del año 2010, donde se observa una subida mucho más elevada que coincide con la implantación de la LSSR.

Con referencia al número de IVE, empiezan a ascender hasta su máximo repunte en el año 2011, y es a partir de 2012 cuando vuelven a bajar con valores en el año 2014 cercanos a los de 2005, con la consecuente variación de la tasa de mujeres en relación a los abortos.

Tabla n.º 1. Datos sobre IVE (2005-2014)

Año	Centros notificadores de IVE	Total IVE	Tasa por 1000 mujeres
2005	134	91.694	9'60
2006	135	101.592	10'62
2007	137	112.138	11'49
2008	137	115.812	11'78
2009	141	111.482	11'41
2010	146	113.031	11'49
2011	173	118.611	12'47
2012	189	113.419	12,12
2013	198	108.690	11'74
2014	191	94.796	10'46

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Una de las razones de este aumento del número de abortos en 2010 y 2011 puede deberse a la mayor cifra de centros que han notificado IVE, pues la gran subida de número de centros notificadores coincide con la mayor cifra en alza de las interrupciones. Aun así, el número de abortos ha ido bajando hasta casi valores de 2005 en 2014, así que tal vez había una cifra negra de IVE por centros que no las notificaban y que, tras la implantación de la LSSR, que ha regulado mejor el funcionamiento de las clínicas acreditadas para la práctica de abortos, las han empezado a notificar en mayor medida. Así se estaría apreciando un número de abortos más aproximado a la realidad, y al comenzar a dar efectos esta ley, habría comenzado a descender de forma considerable.

En referencia a los años en que la LSSR está ya implantada, entre los años 2010 y 2014, una media de 11,6 mujeres de cada mil se han sometido a IVE.

En la tabla 2 se refleja la tasa de mujeres según la edad en la que interrumpen su embarazo sobre el total nacional.

Tabla n.º 2. Edad de las mujeres que se someten a IVE (2005-2014)

Año	19 años y menos	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40 y más años
2005	11'48	16'83	12'60	9'07	6'48	2'87
2006	12'53	18'75	14'44	10'12	7'34	3'05
2007	13'79	20'65	15'57	11'07	7'67	3'25
2008	13'48	21'05	16'49	11'63	7'97	3'30
2009	12'74	20'08	16'02	11'63	8'05	3'36
2010	12'71	19'82	16'34	12'09	9'27	3'50
2011	13'68	21'37	17'75	13'40	9'26	3'87
2012	13'02	20'55	17'58	13'40	9'00	3'90
2013	12'23	19'43	16'84	13'42	9'22	3'92
2014	9'92	16'56	15'34	12'33	8'65	3'83

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Tabla n.º 3. Nacionalidad de las mujeres que se someten a IVE (2009-2014)

	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014
Total IVE residentes	109.351	110.966	116.650	111.378	106.756	93.279
EUROPA	58,35	70,42	71,02	71,94	72,37	73,84
España	47,99	60,46	60,86	62,37	63,08	64,35
Resto Unión Europea	9,08	8,73	8,97	8,41	8,20	8,35
Resto de Europa	1,28	1,23	1,19	1,16	1,10	1,14
ÁFRICA	5,50	5,30	5,28	5,11	5,02	5,03
África del Norte	3,59	3,35	3,36	3,27	3,29	3,49
África Subsahariana	1,91	1,95	1,92	1,84	1,73	1,54
Resto de África	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AMÉRICA	23,85	22,36	21,43	20,63	19,96	18,27
América del Norte	0,16	0,15	0,17	0,16	0,19	0,19
América Central y Caribe	2,66	2,76	3,17	3,39	3,47	3,51
América del Sur	21,02	19,45	18,09	17,08	16,30	14,57
Resto de América	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ASIA	1,69	1,89	2,23	2,29	2,54	2,82
OCEANÍA	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
NO CONSTA	10,60	0,02	0,04	0,03	0,10	0,02

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Según los datos de la tabla, la edad en que las mujeres más interrumpen su embarazo es entre los 20 y los 24 años, seguida por la franja de edad de 25 a 29 años, y posteriormente la de 30 a 34 años. La edad en la que menos se interrumpen los embarazos es la de 40 años y más.

Como en la tabla anterior, se puede ver una subida del número de interrupciones de embarazos, siendo a partir del año 2011 cuando vuelven a bajar, acercándose a cifras de 2005. En la franja de edad de 19 años y menos se observa una cifra menor en 2014 que en 2005, con una variación de 1,56 mujeres menos de cada 1000 que se someten a IVE a esa edad, siendo esto algo muy favorable.

A pesar de las variaciones que se pueden observar, se puede decir que generalmente ha habido una disminución del número de IVE de 2010 con respecto a 2014 en todas las edades, que es el tiempo en el que la ley está vigente.

En la tabla 3 se representa la distribución porcentual del número de IVE realizadas según la nacionalidad en mujeres residentes, utilizando el total nacional.

A diferencia de las tablas anteriores, aquí solo hay datos disponibles desde 2009, y en relación a estos años se puede decir que el número de IVE según la nacionalidad en mujeres residentes ha disminuido en 16.072 menos mujeres si se compara 2014 con 2009. Se puede apreciar el aumento de abortos en las mujeres europeas entre 2009 y 2010, que pasa de un 58,35% a un 70,42%, y la explicación puede encontrarse en que en 2009 había un porcentaje mayor de mujeres de las que no constaba la nacionalidad, 10,60%, y que al año siguiente pasa en casi su totalidad a las europeas, bajando la no constancia de la nacionalidad a 0,02%.

Las mujeres europeas son las que más abortan en España con una media de 71,9% desde que la LSSR está implantada con los datos disponibles hasta la fecha (de 2010 a 2014), lo que es obvio dado que en este porcentaje se incluye a las nacionales. En orden de importancia le siguen las americanas, con una media de 20,53%, después las africanas, con 5,14% de media y las asiáticas con 2,35% de media.

Aunque el número de abortos total ha descendido desde 2010, las españolas han abortado un 3,9% más en el año 2014 respecto a 2010 y las americanas un 4% menos, siendo sobre todo las procedentes de América del Sur las que más abortan en España respecto al resto de las americanas. Probablemente la reducción del número de abortos de mujeres americanas tenga que ver con la desaceleración de la inmigración en los últimos años.

### 2.2 Perfil de las interrupciones voluntarias del embarazo en España

Del mismo modo que se han consultado los datos del Ministerio de Sanidad para establecer el perfil de las mujeres que se someten a IVE en España, para crear el perfil de IVE se han extraído datos de la misma fuente.

Aunque la realización de las IVE se hace en mucha mayor proporción en centros privados, al observar la tabla 4 se puede decir que en general, desde 2005 a 2011, había una mínima fluctuación de las cifras de centros públicos. A partir de 2012, sin embargo, ha habido un aumento considerable de registros de IVE en centros públicos con el consiguiente descenso del número en centros privados.



Tabla n.º 4. Distribución de IVE practicadas en centros públicos y privados

Año	Centro Público (%)	Centro Privado (%)
2005	2,91	97,09
2006	2,51	97,49
2007	2,08	97,92
2008	1,91	98,09
2009	2,03	97,97
2010	1,84	98,16
2011	2,89	96,60
2012	7,34	92,67
2013	8,96	91,04
2014	10,09	89,91

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Es un dato curioso ya que en España la mayoría de los ciudadanos utilizan la sanidad pública en mayor medida que la privada, con lo que cabe hacerse la pregunta de por qué con las IVE ocurre justamente lo contrario. Esto ha podido ocurrir porque antes de la LSSR, la IVE no estaba dentro de la cartera de servicios de la sanidad pública, y tras la implantación de esta ley, que ya la incluye, se está produciendo un cambio paulatino en la utilización del servicio. Esto es algo muy positivo porque ya no debería de haber mujeres que tengan que costearse el servicio al ser ahora la prestación pública accesible a todas. Aunque el número de centros privados que realizan IVE es todavía elevado, ello puede deberse a que hay muchos centros acreditados privados a los que son derivadas las mujeres desde la sanidad pública, costeándose desde ahí los gastos que el servicio produce sin que la mujer tenga que abonar nada.

Lo que no se especifica en los datos de los que disponemos es qué número de las intervenciones realizadas en centros privados se han hecho por derivación de la sanidad pública y cuáles son pagadas por las pacientes por cuenta propia.

Tabla n.º 5. Semana de gestación en la que se practica la IVE (2005-2014)

Año	8 semanas o menos (%)	9-12 semanas (%)	13-16 semanas (%)	17-20 semanas (%)	21 semanas o más (%)	No consta (%)
2005	62,09	25,84	5,98	4,05	1,98	0,07
2006	62,23	25,71	6,14	3,87	1,97	0,08
2007	62,84	25,31	6,2	3,69	1,93	0,04
2008	62,9	25,8	6,11	3,49	1,67	0,02
2009	63,17	25,31	6,3	3,56	1,64	0,02
2010	63,52	24,92	6,68	3,27	1,54	0,07
2011	65,56	24,22	6,14	2,73	1,35	0
2012	68,1	22,15	5,87	2,61	1,27	0
2013	68,51	21,62	5,92	2,63	1,33	0
2014	70,18	19,2	6,25	2,87	1,5	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Como se puede observar en la tabla 5, se ha producido un aumento constante de las IVE en el período de ocho semanas o menos de gestación, con la consecuente reducción de los riesgos para la embarazada a la hora de practicar el aborto, pues mientras más avanzado esté el embarazo el aborto tendrá más riesgos.

Es importante destacar, que a partir de 2011 no existe IVE alguna en la que no conste el tiempo de gestación. Es un dato muy positivo pues es importante conocer en qué momento se realiza el aborto, mostrándose así también la mayor transparencia al realizar las intervenciones.

En la tabla 6 se puede ver el número de abortos según el motivo de la IVE, en relación con el sistema de plazos e indicaciones legales.

Tabla n.º 6. Motivos de la práctica de la IVE (2011-2014)

Año	A petición de la embarazada (%)	Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada (%)	Riesgo de graves anomalías en el feto (%)	Anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave e incurable (%)	Varios motivos (%)
2014	88,90	7,15	3,61	0,32	0,01
2013	89,93	6,94	2,84	0,28	0,01
2012	91,34	5,62	2,76	0,27	0,01
2011	89,60	7,28	2,73	0,30	0,09

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

Como puede observarse en la tabla 6, el número de años a estudio es menor que en los casos anteriores y ni siquiera se tienen datos del año 2010 que es el de la implantación de la LSSR. En general, hay una fluctuación mínima de las cifras en todos los supuestos, pero que no tienen mayor importancia, pues es algo ínfimo. El motivo por el que más IVE hay es a petición de la embarazada, ocupando un porcentaje de 89,9% de media, y el que menos es por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave o incurable del feto, que tiene un porcentaje de un 0,29% de media. Esto hace ver que casi no se realizan abortos pasadas las 14 semanas de gestación y el porcentaje de abortos en estados avanzados de gestación no son nada frecuentes.

Tabla n.º 7. Número de IVE en 2014 según la edad y el total nacional

	Total	<15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	>44
Total IVE	94.796	440	9.890	19.066	20.635	20.579	16.909	6.727	550

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad

La tabla 7 no es comparable con las anteriores pues solo se facilitan datos del año 2014, pero es muy interesante pues los grupos de edades se muestran en franjas de pocos años, dando una visión más exacta de la edad de las mujeres que se someten a IVE. El número de abortos es inferior entre las mujeres menores de 15 años y le sigue la

de mayores de 44 años, siendo el número más elevado de IVE a la edad entre 25 y 29 años y de 30 a 34 que, aunque es ligeramente menor que la anterior, es prácticamente idéntica. La cifra de IVE entre adolescentes<sup>1</sup> es bastante inferior en comparación con las más altas que son a edades mayores, aunque no se tienen datos de otros años para poder comparar si esas cifras han variado y con ello hacer un mejor análisis de la información. En cualquier caso, es positivo ver que no son las mujeres más jóvenes las que más se someten a un aborto.

### 2.3 Menores de edad e interrupciones voluntarias del embarazo

La entrada en vigor de la Ley de salud sexual y reproductiva en 2010 permitió que las menores de edad mayores de 16 años, pudieran decidir libremente someterse a una interrupción voluntaria del embarazo sin que sus padres les acompañaran ni autorizaran, si bien al menos uno de los progenitores debía ser informado, salvo en caso de conflicto familiar grave. Así lo establecía el artículo 13.4 de la citada ley, en concordancia con la Ley 41/2002 de *Autonomía del Paciente* que permite prestar el consentimiento sin representación de padres o tutores legales para realizar pruebas y cirugías que no sean graves. Esta posibilidad, sin embargo, fue modificada por la LO 11/2015, que exige el consentimiento de ambos progenitores para que la menor pueda someterse a una interrupción voluntaria del embarazo.

A continuación se pasará a analizar si mientras estuvo en vigor este artículo de la LSSR en su redacción original, aumentó el número de abortos entre adolescentes comprendidas en esas edades, y si en la práctica estas menores realmente iban solas a abortar o, por el contrario, lo hacían acompañadas en la mayoría de los casos.

Para ello, se va a utilizar un estudio retrospectivo de noviembre de 2014 realizado por la Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo<sup>2</sup>, con datos de interrupciones voluntarias del embarazo ejecutadas en sus centros asociados. El estudio comprende el periodo desde enero de 2014 a septiembre del mismo año, estando registrados un total de 25.394 abortos, de los cuales 913 serían de menores con edades comprendidas en el objeto de estudio, siendo solo 113 de los 913 casos de IVE de esta franja de edad, los que se realizan sin compañía de padres o tutores, como se puede apreciar en la tabla 8.

En la tabla se puede observar que el 0,44% de todas las mujeres que se sometieron a una IVE durante el tiempo de estudio, no lo pusieron en conocimiento de sus padres o tutores, y que solo el 12,38% del total de las mujeres de 16 y 17 años abortaron sin que estos lo supieran. Por lo tanto, no parece ser una cifra alarmante como querían hacer ver los opositores de la ley, que decían que con este supuesto se dispararía el número de menores de esta edad que se someterían a una IVE sin el conocimiento de sus padres o tutores.

Tabla n.º 8. IVE practicadas a menores de edad mayores de 16 años (año 2014)

RESULTADOS	NÚMERO	%
Total IVE realizadas	25.394	100
Mujeres de 16 y 17 años	913	3,60
Mujeres de 16 y 17 años sin conocimiento de sus padres/tutores (respecto del total de mujeres)	113	0,44
Mujeres de 16 y 17 años sin conocimiento de sus padre/tutores (respecto del grupo de 16 y 17 años)	113	12,38

Fuente: elaboración propia partir de datos de ACAI

De una comparativa con un estudio anterior, también de la ACAI<sup>3</sup> (ver tabla 9), realizada con los datos procedentes de los años 2010 y 2011, se observa que el número de mujeres de 16 y 17 años que acceden a la IVE del total de mujeres, solo ha subido un poco al comparar un estudio con otro, con lo que el número de abortos de este grupo de edad se mantiene prácticamente estable. Respecto al número de mujeres que no informan a sus tutores del total de 16 y 17 años, la cifra ha disminuido ligeramente, lo que es un dato bueno pues aunque la variación ha sido mínima y aun habiendo un pequeño aumento de mujeres de esta edad que abortan, incluso ha descendido el número de quienes no informan a sus tutores.

Tabla n.º 9. IVE a menores de edad mayores de 16 años (años 2010-2011 y 2014)

COMPARATIVA DE ESTUDIOS	ESTUDIO ANTERIOR 2010-2011 (%)	ESTUDIO ACTUAL 2014 (%)
Porcentaje de mujeres de 16 y 17 años que acceden a la IVE respecto del total	3,23	3,60
Porcentaje de mujeres de 16 y 17 años que acceden a la IVE sin el conocimiento de sus padres/tutores, respecto del número de menores de 16 y 17 años	12,73	12,38

Fuente: elaboración propia partir de datos de ACAI

Algunos de los motivos por los que estas mujeres no informan a sus tutores según ACAI<sup>4</sup> son los siguientes:

- Desamparo familiar
- Familias desestructuradas
- Progenitores en prisión
- Padres contrarios abiertamente al aborto provocado
- Riesgo de sufrir malos tratos

Se puede considerar que ni el número de menores que se someten a IVE de esta edad ni la cifra de las que lo hacen y no informan a sus padres se ha disparado en el tiempo en que estuvo en vigor el artículo de la LSSR que les otorgaba el derecho de consentir por sí mismas, con lo cual parece desacertado el haberlo derogado, pues deja en un estado de indefensión al pequeño grupo de chicas que realmente necesitan de esta facilidad y que se encuentran

en situaciones desafortunadas ya de partida y que se pueden agravar si informan de que están embarazadas.

Con respecto al número de abortos de menores de 16 años, solo hay datos publicados del Ministerio de Sanidad, pero estas IVE no se pueden estudiar específicamente, pues están dentro de la variable de número de abortos de mujeres de 19 años y menos, que podemos ver en la tabla 2 de este trabajo, y que, en cualquier caso, ha disminuido desde 2005. En la tabla 7, en cambio, sí aparece como un grupo específico el de mujeres menores de 15 años, y en ella se puede observar que es una cifra mínima en comparación con el resto. Aunque no se pueda hacer un análisis de la evolución del número de IVE de menores de 15 años, pues aún no hay datos suficientes disponibles, los datos con los que contamos muestran que está descendiendo el número de IVE en la franja de edad inferior a los 19 años, lo cual es una buena noticia.

#### 2.4 Entrevistas a profesionales relacionados con la materia

En esta parte del estudio empírico se han realizado entrevistas cualitativas semi-estructuradas en profundidad a profesionales relacionados con la materia, para así obtener más información en el estudio sobre la eficacia de la LSSR y si realmente se están cumpliendo los objetivos propuestos por esta ley. De este modo se podrán obtener unos resultados más cercanos a la realidad, con información que no se puede extraer solo de los datos disponibles en estadísticas o estudios publicados, además de que «la entrevista representa un procedimiento cómodo y barato para obtener datos objetivos».<sup>5</sup>

Con tal propósito, se han diseñado distintos tipos de entrevistas para recabar diferente información. Las entrevistas se dividen en tres bloques y se encuentran disponibles en los anexos de este artículo.

*Entrevistas del primer bloque.* Se realizaron tres entrevistas a tres enfermeros de diferentes Centros de Salud de Málaga que llevan el programa de Educación para la salud (EpS)<sup>6</sup> en institutos, donde se incluye el tema de educación sexual a través de charlas. Estas entrevistas están enfocadas a verificar si realmente se está llevando a cabo uno de los objetivos de la LSSR, consistente en dar una información más rigurosa sobre salud sexual y reproductiva para disminuir embarazos no deseados y tener sexo seguro evitando infecciones de transmisión sexual (en adelante, ITS). Los resultados extraídos de las entrevistas son los siguientes:

Respecto a si existen charlas de educación sexual y reproductiva, siendo este un objetivo de la LSSR, dicen que sí las hay en Andalucía, a través del convenio existente entre el Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Educación con el programa «Forma Joven», donde además se dan también otros talleres relacionados con la salud, siendo la frecuencia de estas charlas de una vez por sema-

na. Aunque existe ese acuerdo, las charlas se dan solo si los institutos las solicitan, que son la mayoría. Normalmente se da al menos una por año, si bien al ser a demanda del instituto, este actúa en función a las necesidades que ven en sus alumnos, con lo que no hay uniformidad en cuanto a la frecuencia ni las edades de quienes las reciben. Lo que sí aseguran los entrevistados es que la mayoría de los alumnos entre 12 y 18 años recibirán alguna vez durante el paso por el instituto este tipo de charlas. En Benalmádena, además, los alumnos reciben charlas impartidas por asociaciones y, por tanto, estos chicos tendrán más información sobre el tema que les puede servir de recordatorio. Aparte de las charlas, estos profesionales realizan asesorías una vez a la semana, normalmente después de impartir la charla de la materia que toque. Estas asesorías son individualizadas, de manera que los chicos puedan plantear las dudas concretas que tengan, sin tener que hacer sus preguntas en un taller delante de todos los compañeros, algo que puede darles vergüenza e inhibirles. Por ello, resulta un buen método y bastante positivo, sobre todo en el tema de salud sexual y reproductiva que puede resultar tabú para algunos adolescentes.

No parece que se haya producido un incremento de estas charlas debido a la implantación de la ley, sino que responden al convenio antes mencionado. Ninguno de los enfermeros encargados del programa tiene conocimiento de que este acuerdo esté vinculado a la LSSR.

En cuanto al contenido de las charlas, su objetivo fundamental es que los adolescentes tengan sexo seguro, fomentando el uso del preservativo para evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

*Entrevistas del segundo bloque.* Son las realizadas a tres profesionales sanitarios que trabajan en clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo. Están encaminadas a la obtención de información sobre métodos abortivos que se utilizan en sus clínicas, menores que abortan, la accesibilidad de las mujeres a la prestación y las características de las que acuden a estos centros, en particular si van acompañadas o lo hacen solas. Los datos más relevantes de las entrevistas son los siguientes:

Nos informan que en nuestro país existen dos métodos para interrumpir el embarazo, el quirúrgico y el farmacológico, siendo este último posible solo en las primeras semanas de gestación. Al parecer, el que las mujeres prefieren es el quirúrgico porque se sienten más seguras del resultado.

Con respecto a las menores no acompañadas durante la vigencia del artículo 13.4 de la LSSR, las tres profesionales han manifestado que su número era ínfimo y que cuando alguna lo hacía existían razones fundadas para no ir con sus padres o tutores. La profesional 2 hace énfasis en el error de haber derogado ese artículo pues deja desprotegidas a estas menores ante la ley, y la profesional 3 dijo

que la gran mayoría quieren ir acompañadas, que sería la excepción el no hacerlo y siempre por motivos de peso.

En cuanto a la facilidad de acceder a la prestación, dicen que es más fácil hacerlo ahora, aunque hay médicos objetores que dificultan el acceso, no guiando tampoco a las mujeres para que sepan qué deben hacer. Una de las entrevistadas comenta que el 90% de las mujeres llegan a través de la derivación desde el centro de salud. Todas están de acuerdo en que las mujeres suelen ir acompañadas a someterse a la intervención y que suelen hacerlo con sus parejas en el caso de las adultas.

*Entrevista del tercer bloque.* En este caso se trata de una única entrevista realizada a la vicepresidenta en Andalucía de la Sociedad Española de Contracepción, con el fin de obtener información sobre este tema en España en la actualidad. Los resultados que se han extraído de esta entrevista son:

Existen datos que muestran que la edad de inicio a la hora de utilizar anticonceptivos ha disminuido, y que el método más utilizado es el preservativo. Con la implantación de la LSSR y el objetivo de disminuir embarazos no deseados, comenzaron a financiarse mejores anticonceptivos, es decir, más saludables, pero se disparó el gasto y al año y medio aproximadamente dejaron de financiarlos. Respecto a los que aún cuentan con financiación, en una misma provincia se pueden encontrar diferencias de un hospital a otro, al dispensarse en algunos y en otros no. En cambio, gracias al programa de «Forma Joven» impartido por los enfermeros en colaboración con la Consejería de educación, existen charlas para los alumnos de institutos sobre sexo seguro, aunque la asignatura en institutos de «Educación para la ciudadanía», que entre otros temas tocaba el de sexualidad, fue eliminada por el Gobierno del PP hace poco, con lo que disminuye esta información a los alumnos.

Para finalizar, la entrevistada dijo que, desde su punto de vista, la LSSR no ha sido la causante de la reducción del número de abortos, sino que más bien puede hablarse de un cúmulo de causas, como el mejor acceso a la píldora anticonceptiva desde el año 2009, pues ya no es necesaria receta médica para comprarla. Según la entrevistada, otro factor que ha influido en ese descenso es la disminución de la tasa de inmigrantes, ya que los años de mayor repunte de abortos coinciden con el momento en que mayor flujo de inmigrantes había, llegando mujeres sin conocimiento de métodos anticonceptivos que finalmente terminaban interrumpiendo su embarazo.

### 3. Recapitulación de resultados

1. Por lo que se refiere al perfil de las mujeres que se someten a una IVE en España, se trata de una mujer española de entre 20 y 24 años. Todos los datos que se expondrán constituyen la media de los años com-

prendidos entre 2010 y 2014, debido a que son los años en que la LSSR está implantada, y se extraen del total nacional.

- Las edades de las mujeres que más abortan son de 20 a 24 años, abortando 19,5 mujeres de cada 1000, siendo la edad a la que menos se aborta de 40 años o más (en este caso una cifra de 3,8 mujeres de cada 1000).

- Según la nacionalidad de residentes en España, las mujeres que más abortan son las europeas en un 71,9% y, de las europeas, el número más elevado son las españolas con un 62,2%. La nacionalidad de mujeres que menos abortan son las procedentes de Oceanía, con un porcentaje de 0,01%, cifra que se mantiene invariable a lo largo de los años sometidos a estudio.

2. Por lo que se refiere a las características de las IVE que se realizan en España, el perfil más frecuente es el de un embarazo de menos de ocho semanas que se realiza a petición de la embarazada, sin alegar causa (modelo del plazo) y ejecutado en un centro privado acreditado.

Al igual que en el apartado precedente, los datos que se detallan a continuación corresponden al período comprendido entre los años 2010 y 2014 y se ofrecen sobre el total nacional. Las cifras que se facilitan corresponden a la media de esos años.

- El 93,6% de los abortos son realizados en centros privados acreditados.

- El tiempo de gestación en el que más se realizan abortos es por debajo de las 8 semanas, al principio del primer trimestre, con un porcentaje de 67,17%; el tiempo gestación en el que menos se interrumpen los embarazos voluntariamente es cuando este está se encuentra en la semana 21 o más, en un porcentaje de 1,39%.

- Según el motivo por el que más se interrumpe el embarazo (en este caso los datos conseguidos son los comprendidos entre el año 2011 y el 2014) el más frecuente es a petición de la embarazada, en un 89,9%, y el que menos, por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave e incurable en un 0,29%.

3. En lo referente al número de abortos que se practican anualmente en España, en 2009 se dieron un total de 109.351, mientras que en 2014 el número descendió a 93.279 (tabla nº 3). Con ello se comprueba que el número de abortos ha descendido de forma muy considerable en los últimos años, coincidiendo con la fase de plena implantación de la LSSR.

4. Por último, con respecto al aborto de menores de edad, si bien se tienen pocos datos específicos disponibles porque el Ministerio de Sanidad agrupa a las mujeres menores de 20 años, se puede concluir que en los años sometidos a estudio ha habido una tendencia descendente en estas edades, obteniendo cifras menores en 2014 (9,92%) con respecto a 2005 (11,48%).



Tampoco se observan variaciones significativas en el número de abortos en menores de edad de 16 y 17 años que no informaron a sus padres de la decisión de abortar durante la vigencia del artículo 13.4 de la LSSR, cuando se les otorgaba plena capacidad para consentir. Según los estudios de ACAI que se vieron en el apartado 3.3, se concluye que esta cifra no tuvo una variación significativa, pues en el estudio de 2010 y 2011 el porcentaje de estas chicas que no informaron a sus padres con respecto al conjunto de chicas de la misma edad fue solo de un 12.73%, y en 2014 un 12,38%, lo que no es para nada una cifra preocupante.

En lo relativo a las entrevistas de profesionales, se ha llegado a los siguientes resultados:

- a. La LSSR no parece haber cambiado la educación en materia de salud sexual y reproductiva en adolescentes. Según relatan los enfermeros entrevistados, sus charlas en los institutos siguen rigiéndose por acuerdos entre distintas administraciones públicas anteriores a la implantación de la nueva normativa.
- b. La ejecución de las IVE está funcionando adecuadamente en nuestro país, prefiriendo hasta ahora las mujeres el método quirúrgico frente al farmacológico, por considerarlo más seguro.
- c. En la práctica, el aborto de menores de edad no plantea problemas específicos cuando la ley reconocía a las menores de 16 y 17 años el derecho a consentir por sí mismas, ya que de todos modos la mayoría iban acompañadas. Los profesionales consideran que la modificación legal de 2015 puede perjudicar a las pocas menores que no acuden acompañadas por problemas familiares severos.
- d. En los últimos años se ha avanzado mucho en la contracepción de emergencia, sobre todo desde que se permitió su venta sin receta médica en 2009. Este hecho puede haber influido de forma significativa en la reducción del número de abortos en los últimos años, según la vicepresidenta de la SEC en Andalucía, que también apunta a la tendencia descendente de la inmigración.

#### 4. Conclusiones

Para concluir este trabajo y confirmar o no la hipótesis planteada al principio, esto es, que la ley de salud sexual y reproductiva, e interrupción voluntaria del embarazo, ha supuesto un avance en el reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y no ha perjudicado la protección de la vida prenatal, hay que hacer las siguientes apreciaciones:

En las entrevistas en profundidad que se hicieron a las profesionales que trabajan en centros acreditados para las IVE se demuestra que las mujeres llegan más fácilmente a sus clínicas, a pesar de que sigue habiendo objetores de

conciencia que deberían facilitar la información aunque ellos no se quieran implicar en el proceso.

A través de las entrevistas con los enfermeros se concluye que existe mayor información para adolescentes, que reciben explicaciones sobre sexo seguro y todo lo que deben saber para evitar embarazos no deseados. Sin embargo, este tipo de charlas no parecen deberse especialmente a la nueva ley, sino más al acuerdo entre las administraciones involucradas (Servicio Andaluz de Salud y Consejería de Educación de la Junta de Andalucía), que se puso en marcha con anterioridad a su entrada en vigor. En cualquier caso, este acuerdo ayuda a cumplir uno de los objetivos de dicha ley.

También ha supuesto un avance la introducción del sistema de plazos junto al de indicaciones, al dar a la mujer la capacidad de decidir libremente la interrupción del embarazo hasta la semana catorce de gestación, sin tener que dar ningún motivo. El sistema de indicaciones también se ha mejorado, ampliando los supuestos en los que se puede realizar la interrupción del embarazo pasada la semana catorce de embarazo.

Por todo ello, se podría responder que los derechos de las mujeres se han visto mejorados gracias a la información que se les está proporcionando, a que tienen un mejor acceso a la posibilidad de interrumpir el embarazo y a que sus dudas son solventadas adecuadamente.

Con respecto a si se ha perjudicado la protección de la vida prenatal, la respuesta puede estar en la evolución del número de abortos que se practican en España anualmente. Se ha comprobado que este ha descendido en función de los datos disponibles del Ministerio de Sanidad desde 2009 a 2014, habiendo un total de 16.072 menos de un año respecto al otro. La reducción de embarazos no deseados puede tener que ver con la mayor información que se les facilita a las mujeres sobre sexo seguro, aunque se ha visto que los métodos anticonceptivos no son todavía tan accesibles como se planteaba en uno de los objetivos de esta ley. Se puede añadir también a este punto, que el hecho de que la mayor parte de los abortos se lleven a cabo al principio del primer trimestre del embarazo (a las ocho semanas o menos de embarazo), perjudica menos la vida prenatal, pues cuanto antes se interrumpa el embarazo, más pequeño será el embrión y por lo tanto menos desarrollado estará. Además, el hecho de que a partir de la semana veintidós de gestación esté prohibida la interrupción del embarazo incluso cuando concurre una indicación (salvo casos muy excepcionales), pone de manifiesto que la ley sí está protegiendo la vida prenatal, ya que en ese momento existe viabilidad fetal fuera del útero de la madre. Igualmente, pese a la variedad de opciones que la ley concede a la mujer para acceder a una interrupción voluntaria del embarazo, también cuenta con instrumentos pensados para apoyar la maternidad, intentado favorecer así la continuidad del proceso de gestación. En definitiva,

el Estado sigue ejerciendo su deber de tutela de la vida prenatal, tal como surge de la Constitución.

Tras analizar lo anterior, damos por validada la hipótesis planteada al principio del trabajo, afirmando la mejora que la LSSR ha supuesto en materia de derechos sexuales y reproductivos e interrupción voluntaria de embarazo en nuestro país. Con esta ley se ha producido en España un acercamiento a leyes de Estados cercanos al nuestro que ya conceden a las mujeres desde hace años amplias facultades para decidir sobre su propia fecundidad.

No obstante, y desde mi punto de vista, aún queda mucho camino por recorrer, habiendo varios temas que se deberían de resolver, como por ejemplo:

- Mejorar el acceso de los métodos anticonceptivos de última generación, pues no están al alcance de todos. Para empezar, las pastillas anticonceptivas más saludables fueron eliminadas de la financiación de la seguridad social, y otros métodos muy cómodos y fáciles de usar como son el anillo vaginal o el parche de hormonas, no son financiados y son caros, siendo estos incluso mejores que las pastillas anticonceptivas, pues son métodos que no necesitan ser ingeridos, lo cual, a diferencia de las pastillas, es favorable para el sistema digestivo y no supone riesgo de dañar el hígado al sintetizarlas. Además, al no ser preciso tomarlas cada día, como ocurre con las pastillas, se elimina el riesgo de que se olvide alguna toma y se pierda, por tanto, su eficacia. No hay pues un acceso pertinente a métodos anticonceptivos de última generación, ya que la mayoría de ellos no están subvencionados y son caros, lo que hace que no todas las mujeres puedan acceder a ellos en condiciones de igualdad, a diferencia de lo que ocurre en otros países vecinos.
- Los objetores de conciencia, aunque tengan su derecho a ejercerlo, no deberían obstaculizar el camino a las mujeres que deseen información de cómo proceder ante una posible interrupción del embarazo. Debería garantizarse que cumplan con su obligación de derivarlas a otro profesional dispuesto a practicarla o proporcionarles la información adecuada.

• Se debería de homogeneizar en los institutos las charlas de EpS sexual y reproductiva, ya que se da solo en aquellos que lo soliciten (aunque suele la mayoría), y en los que se dan, no abarca la misma franja de edad ni se repite el mismo número de veces a lo largo del paso de los adolescentes por el ciclo, sino que depende del profesional que las imparte y del responsable académico. Con todo, es positivo que al menos en todos los institutos se traten los mismos puntos fundamentales: evitar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual.

• En cuanto a las adolescentes de 16 y 17 años que desde la reforma de 2015 deben ir siempre acompañadas por padres o tutores legales para someterse a una interrupción voluntaria del embarazo y obtener su consentimiento, sería interesante replantear la situación, pues según los datos sobre número de abortos en estas edades y en atención a las entrevistas realizadas a profesionales, se demuestra que durante la vigencia del artículo 13.4 de la LSSR no aumentó el número de abortos entre esta población y la gran mayoría tampoco iban solas. Solo en los casos más extremos y justificados estas menores acudían sin sus padres o tutores y siempre por motivos expresos de conflicto intrafamiliar, lo que pone de manifiesto que, al derogarse ese artículo de la LSSR, de nuevo ese grupo de chicas con problemas familiares graves estarán desprotegidas y probablemente acudirán a centros clandestinos, sin las debidas garantías.

Hasta aquí las conclusiones que se pueden extraer de la corta andadura de la LSSR. Es cierto que es una ley muy reciente y que queda mucho camino por recorrer para que pueda llegar a consolidarse en su totalidad a fin de llevar a cabo todos sus objetivos. En cualquier caso, de lo estudiado se concluye que está siendo eficaz no solo para mejorar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino también el control y contención del número de abortos. No obstante, es necesario reconocer que es un tanto complicado avanzar en la aplicación de cualquier ley, y concretamente de esta, en un contexto de crisis económica.

## NOTAS

1. La adolescencia es la edad comprendida entre 10 y 19 años según la OMS.
2. Publicación de 7 de noviembre de 2014 en la página web de ACAI: «Menores de 16 y 17 años que no comunicaron su embarazo» Disponible en <http://www.acaive.com/pdf/Investigacion-ACAI-menores-16-y-17-anos-noviembre-2014.pdf>
3. Publicación de 7 de noviembre de 2014 en la página web de ACAI: «Menores de 16 y 17 años que no comunicaron su embarazo»
4. Publicación de 7 de noviembre de 2014, cit.

SIERRA BRAVO, R. Técnicas de investigación Social, Teoría y ejercicios. 14ª ed., Thomson, Madrid, 2008. p. 352.

6 Educación para la salud (EPS) desde un marco de Promoción de la Salud, en el que se encuadra la Educación para la Salud como elemento clave (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986), esta sería una forma concreta de trabajo orientada hacia la adquisición, por parte de la población, de conocimientos y habilidades para intervenir en las decisiones que tengan efectos sobre la Salud.

«La E.P.S. es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar esos objetivos, y dirige la formación profesional y la investigación hacia esos mismos objetivos». EBE Observatorio de enfermería basado en la evidencia. Disponible en [http://www.index-f.com/blog\\_oebe/?page\\_id=100](http://www.index-f.com/blog_oebe/?page_id=100) v

## Bibliografía

- LAURENZO COPELLO, P., «Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: un nuevo paradigma para la regulación del aborto», en *Anuario de Derechos Humanos*, n.º 7–2011, Santiago de Chile.
- LAURENZO COPELLO, P. *Dogmática y política criminal del aborto*. Tirant Lo Blanch, Valencia, 2012.
- MUÑOZ CONDE, F. *Derecho penal. Parte Especial*, 17ª edición, Tirant lo Blanch, Valencia, 2009.
- ONU, Informe de Anand Grover, Relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud, 3 de agosto de 2011. «Leyes penales y otras restricciones jurídicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y el derecho a la salud».
- Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948.-Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas. El Cairo, 1994.
- Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Beijing 1995.
- Parlamento Europeo, Resolución sobre salud sexual y reproductiva (2001/2128INI).- Ley de 24 de enero de 1941 para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista.
- SIERRA BRAVO, R. *Técnicas de investigación Social. Teoría y ejercicios*. 14ª edición. Thomson, Madrid, 2008.

**Contacto con la autora:** nefertiti\_mlg@hotmail.com

**Cómo citar este artículo:** EXPÓSITO CAMACHO, Palmira, «La situación actual del aborto en España. Valoración provisional de la eficacia de la ley orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo», en *Boletín Criminológico*, artículo 3/2017, mayo-junio (n.º 170), Disponible en <http://www.boletincriminologico.uma.es/boletines/170.pdf> [Fecha de consulta: ]

## ANEXO 1: Entrevistas a enfermeros de centros de salud

Las preguntas del primer bloque que se les han realizado a los enfermeros son las siguientes:

1. ¿Existen charlas de EPS sexual y reproductiva en colegios o institutos? Si las hay, ¿con qué regularidad se imparten y quién las solicita?
2. ¿Qué contenido tienen las charlas?
3. ¿Qué cursos académicos abarcan las charlas?

### *Enfermero uno*<sup>1</sup>

1. Si hay charlas de EPS sexual y reproductiva en este municipio, se dan en todos los institutos de la zona y se encarga un enfermero de cada instituto.

Se imparten una vez por semana charlas de EPS abarcando cada semana un tema distinto de salud y un curso diferente, con lo que una charla de EPS sexual y reproductiva puede ser aproximadamente de no menos de una al año por curso, con lo que cuando los alumnos pasan de curso al siguiente año, vuelven a tener una charla sobre sexualidad y reproducción de nuevo y les sirve como recordatorio.

Las charlas son solicitadas por el instituto a través de un acuerdo entre educación y el SAS (sistema andaluz de salud), lo cual pone en marcha el programa y así se le puede hacer llegar esta información a la población estudiantil.

2. Las charlas de sexualidad y reproducción tienen información sobre métodos anticonceptivos, afectividad, ITS, sexo seguro, violencia de género y como se deben de tratar entre ellos en las relaciones afectivas, dejar en paz a una persona si no quiere tener una relación con él o ella, etc. Se les fomenta al uso del preservativo para evitar las ITS y los embarazos no deseados.
3. Los alumnos que reciben las charlas sobre salud y sexualidad son los que están en los cursos 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de bachillerato.<sup>2</sup>

### *Enfermero dos*<sup>3</sup>

1. Si hay charlas de EPS de salud sexual y reproductiva en este municipio, se da en algunos institutos de la zona y se encargan dos enfermeros del programa en este centro de salud. Están dentro de un programa de EPS donde se dan distintos temas de salud relevantes para los alumnos, como alimentación, higiene, drogas, etc.

Se dan las charlas una vez por semana del programa completo de EPS y son de una hora aproximadamente de duración, más otra hora para asesorías. Las imparten los enfermeros encargados pero también pueden hacerlas médicos y profesores que hayan sido entrenados para ello con anterioridad, para la EPS sexual y reproductiva, pueden ser dadas además por asociaciones de la zona como son la del cáncer, sida o la mujer, por su especial relación con el tema, ya que las charlas de este tipo también abarca la violencia de género.

Las charlas son solicitadas por el instituto, por el convenio existente entre Educación y el SAS. Incrementándose el número de ellas desde hace unos 4 años aproximadamente.

La regularidad con la que se imparte este tipo de charlas sería a demanda del instituto, según el tema que más necesiten es lo que más se dará, pero se da al menos una vez al año la de sexualidad por nuestra parte.

2. El contenido de las charlas es el pertinente a todo lo referido con el tema de educación sexual y reproductiva. Aunque se les explica todos los métodos anticonceptivos que existen, se les está haciendo mayor hincapié en el uso de métodos anticonceptivos de barrera (el preservativo), pues son los que realmente les van a proteger de ITS, ya que últimamente están utilizando más los métodos anticonceptivos orales (pastillas hormonales), debido a la creencia errónea de estos chicos que creen que una pareja estable es un novio de 3 meses y esta situación está llevando a un incremento de ITS en adolescentes cada vez más jóvenes. Se les fomenta entonces, la idea del uso de anticonceptivos para evitar embarazos no deseados y tener sexo seguro disminuyendo el número de casos de ITS, se les explica los tipos y consecuencias de las ITS, se les ayuda a comprender como deben de ser las relaciones afectivas y el trato hacia la pareja y se habla de violencia de género.

Los institutos también han solicitado asesorías, estas consisten en que después de las charlas, aquellos que lo deseen, pueden hacer preguntas de manera individual a los enfermeros en relación con la materia para resolver las dudas que tuvieran.

Además se les informan de la existencia de una plataforma en internet creadas por la Junta de Andalucía para temas relacionados con EPS y poder informarse sobre temas de salud, la plataforma «Forma Joven»<sup>4</sup>, donde también se pueden inscribir para estar al tanto de todo lo relacionado con la salud, hay teléfonos de interés y muchas cosas interesantes que son de utilidad para ellos y pueden echar un vistazo en sus casas con más tranquilidad.

3. Los institutos han solicitado estas charlas para niños de 2º, 3º y 4º de la ESO.<sup>5</sup>



*Enfermero tres*<sup>6</sup>

1. Existe un programa de la Junta de Andalucía llamado «Forma Joven», que es solicitado por los institutos que lo deseen y consiste en dos horas semanales de atención continuada de EpS en hábitos saludables de diferente índole relacionados con la salud y que imparten los enfermeros de los centros de salud, siendo yo uno de los encargados en mi centro y me corresponde un instituto de enseñanza secundaria. Los institutos pueden solicitar asesorías, que son consultas específicas individualizadas, y talleres grupales. Es un acuerdo entre la Consejería de salud de Andalucía, con lo que hay un orientador o profesor encargado en cada instituto, y el SAS.

En concreto el taller de sexualidad, lo llamo «Sexo seguro», lleva instaurado desde hace unos 10-12 años, y todos los datos que se recogen de ahí, además de los de los otros talleres y asesorías que se hagan, se vuelcan de manera reciente en la página web de Forma Joven, con lo que los políticos evalúan el programa para valorar los resultados y hacer sus estadísticas, como el número de intervenciones que ha habido, las edades, etc. Pero estos datos no están visibles para todos, solo para quienes tenemos acceso a la página, en ella se puede ver información dirigida sobre todo a jóvenes.

Los talleres son en función de las necesidades del instituto, si en un instituto hay por ejemplo problemas sobre drogadicción, se hará más hincapié en esta. En el instituto al que voy no hay nada concreto, con lo que hablo de todos los temas de salud, como sexo seguro, hábitos alimenticios, tabaquismo... Y me centro más en los temas que son acordes a la edad.

El haber instaurado el programa de Forma Joven, es en sustitución al programa «La hora joven» (antes llamado «La tarde joven») que había en los centros de salud, porque no venían jóvenes y la captación no era buena.

Con respecto a la regularidad, el taller de «Sexo seguro» lo doy una vez al año normalmente, a chicos de 4º de ESO, mientras que las asesorías al ser individualizadas se las doy a los alumnos del instituto que las pidan. Estas asesorías pueden ser en el horario establecido una vez por semana durante todo el curso.

2. El contenido que doy en el taller de «sexo seguro» es en relación a todos los métodos anticonceptivos que hay, pero me centro sobre todo en el preservativo masculino y femenino porque son los que además de evitar los embarazos no deseados también son los que más reducen la probabilidad de contagio por ITS, además que son los métodos más adecuados para la edad de quienes va dirigido el taller.
3. Las edades de los chicos a los que les doy las charlas de «Sexo seguro» son de unos 15 ó 16 años aproximadamente (de 4º de la ESO), las edades de los chicos a los que doy las asesorías de las que antes hablé, están comprendidas entre los 12 y los 18 años o algo más si hay algún repetidor, aunque al haber ciclos formativos en ese instituto del que yo me encargo, también me encuentro con chicos más mayores de hasta unos 20 años.

## NOTAS

1. Enfermero de centro de salud. Entrevista realizada el 6 de abril de 2016 a las 10h.
2. De 14 a 18 años aproximadamente sería el grupo diana.
3. Enfermera de centro de salud. Entrevista realizada el 6 de abril de 2016 a las 12h.
4. <http://www.formajoven.org/>
5. Edades comprendidas entre los 13 y 16 años aproximadamente.
6. Enfermero de centro de salud. Entrevista realizada el 29 de abril de 2016 a las 11:30h.

## ANEXO 2: Entrevistas a profesionales de la salud de clínicas acreditadas para la IVE

Las preguntas del bloque 2 realizadas a los profesionales de clínicas acreditadas de IVE y sus respuestas son las siguientes:

1. Métodos de IVE que se utilizan y cuáles se utilizan más.
2. Con referencia a menores e IVE: ¿ha habido casos de menores con conflictos familiares que no querían informar a sus padres durante la vigencia de la LO 2/2010 hasta la LO 11/2015?
3. ¿Las mujeres llegan con facilidad a la práctica de la IVE o tienen dificultades para acceder? ¿Cómo llegan? ¿Por referencia de amigos o conocidos, por derivación de médico de cabecera o por cualquier otra instancia?
4. ¿Van las mujeres normalmente solas o acompañadas? En caso afirmativo, ¿por quién?

### *Profesional uno<sup>1</sup>*

1. Se utilizan en la clínica dos métodos, a la elección de la embarazada y dependiendo de que la gestación no sea muy avanzada, si lo es, se utilizará el quirúrgico en todo caso:  
Quirúrgico: que consiste en la entrada de quirófano de la embarazada pudiéndose utilizar sedación completa para la intervención o anestesia local, dependiendo de la semana de gestación la embarazada puede elegir uno u otro, pero si la gestación está más avanzada se utilizará la sedación completa.  
Farmacológico: consiste en la administración de dos medicaciones, una oral y otra vaginal, en dos dosis. La primera dosis se realiza en la clínica por el médico, al administrarla la paciente se espera durante aproximadamente media hora en la clínica por si apareciera algún tipo de reacción o cualquier otra complicación y después se puede marchar, la segunda dosis se la administra ella en su casa y a los días se tiene una revisión para ver si se ha expulsado todo y no queda nada dentro.  
El inconveniente de este método es que hace las veces de un aborto natural con los consecuentes dolores hasta que se expulsa el embrión, con la complicación de que no lo llegue a expulsar en su totalidad y en ese caso lo que habría que hacer es entrar en quirófano para hacer un legrado y extraer los restos que no se han expulsado, por eso, aunque siempre se da a elegir si se da el caso entre ambos métodos, se recomienda el quirúrgico porque es más rápido y te aseguras siempre de que todo ha quedado fuera, por lo tanto el método más utilizado es el quirúrgico.
2. Hemos tenido algún caso puntual pero normalmente siempre vienen acompañadas por alguno de los padres o tutores, o por ambos. En el caso de que no vinieran acompañadas insistíamos en que viniera alguien con ellas y lo hemos conseguido en algunas ocasiones, pero esto se daba muy poco, quizá alrededor de un 1% de las chicas de 16 y 17 años no venían acompañadas.
3. Por lo general acceden fácilmente a la prestación, pero con respecto a la sanidad pública, hay algunos médicos de cabecera que practican su derecho de objeción de conciencia y no les dan ningún tipo de información para que la mujer pueda por otro lado acceder a la prestación. De manera privada acceden fácilmente y sin problemas.  
Llegan de múltiples formas: a través del médico de cabecera que es quien les hace el parte para poder acceder a la prestación, tenemos una comercial que va por los centros de salud repartiendo octavillas del centro a los profesionales para dar publicidad al centro. Otras veces vienen derivadas del trabajador social del centro de salud y en otras ocasiones recomendados por amigos o conocidos por la buena referencia que tiene la clínica.
4. Normalmente vienen acompañadas, pero a diferencia que en el caso de las menores, vienen en más proporción solas aunque no podría decir una cifra exacta.  
Cuando vienen acompañadas suelen hacerlo casi siempre por su pareja o si no por algún familiar.

### *Profesional dos<sup>2</sup>*

1. Depende de la semana de gestación en la que se encuentre la embarazada, hasta la semana 7 se realizaría la IVE farmacológica (que es lo que indica la ficha técnica del medicamento) y a partir de esta se realiza la instrumental o quirúrgica.  
Según la OMS, se podría realizar el aborto farmacológico hasta la semana 9. Desde la semana 9 a la 15 ó 16 se haría mediante aspiración previa preparación del cuello del útero para facilitar el proceso dilatándolo con prostaglandinas (medicamento). De la semana 16 a la 20 se procedería a la evacuación del feto y al igual que en el caso anterior, previa dilatación del cuello del útero. Y por último, de la semana 20 a 22 se realizaría la inducción.  
El 90% de los abortos se realizan antes de la semana 14 de gestación.  
En nuestro país, en torno al 80% de las mujeres que se van a someter a una IVE eligen el método quirúrgico frente al farmacológico según un estudio de ACAI.<sup>3</sup>

2. Se realizó un estudio en ACAI<sup>4</sup> en el que solo un 12% del total del grupo de chicas entre 16 y 17 años no quisieron informar a sus padres, siendo un porcentaje de 0,44% si se mira desde el total de todos los abortos realizados a todas las mujeres.

Al quitar esta opción con la nueva LO de 2015, este grupo de chicas con edades comprendidas entre 16 y 17 años quedarían desprotegidas para poder realizar una IVE.

3. Si llegan con más facilidad pues ha habido con esta nueva ley un cambio cualitativo en el acceso aunque aún sigue habiendo médicos objetores que dificultan la llegada a la prestación. A pesar de ellos, con este cambio legislativo tan bueno, las mujeres llegan más fácilmente pudiendo realizarse la IVE en el 70% de los casos antes de la semana 8 de gestación con lo que hay un menor riesgo para la salud de ellas. Además hay mayor información que facilita a las mujeres todo lo que necesiten saber sobre IVE.

El 90% de las mujeres vienen derivadas de su médico de cabecera a través de un P10, que es un documento de derivación del centro de salud que los médicos utilizan para que sus pacientes puedan acceder a servicios especializados.

El resto son pacientes privadas que llegan gracias a la información disponible.

4. Generalmente las mujeres suelen venir acompañadas y la mayoría de las veces lo hacen de su pareja.

### *Profesional tres<sup>5</sup>*

1. Depende de la semana de gestación en la que se encuentre se utilizará un método u otro, estando la clínica en la que trabajo autorizada para realizar IVE del primer y segundo semestre de gestación.

Hasta las 8 semanas se puede optar por el método farmacológico o por la aspiración. La manera de proceder con el farmacológico es administrando una pastilla a la mujer en la clínica y se le dan otras pastillas para que las tome en un lugar tranquilo, o si lo desea en la misma clínica, en las 24-48 horas después de haber tomado la primera. Se le recomienda que cuando se tome esta segunda dosis lo haga en un lugar tranquilo y acompañada pues en las horas siguientes será cuando se produzca el aborto. La aspiración consiste en dilatación del cuello del útero y seguidamente se realiza aspiración del contenido con una cánula de aspiración, mientras la mujer está anestesiada con anestésico local o con una pequeña sedación que la deja adormecida.

Después de la semana 8 y hasta la 17, el aborto se realiza con aspiración y después de la semana 17 se realiza por inducción, que es una técnica más compleja que requiere hospitalización en hospital de día, anestesia con epidural y administración de otra serie de medicamentos.

Ellas pueden elegir el método de realizar la IVE si la gestación está dentro de las primeras 8 semanas, eligiendo más la aspiración pues dicen que es más rápido, la intervención en sí misma no dura más de 5 minutos, y saben que la certeza de evacuación del contenido. El hecho de tomar las pastillas en casa les hace tener miedo por el aborto que ocurre después, a pesar de que tienen la opción de poder tomar esa segunda dosis en la clínica, pero saber que tienen que estar durante unas 4 ó 5 horas a la espera que se produzca el aborto en la clínica, dicen que es mucho tiempo de espera. Así que la mayoría optan por la aspiración con sedación, en vez de con anestésico local, para así no enterarse de nada. No más de un 5% de las mujeres que pasan por la clínica eligen el método farmacológico, y lo hacen por no meterse en quirófano. Sin embargo, en el centro asociado de Málaga, esta cifra asciende a un 10-15%.

2. De las menores en edades comprendidas entre los 16 y 17 años durante la vigencia de la ley, no habría más de 8% de chicas por año que vinieran sin acompañar, y cuando lo hacían era por casos extremos en los que informar a los padres era imposible por diversos motivos tales como: menores inmigrantes que estaban solas en España, padres en prisión, padres violentos, etc.

La mayoría de las chicas quieren ir acompañadas de sus padres pues se sienten más cómodas haciéndolo de ese modo.

3. En Andalucía las mujeres llegan más fácilmente a la prestación en comparación con otras CCAA acceden con más dificultad.

Llegan a través de tres modos:

-Por la seguridad social: en el centro de salud el médico de cabecera le da a la embarazada un documento de derivación para realizar la IVE, aunque también el trabajador social puede hacerlo o desde la administración. Le dan a la mujer la información previa establecida por ley y al 4º día tras haber recibido la información, se programa la cita.

-Por privado: la mujer va directamente a la clínica sin pasar por seguridad social, accediendo a ella a través de la búsqueda por internet o por recomendación de amigos o conocidos. En este caso somos nosotros mismos desde la clínica quienes le damos la información a la mujer y se la cita al 4º día.

-Por compañías médicas: Adeslas y Asisa prestan este servicio a quienes tengan contratado un seguro médico con ellos, siendo el procedimiento igual que el de la seguridad social.

4. Normalmente las mujeres suelen ir acompañadas, es muy excepcional que vengan solas.

Las más jóvenes lo hacen de sus padres y a veces de su pareja, en algunas ocasiones incluso los suegros también les han acompañado. En el caso de mujeres adultas son las parejas quienes van con ellas normalmente, aunque a veces vienen acompañadas de algún familiar o amigas. En el 86% de los casos, según un estudio que hice, las parejas apoyan la decisión de abortar, siendo el porcentaje restante correspondiente a parejas que o no lo saben ( por ser quizá una relación esporádica o porque no les han dicho nada) o simplemente porque no lo apoyan.

#### NOTAS

1. Enfermera en una clínica de ginecología. Entrevista realizada el 6 de abril de 2016 a las 14h.
2. Francisca García, ginecóloga y presidenta de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (ACAI). Entrevista realizada el 13 de abril de 2016 a las 19h.
3. Publicación de 13 de noviembre de 2014 en la página web de ACAI: «Estudio comparativo entre el método farmacológico y el instrumental en la interrupción del embarazo» página 19
4. Publicación de 7 de noviembre de 2014 en la página web de ACAI: «Menores de 16 y 17 años que no comunicaron su embarazo»
5. Doctora en una clínica de ginecología. Entrevista realizada el 27 de abril de 2016 a las 12h.



## ANEXO 3: Entrevista a la vicepresidenta de la Sociedad Española de Contracepción en Andalucía

A continuación se presenta la entrevista realizada a María Jesús Alonso Llamazares, doctora y vicepresidenta en Andalucía de la Sociedad Española de Contracepción.<sup>1</sup>

1. ¿Ha disminuido la edad de inicio a la hora de comenzar a utilizar métodos anticonceptivos?

Respuesta: En una encuesta de ámbito nacional realizada en 2014 por la SEC<sup>2</sup>, la edad de inicio es uno de los ítems que aparecía para ser estudio de investigación, en ella se puede apreciar que la edad de inicio ha disminuido, pues las mujeres que tienen 40 años o más tienen la edad de inicio a los 23 años y las de 25 años o menos a los 20 años. Estos resultados son los relativos a usos de contraceptivos hormonales, no aparece el preservativo que es lo que primero se comienza a utilizar al inicio de las relaciones sexuales.

2. ¿Qué tipo de método anticonceptivo utilizan normalmente?

Respuesta: El método anticonceptivo más utilizado es el preservativo. Hay métodos muy eficaces que en España se utilizan menos o muy poco en relación con países de nuestro entorno, como por ejemplo el DIU de cobre (dispositivo intra uterino que se inserta en el útero) con un 6% de utilización, métodos hormonales como la píldora y el anillo vaginal o aquellos de efecto de larga duración como son el DIU hormonal o implante SC (subcutáneo).

3. Según la LSSR, se pretende hacer que haya un aumento del uso de los métodos anticonceptivos para disminuir de este modo el número de embarazos no deseados, ¿se ha registrado un aumento del número de estos métodos?

Respuesta: No hay cambios con encuestas anteriores a la implantación de esta ley, pero en 2010 empezaron a financiar anticonceptivos mejores (más saludables), aunque un año y medio después aproximadamente, dejaron de hacerlo pues hubo un disparo en el gasto, con lo cual, los más recomendables no entran dentro de la financiación de la seguridad social. El DIU de cobre se suministra de forma gratuita a quienes lo soliciten pero es cierto que dependiendo del hospital, aunque sea de la misma provincia, es más difícil o menos acceder a la prestación. El DIU hormonal en Andalucía lo pagan las mujeres al completo pues no tiene ningún tipo de financiación y el implante SC es de copago.

4. Tras la implantación de esta ley, ¿tiene constancia de la existencia de charlas de EPS para concienciar a la población de la importancia de los métodos anticonceptivos para evitar los embarazos no deseados?

Respuesta: Coincidió con cambios de la ley de la educación por parte del gobierno del PP, que elimina la asignatura de «Educación para la ciudadanía» del plan de estudios, parte del temario de esta asignatura se dedicaba a educación sexual, con lo cual, al eliminarla, están eliminando esta información al alumnado.

En contrapartida, tenemos sanitarios más formados por el SAS en la materia que imparten esas charlas en los institutos que lo soliciten, además del programa «Forma Joven» en institutos y asociaciones que sanitarios y docentes llevan.

5. Métodos anticonceptivos de última generación, ¿están al alcance de la mayoría de la población?

Respuesta: No lo están porque no se financian y algunos tienen alto coste, el DIU de hormonas y el implante SC solo es utilizado en un 6%, cifra baja en comparación con por ejemplo, Portugal, que su utilización es de un 40%. El anillo vaginal (se cambia una vez al mes) y el parche de hormonas (se cambia una vez a la semana), tampoco son financiados y son más cómodos de utilizar que las pastillas anticonceptivas. Están últimamente sacando pastillas genéricas, sin marca comercial, más asequibles, pero las mujeres son reacias a usarlas porque prefieren seguir utilizando las que ya utilizaban de antes.

6. Algo de relevancia que quiera añadir.

Respuesta: Desde mi punto de vista no hay vinculación entre la LSSR y la disminución del número de abortos por varias razones, de una parte sería que desde 2009 la píldora es más accesible y pueden ir a la farmacia a comprarla sin necesidad de pasar por el centro de salud y la consulta del médico, por otra parte, el aumento de abortos en su momento de mayor repunte, coincide con el aumento de la tasa de inmigración, mujeres inmigrantes que no conocen los métodos anticonceptivos, no iban al centro de salud, etc. Debido a la crisis, hay cada vez menos mujeres inmigrantes, el número de abortos ha disminuido hasta cifras del año 2006-2007. Con respecto al número de abortos en adolescentes y jóvenes, las cifras han descendido a las que hubo hace 10 años.

## NOTAS

1. María Jesús Alonso Llamazares, ginecóloga y vicepresidenta en Andalucía de la SEC. Entrevista realizada el 11 de abril de 2016 a las 18h.

2. Estudio realizado por la SEC de ámbito nacional en marzo de 2014, a través de cuestionario telefónico estructurado: «Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España»