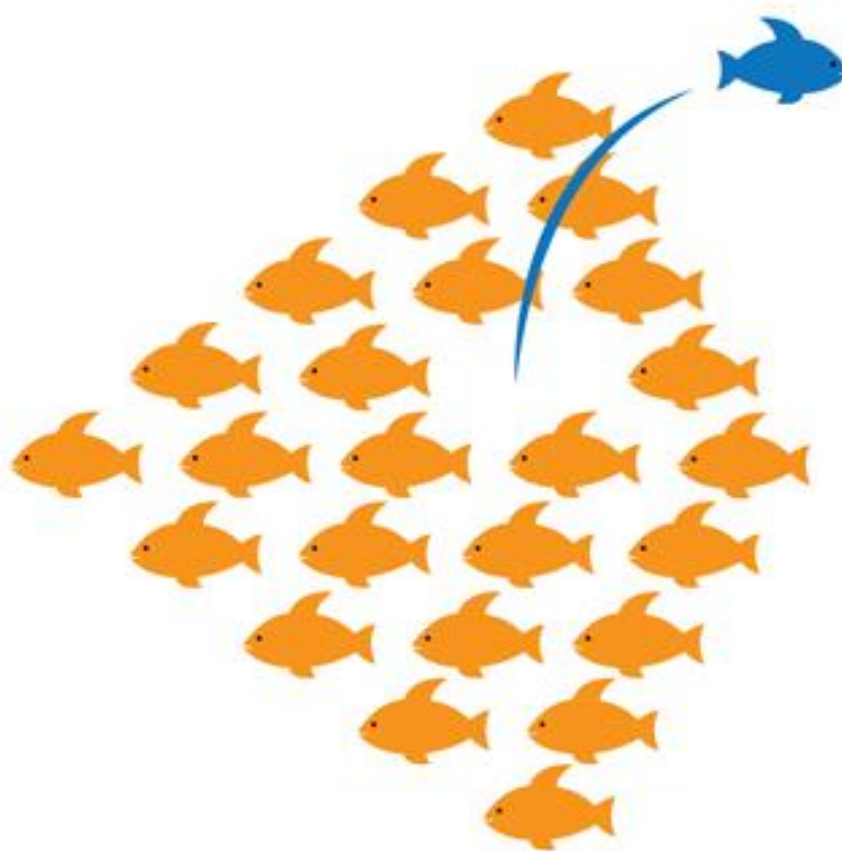


**MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA
&
SU IMPACTO INTERGENERACIONAL**



***Consecuencias de las restricciones
legales al aborto***

Eppur si Mouve

Y sin embargo se mueve

Galileo Galilei, Roma, 1633.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.
2. IMPACTO DE LAS RESTRICCIONES SOBRE LA SALUD PÚBLICA.
3. EL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA.
4. LAS OPORTUNIDADES DE VIDA Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA.
5. IMPACTO INTERGENERACIONAL DE LAS RESTRICCIONES.
6. IMPACTO DEL CONSENTIMIENTO PARENTAL SOBRE EL ABORTO.
7. IMPACTO EN LA POBREZA INFANTIL Y FAMILIAR.
8. IMPACTO EN LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES DE ADOLESCENTES.
9. CONCLUSIONES.
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.
11. DECLARACIÓN DE AUTORÍA

1. INTRODUCCIÓN

La presentación por el grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados de una proposición de ley Orgánica *para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo* que, caso de aprobarse por el Congreso y el Senado de España, anularía el apartado cuarto del artículo 13 de la vigente ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, *de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* que contempla que en el caso de las mujeres de 16 y 17 años el consentimiento para la interrupción del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad y, a la vez, prevé que los padres o tutores deban ser informados de la decisión de la menor, excepto cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo, ha llevado a las autoras a formular el conjunto de consideraciones que se recogen en este Informe. Basándose en la evidencia científica disponible, el Informe analiza el impacto que dicha reforma legislativa tendría en la salud de las adolescentes, en la salud fetal, neonatal e infantil de sus hijos/as, en la pobreza infantil y familiar y en los colectivos más vulnerables de adolescentes y familias. Asimismo, se analizan las consecuencias de la reforma en los derechos de las niñas y niños y de las adolescentes y en la igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

En la exposición de motivos de la proposición de ley, el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso de los Diputados afirma que es de vital importancia que las menores se encuentren acompañadas de sus padres o tutores en situaciones de vital importancia e impacto futuro, como es la interrupción voluntaria del embarazo aduciendo que la vigente ley orgánica 2/2010 impide a los progenitores y tutores cumplir con los deberes, facultades y obligaciones que establecen los artículos 154 y 269 del Código Civil tales como velar por las menores, tenerlas en su compañía, alimentarlas, educarlas y procurarles una

formación integral. El eje argumental es que la mujer embarazada debe expresar su voluntad y dar su consentimiento al aborto pero el ejercicio de estas facultades requiere de *una madurez que no puede ser presumida en el caso de las menores de edad* por lo que se suprime la posibilidad de que estas puedan prestar el consentimiento por sí solas, sin informar siquiera a sus progenitores y se requiere el consentimiento expreso de sus representantes legales.

Las características de la reforma legislativa consistente en imponer a las adolescentes el requisito del consentimiento parental obligatorio exclusivamente para acceder a una interrupción voluntaria del embarazo y no en caso de proseguir el embarazo *socava el bien común a proteger que no es otro que la maternidad responsable* y su impacto atravesará generaciones afectando especialmente a las adolescentes más vulnerables y en mayor desventaja social, a sus hijas/os y a sus familias.

Las autoras parten de la premisa de que en un Estado democrático y de derecho los decisores políticos tienen plena responsabilidad personal por las consecuencias, tanto positivas como negativas, de sus comportamientos públicos. Y si en el caso que no ocupa, la voluntad de los legisladores que debatirán y resolverán sobre el futuro de la reforma es adoptar una *configuración pública más racional y humana que favorezca la maternidad responsable y proteja a las menores*, ante todo deben comprender en profundidad las necesidades que se deben resolver, el alcance de las medidas a tomar y sus consecuencias inmediatas y futuras. Por ello, el objetivo de este Informe es ofrecer a los decisores políticos, a las organizaciones de jóvenes, a las organizaciones sociales y de mujeres y a los/as ciudadanos/as activos/as, información científica contrastada sobre las consecuencias del consentimiento parental obligatorio para las adolescentes que decidan recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo, así como el impacto sanitario y social de los embarazos adolescentes que prosiguen tras la denegación de un aborto y los efectos en las niñas/os no deseadas/os de la siguiente generación.

2. IMPACTO DE LAS RESTRICCIONES SOBRE LA SALUD PÚBLICA

En condiciones de legalidad, el aborto es uno de los procedimientos médicos más seguros (en 2012 se produjeron 0,2 muertes maternas por 100.000 abortos en USA) pues, de hecho, el riesgo de muerte materna es al menos catorce veces más elevado en un parto que en un aborto (en 2013 se produjeron 28 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en USA). En España, las tasas de mortalidad materna que incluyen las muertes asociadas al embarazo y el parto y hasta 42 días después de un aborto fueron de 4 mujeres fallecidas por 100.000 nacidos vivos en 2013, lo que nos sitúa en el grupo de países que consiguen excelentes resultados en este ámbito. Así pues, *cuando la práctica del aborto tiene una cobertura legal amplia y existen servicios sanitarios disponibles, accesibles y seguros, la probabilidad de que una mujer muera o sea lesionada es insignificante.*

En España la tasa general de aborto fue de 11,49 en 2010 y de 11,74 en 2013 (108.690 mujeres) lo que nos sitúa en el grupo de países con tasas intermedias, considerándose tasas muy bajas las que se sitúan por debajo de 9 y tendencialmente elevadas las que están por encima de 18. A veces se promueven leyes restrictivas en la creencia de que un marco legal desfavorable disminuirá el recurso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo. De hecho, la relación causal es la opuesta: en Europa Occidental (2008) donde el aborto goza de una cobertura legal amplia en la mayoría de los países, las tasas son significativamente más bajas (12 abortos por 100.000 mujeres) que en América Latina y Caribe (32 abortos por 100.000 mujeres) y África (29 abortos por 100.000 mujeres) donde predominan regulaciones restrictivas. Esto se explica porque en los países con leyes de aborto abiertas el acceso a la anticoncepción es mejor pues se acostumbran a desarrollar políticas integrales de salud sexual y reproductiva complementariamente a las medidas que facilitan el acceso al aborto.

La evidencia internacional muestra que las *restricciones legales al acceso voluntario de las mujeres al aborto* no reducen su incidencia ni lo hacen desaparecer, simplemente lo convierten en peligroso, pues más de la mitad de las mujeres que buscan un aborto recurrirán a métodos y proveedores clandestinos que no están sometidos a ningún tipo de control sanitario.

Las restricciones legales de cualquier índole al acceso a la interrupción voluntaria del embarazo siempre tienen *un efecto marcadamente inequitativo, esto es, afectan a los grupos de adolescentes y mujeres más vulnerables, con menor capital social y educativo y en posiciones sociales más desfavorecidas*. De este modo incluso los abortos considerados de bajo riesgo exponen a las adolescentes a múltiples complicaciones retrasando la búsqueda de atención sanitaria para el aborto y para las propias complicaciones que puedan surgir. Por otra parte, adolescentes sin apoyo familiar y social suficiente pueden recurrir a prácticas inseguras de aborto cuyas complicaciones más frecuentes son aborto incompleto, fiebre alta, hemorragias, infecciones del tracto reproductivo, peritonitis y perforación uterina.

El aborto inseguro es uno de los factores que más contribuye a elevar las tasas de mortalidad materna, lesiones crónicas e infertilidad. En los países donde el aborto es ilegal el riesgo de muerte y lesión de las mujeres que buscan interrumpir su embarazo es como promedio 30 veces más alto que en los países donde el aborto está permitido legalmente. Asimismo, *el coste de realizar un aborto seguro es diez veces menor que el de tratar las consecuencias de un aborto inseguro*. Por tanto, si en España el acceso de las adolescentes al aborto seguro y de calidad se viera obstaculizado con motivo de interpretaciones legales restrictivas, confusas y/o prolijas deberá tenerse muy presente el impacto familiar, social y económico que supondrá el aumento de muertes maternas e infantiles evitables y de la carga de enfermedad femenina e infantil a corto, medio y largo plazo.

3. EL ABORTO EN LA ADOLESCENCIA

En España (2014) residen 830.790 chicas con edades comprendidas entre los 15 y los 18 años ambos inclusive, siendo el 11,14% de nacionalidad extranjera. Antes de los 19 años el 69,4% de las chicas y el 71,5% de los chicos han iniciado su actividad sexual no utilizando ninguna protección anticonceptiva en el 40% de los casos. En 2013, fueron madres 5.391 chicas de 18 años o menos y se registraron tasas de fecundidad entre las chicas extranjeras menores de 19 años que triplicaron las de las españolas. Ese mismo año, la tasa de aborto para el grupo de edad de 19 años o menos fue de 12,23 (11.771 chicas recurrieron al aborto legal) y se estima que seis de cada diez embarazos fueron interrumpidos. Tanto la tasa de aborto como la de natalidad se sitúan en una franja media en comparación con los países de nuestro entorno.

En los países desarrollados, los abortos que se producen durante el primer trimestre de gestación suponen una amplísima mayoría aunque se observa una fracción (en España 9,87% de los abortos en 2013 y 12% como media en países de nuestro entorno) prácticamente invariable a lo largo de los años de abortos inducidos después de las trece semanas de gestación. El aborto durante el segundo trimestre de gestación continua siendo un procedimiento médico seguro con un riesgo de mortalidad materna inferior al del parto pero por cada semana adicional después de la decimotercera semana de gestación, el riesgo relativo de mortalidad materna sufre un incremento del 38%. Por ello, las autoridades sanitarias exigen una acreditación específica a los proveedores para llevar a cabo este tipo de procedimiento. Los motivos para buscar un aborto durante el segundo trimestre de gestación acostumbran a ser diagnósticos médicos desfavorables para la salud materna y daños fetales. *Las adolescentes y mujeres vulnerables y en desventaja tienen una presencia significativamente elevada en el colectivo que recurre al aborto tardío.*

Los sistemas legales que prevén requerimientos administrativos como el consentimiento parental obligatorio provocan un desplazamiento del aborto a

edades gestacionales más avanzadas, alimentan el estigma y su impacto negativo en la salud mental de las adolescentes, disminuyen la seguridad jurídica de las menores y, muy especialmente, de los profesionales sanitarios que participan en el proceso de atención.

En España, los resultados del barómetro de acceso a las mujeres a métodos contraceptivos (2013) señalan la existencia de bolsas de demanda contraceptiva entre las adolescentes y las jóvenes, constatan desigualdades territoriales en el acceso, la disponibilidad y los sistemas de reembolso de los métodos anticonceptivos y evidencian la inexistencia o baja calidad de los servicios de atención y asesoramiento contraceptivo para mujeres y hombres en situación de vulnerabilidad. En la misma línea, la Federación de Planificación Familiar y otras sociedades profesionales han insistido reiteradamente a las autoridades sanitarias acerca de la muy insuficiente implementación de la estrategia pública de salud sexual y reproductiva. En la actual situación de estancamiento económico y de crisis social y de ocupación, el acceso al aborto legal y seguro en España *no solo amortigua los efectos negativos de un déficit de política pública en materia de salud sexual y reproductiva sino que proporciona una oportunidad vital para que las adolescentes recurran a la anticoncepción con el fin de evitar abortos sucesivos.*

Una reforma legal restrictiva del acceso voluntario de las adolescentes al aborto tendría como consecuencia inmediata un aumento de la ausencia de cobertura contraceptiva entre la población adolescente sexualmente activa con sus obvios efectos que serían los embarazos no intencionales, la maternidad adolescente y los abortos, especialmente los abortos de repetición. Pues como la evidencia científica ha mostrado de forma pertinaz, más del 30% *de los abortos realizados en los países desarrollados son abortos de repetición que solo pueden prevenirse mediante estrategias integradas de salud reproductiva que permitan ofrecer la anticoncepción apropiada –casi siempre métodos de larga duración- en el momento más oportuno, o sea, durante el proceso de atención a la interrupción voluntaria del embarazo.*

4. LAS OPORTUNIDADES DE VIDA Y LA MATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

El riesgo de embarazo adolescente aumenta en proporción al número de experiencias adversas en la infancia tales como abuso, violencia doméstica y/o conflictos familiares crónicos y se concentra en los grupos sociales más vulnerables y desfavorecidos. *A mayor desventaja socioeconómica, las adolescentes usan menos protección anticonceptiva y tienen menos motivación para evitar quedarse embarazadas.* Las adolescentes embarazadas con expectativas de futuro y mejor entorno tienen muchas más posibilidades de recurrir al aborto mientras que en hogares en desventaja o con pocas esperanzas suelen escoger continuar el embarazo a pesar de la inexistencia o de la fragilidad de las uniones de pareja.

Las madres adolescentes viven en un período de tiempo muy corto numerosos acontecimientos de gran relevancia en sus vidas como son el inicio de la actividad sexual, la finalización de los estudios, la búsqueda del primer trabajo, la convivencia en pareja y la llegada del primer hijo. La maternidad precoz supone una aceleración del curso vital que, paradójicamente, retrasa la incorporación a la vida adulta y frena el desarrollo personal de capital humano y social. *Estas madres tienen menos probabilidades de acabar los estudios secundarios, entrarán más tarde en el mercado laboral, registrarán menores tasas de actividad y sufrirán una pérdida notable de oportunidades de emparejamiento saludable.*

Las adolescentes embarazadas tienen un riesgo mayor de sufrir incidentes graves durante y al final del embarazo en comparación con las jóvenes mayores de veinte años. Los riesgos de muerte fetal tardía, neonatal e infantil son más elevados y se asocian principalmente con el parto prematuro y el bajo peso al nacer.

Estudios recientes muestran que los niveles de depresión previos al embarazo y la desventaja socioeconómica y educativa son los principales factores predictores de la maternidad adolescente. La depresión previa al embarazo no desaparecerá por el hecho de tener una criatura; lo más frecuente es que siga su curso a lo largo de la adolescencia y de la primera juventud. La depresión materna tiene efectos severos de privación en el lactante y en el/la niño/a como son: baja calidad del desarrollo cognitivo y del lenguaje y dificultades en la autorregulación emocional y el ajuste social.

5. IMPACTO INTERGENERACIONAL DE LAS RESTRICCIONES

Las restricciones legales al acceso voluntario de las adolescentes al aborto en España implicarán un aumento de las denegaciones de solicitud de aborto caso de no reunir los requisitos del consentimiento parental obligatorio a la par que incontables procesos fallidos de búsqueda de atención. Las adolescentes que no obtengan el consentimiento parental obligatorio y, en su defecto, no promuevan un incidente judicial proseguirán el embarazo, intentarán provocarse un aborto o buscaran un proveedor clandestino. *Las adolescentes que llevan a término un embarazo no deseado usan más tarde y con menos frecuencia los servicios de atención prenatal y acostumbran a sufrir síntomas de estrés de forma recurrente, factores ambos que inciden decisivamente en la salud fetal.*

Las situaciones de estrés crónico producen un aumento sostenido de los niveles de cortisol en la sangre materna y una reducción del flujo sanguíneo placentario. El exceso de cortisol materno que no puede ser inactivado por la barrera placentaria altera la regulación del cortisol y del eje pituitario-adrenal fetal. El buen funcionamiento de este sistema biológico es clave para la maduración de todos los órganos fetales y su perturbación afecta al desarrollo y diferenciación del sistema nervioso (daños cerebrales), al desarrollo físico

(bajo peso, perímetro craneal insuficiente) y al posterior desarrollo psicomotor del lactante y del niño/a que puede presentar dificultades de conducta hasta los diez años de vida.

El aumento de nacimientos no deseados durante la adolescencia y la crianza de estos/as niños/as a cargo de la madre biológica - en España el recurso a dar los/as hijos/as en adopción es muy bajo, registrándose una media de 800 casos anuales- supondrá un considerable incremento de las dificultades de vinculación madre-hijo y un alto riesgo de recibir menor dedicación materna en tiempo y atención. La maternidad adolescente supone un severo riesgo intergeneracional pues los efectos emocionales sobre los/as niños/as no deseados/as se extienden hasta la adolescencia tardía y primeras etapas de la vida adulta.

Así las cosas, la obligación legal del consentimiento parental para las adolescentes embarazadas que deseen recurrir al aborto voluntario que dice basarse en un objetivo de protección de las menores *no alcanzará los objetivos que proclama y, paradójicamente, menoscabará de forma significativa la vida de las madres adolescentes y la salud fetal, neonatal e infantil de cientos de niñas y niños de la siguiente generación.*

6. IMPACTO DEL CONSENTIMIENTO PARENTAL SOBRE EL ABORTO

La proposición de ley Orgánica *para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo* parte de la premisa de que no puede presumirse suficiente madurez en las menores para expresar su voluntad y dar su consentimiento al aborto por lo que se requerirá el consentimiento de los padres o tutores hasta la mayoría de edad. No obstante, lo anterior, se prevé que la menor embarazada pueda dirigirse a un Juez en caso de conflicto para que éste resuelva en cuanto a la prestación del consentimiento parental de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

La experiencia internacional muestra que las adolescentes que viven en el seno de familias funcionales comunican espontáneamente su embarazo a sus madres, padres o tutores y que cuando no lo hacen es porque tienen miedo a ser perjudicadas o dañadas. *Los procedimientos legales de consentimiento o asentimiento parental no han probado su validez como instrumentos efectivos de protección de la menor porque justamente fracasan o son inviables en situaciones donde existe abuso y violencia familiar.* Pues ninguna ley puede concitar el amor y el apoyo parental cuando están ausentes.

En Estados Unidos donde está generalizada la necesidad de algún tipo de notificación u obligación de consentimiento parental se contempla la posibilidad de activar un procedimiento judicial que revisa los casos de consentimiento denegado. Sin embargo, los llamados "gap studies" que observan las disparidades entre la ley y su implementación en el mundo real y en la vida de las adolescentes registran multitud de barreras y dificultades en la administración de justicia tales como inhibición u objeción de conciencia de los propios jueces y retrasos irreparables en las resoluciones judiciales. Numerosas organizaciones americanas de protección de la infancia y la adolescencia, de salud pública y médicas y de defensa de los derechos

constitucionales consideran que, en la actualidad, no es admisible que el sistema judicial no esté todavía suficientemente preparado para gestionar las demandas de exención del consentimiento parental para el aborto y para garantizar el respeto al interés superior de las menores que viven estas situaciones.

El argumento de que el requisito del consentimiento parental obligatorio no supondrá una carga indebida o un claro obstáculo para la mayoría de las adolescentes embarazadas pues éstas involucran voluntariamente a sus progenitores en la decisión de interrumpir el embarazo es irrelevante para dirimir la cuestión. Por el contrario, el debate democráticamente responsable debe centrarse en aquellos grupos de adolescentes para los que la regulación legal implicará una restricción en su acceso al aborto. Cualquier regulación que, de una u otra forma, permita un veto parental absoluto y previo se interpone contra el interés superior de la menor que debe estar amparada constitucionalmente en situaciones de violación, abuso, violencia, incesto, emergencias médicas y situaciones de riesgo para la salud materna y/o fetal.

Las expectativas de los defensores de una estricta regulación del consentimiento parental para el aborto de las menores no se han visto cumplidas, pues en Estados Unidos, país donde dicho procedimiento está generalizado, no ha disminuido la actividad sexual de las/os adolescentes ni ha mejorado el uso de contracepción efectiva para evitar los embarazos no deseados en esta franja de edad.

Los efectos adversos en la salud reproductiva de las adolescentes desencadenados por los procedimientos legales de consentimiento parental son bien conocidos: aborto tardío, prosecución del embarazo y aborto inseguro entre las menores embarazadas que viven en entornos de gran vulnerabilidad. *Estas adolescentes consideradas inmaduras por las leyes restrictivas para acceder voluntariamente a un aborto, paradójicamente son consideradas como obligatoria e ineluctablemente maduras para llevar a término el embarazo, acudir a la atención prenatal, someterse a los procedimientos médicos necesarios y tener una criatura.*

7. IMPACTO EN LA POBREZA INFANTIL Y FAMILIAR

La pobreza infantil en España, estabilizada durante los años 2000 en torno a la elevada cifra del 25% se incrementó en 2012 al 29,9% según la Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de Eurostat que calcula el número de menores de 18 años que vive bajo el umbral de pobreza en los países de la UE-27. La pobreza infantil afecta al 45,6% de los/as niños/as que viven en el seno de familias monoparentales, al 49,2% de los/as niños/as que viven en hogares en que al menos uno de los progenitores es de origen extranjero y al 57,6% de los/as niños/as cuyos padres no alcanzaron la educación secundaria. Alrededor de 2.800.000 niños/as residentes en España, es decir uno de cada tres, se encuentra en riesgo de pobreza.

Desde el inicio de la crisis en España, la pobreza en la infancia ha crecido a un ritmo más rápido y elevado que la del total de la población. Los/as niños/as son actualmente el grupo de edad más pobre. El impacto de la crisis ha sido y sigue siendo más duro en los hogares con niños/as y la pobreza y la privación infantiles se van haciendo más amplias y persistentes. Cada vez hay más niños y niñas pobres y son más pobres, de tal manera que el informe más reciente (2014) estima el riesgo de pobreza y/o exclusión social en la población menor de edad en un 33,8%. Esta situación dificulta enormemente la posibilidad de romper el ciclo de transmisión intergeneracional de la pobreza. Así, los/as niños/as que hoy están creciendo en hogares sometidos a la pobreza y la exclusión tienen menos probabilidades de tener éxito escolar, disfrutar de una buena salud y desarrollar todo su potencial.

La probabilidad de permanecer en situación de pobreza también es mayor entre la población infantil que entre la adulta. El riesgo de pobreza infantil aumenta de forma lineal a medida que aumenta la edad, de ahí el deterioro de la situación de tres de cada diez adolescentes (14-17 años) que en el período 2004-2012 vivían por debajo del umbral de pobreza.

En los hogares, la falta de ingresos o su reducción repercute en el empeoramiento de la calidad de la alimentación, en el hacinamiento y la pobreza energética en la vivienda y también afecta a la calidad de la convivencia y de las relaciones. Sin embargo, *España ha tenido y tiene muy poca capacidad para reducir la pobreza entre sus niños y niñas y esta debilidad se ha ido acrecentando año tras año con las reducciones en ayudas y servicios públicos*. Los presupuestos del Estado 2012 sufrieron una reducción del 42,5% en la partida de atención a la infancia, del 36,5% en educación infantil y primaria y el Fondo para plazas de educación infantil desapareció. Los presupuestos del Estado 2013 suprimieron los programas para alumnos/as con necesidades especiales y redujeron un 65% los recursos destinados a la educación compensatoria. Hasta la fecha, los poderes públicos han incumplido notoriamente la recomendación del Comité de Derechos del Niño que en 2010 instó a España para que velara por que se protegieran las partidas presupuestarias destinadas a la infancia, y de forma más específica, las relativas a medidas sociales afirmativas a favor de los/as niños/as que lo necesitaban.

En España, el régimen de bienestar público ha tenido una evolución de tipo “familista”, esto quiere decir que las familias son consideradas la principal agencia proveedora de bienestar y, en consecuencia, las políticas públicas de apoyo a las familias siempre han sido pasivas y muy escasas. De hecho, antes y ahora, la intervención pública ha sido y es subsidiaria y circunscrita a casos de extrema necesidad. Así lo refleja el gasto público en protección a la infancia y las familias que en 2009 supuso un 1,51% del PIB, una de las cifras más bajas de la UE cuya media fue del 2,26%.

Los menores, las mujeres y las familias más vulnerables están expuestos a una acumulación de riesgos por desposesión de sus activos básicos en términos de recursos y derechos. En este contexto expansivo de pobreza infantil y familiar, las restricciones legales a la capacidad de decisión de las adolescentes sobre el aborto voluntario que, como ya se ha mostrado, tendrán un impacto mayor e

inequitativo entre los grupos más vulnerables de adolescentes y familias contribuirán a:

- *Aumentar el riesgo de caer en la pobreza de las madres adolescentes y de las familias en desventaja social si se ven constreñidas a proseguir un embarazo no deseado.*
- *Intensificar la desprotección de los menores ya nacidos frente a la pobreza pues es precisamente entre las familias de los que menos son y tienen, que la obtención de un aborto tiene más probabilidades de ser un proceso intrincado y fallido.*
- *Cronificar los efectos adversos en el desarrollo infantil temprano entre los/as niños/as nacidos fruto de una maternidad impuesta pues los retrasos en el desarrollo infantil y las discapacidades precisan de intervenciones precoces y duraderas de las que, de hecho, quedan excluidas las familias más vulnerables.*

8. IMPACTO EN LOS GRUPOS MÁS VULNERABLES DE ADOLESCENTES

La vulnerabilidad social y personal consiste en una incapacidad o dificultad de resistencia en presencia de acontecimientos vitales amenazantes y/o incapacidad o dificultad para reponerse con posterioridad a haber sufrido un daño. La vulnerabilidad se asocia a una predisposición a sufrir pérdidas y/o daños. Por ello, los grupos vulnerables de mujeres y familias son aquellos que tienen riesgo de sufrir un amplio abanico de riesgos que se acumulan y potencian a lo largo del ciclo de vida.

Las adolescentes vulnerables sufren una carencia o un déficit de activos y además presentan dificultades para movilizar los que ya poseen. Asimismo, suelen compartir una idea de indefensión o desamparo frente al riesgo, lo que refuerza aún más el bloqueo de sus capacidades. De ahí que cada vez que una adolescente o familia vulnerable sufra una situación crítica severa exista un riesgo muy elevado de que pierda una buena parte de sus activos sociales y de salud y tarde mucho en recuperarlos. La vulnerabilidad social se asocia a la pobreza, a los bajos niveles educativos y al acceso insuficiente a los recursos pero también son vulnerables las adolescentes que viven en el aislamiento, la inseguridad y/o la indefensión ante presiones y/o riesgos.

Las adolescentes son consideradas internacionalmente un colectivo de especial vulnerabilidad en los ámbitos de la salud reproductiva y familiar. *La vulnerabilidad social es uno de los vectores más influyentes para una salud reproductiva dañada o de baja calidad.* Los grupos de adolescentes vulnerables tienen en común:

- Un acceso deficiente al consejo contraceptivo.
- Una utilización errática de los métodos anticonceptivos.
- Situaciones de escaso apoyo familiar para temas vitales y/o desamparo.

El círculo de la precariedad en salud reproductiva se alimenta a través de los déficits de accesibilidad y disponibilidad de atención contraceptiva que refuerzan el recurso al aborto; a su vez, la ausencia de una oferta contraceptiva efectiva inmediatamente posterior al aborto deja la puerta abierta a sucesivos embarazos no deseados y a los consiguientes abortos de repetición.

Las restricciones legales al acceso voluntario de las adolescentes al aborto tendrán un impacto significativamente inequitativo en los grupos más vulnerables de adolescentes y sus familias. *En estos grupos se concentrará la discriminación en el acceso a los servicios de aborto* al sumarse el desconocimiento de los requisitos legales, la dificultad de obtención del consentimiento parental y la imposibilidad (por barreras de precio y bajo apoyo social) de recurrir a las alternativas de atención legal y segura al aborto en la adolescencia que ofrecen los países de nuestro entorno. Los efectos más previsibles de la discriminación y la inequidad serán:

- La práctica de abortos legales en España en edades gestacionales avanzadas.
- El fracaso en la búsqueda de atención legal y el recurso desesperado al aborto clandestino.
- El fracaso en la búsqueda de atención para el aborto legal y la prosecución de una maternidad impuesta en condiciones de especial vulnerabilidad y adversidad.
- La ocurrencia de sucesivos embarazos no deseados por falta de acceso a tiempo a una protección contraceptiva eficaz.
- La ocurrencia de abortos de repetición por falta de acceso a tiempo a una protección contraceptiva eficaz.

9. CONCLUSIONES

En la sociedad española, el inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas expone a las/os adolescentes a una mayor necesidad de regulación de la fecundidad. Asimismo, el abandono de las pautas fatalistas de fecundidad expone a mujeres y hombres a una creciente necesidad de acceso a métodos contraceptivos seguros, eficaces y modernos y, en ocasiones, a tener que afrontar embarazos no deseados en el curso de su vida fértil. La respuesta a estas necesidades expansivas de salud reproductiva debería ser integradora, evolutiva y equitativa de tal modo que se consiguiera:

- Proporcionar una atención de salud reproductiva y aborto *amplia e interconectada* removiendo las barreras de todo tipo que impiden acceder a tiempo a los servicios sanitarios.
- Desarrollar y/o mantener leyes y regulaciones en materia de aborto y salud reproductiva *actualizadas* que respondan y garanticen la satisfacción de las necesidades de salud y se adecuen a la evolución de los hábitos sexuales y reproductivos de la sociedad española.
- Dar prioridad a las necesidades específicas de los grupos de adolescentes, de mujeres y de familias *más vulnerables y, por tanto, más perjudicadas* por una eventual privación de derechos y atención.

La proposición de Ley Orgánica *para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo* da la espalda a estas orientaciones y desoye las recomendaciones explícitas del Grupo de Expertas/os de Naciones Unidas contra la Discriminación de las Mujeres que inciden sobre la capacidad de las menores de 16-17 años para decidir por ellas mismas respecto a la interrupción voluntaria del embarazo.

La obstaculización o el rechazo de acceso a procedimientos médicos que solo las mujeres requieren, como es el caso del aborto, constituye una discriminación de género y una vulneración del derecho a obtener una atención de salud segura y digna. El derecho de las mujeres a una igualdad efectiva respecto a los varones exige que estas no se encuentren expuestas a déficits y/o riesgos diferenciales que sean evitables.

El menoscabo de la capacidad de decisión de las adolescentes sobre su vida reproductiva daña de forma muy severa el derecho a modelar sus propias vidas pues las inhabilita en gran medida para perseguir oportunidades y metas personales, educativas y sociales valiosas.

El cumplimiento de los derechos fundamentales de las/os niñas/os y las/os adolescentes a la vida y al desarrollo pleno de sus potencialidades se debilita con las restricciones a la capacidad de decisión de las adolescentes sobre el aborto voluntario. La ocurrencia de nacimientos no deseados aumenta el riesgo de caer y permanecer en la pobreza entre las madres adolescentes y sus familias, intensifica la desprotección de los menores ya nacidos frente a la pobreza y cronifica los retrasos en el desarrollo infantil temprano de las/os niñas/os que son fruto de una maternidad impuesta.

Las adolescentes vulnerables que se desenvuelven en entornos de oportunidades limitadas marcados por la desigualdad sufrirán daños irreparables al no poder contar con apoyo familiar por motivos de desarraigo, abuso o maltrato. Estas adolescentes, que desde una perspectiva equitativa de promoción de la salud reproductiva precisarían de una protección redoblada, se verán empujadas hacia abortos inseguros o maternidades impuestas.

En el contexto social y sanitario actual en España, el menoscabo de la capacidad de las adolescentes para decidir por sí mismas respecto a la interrupción voluntaria del embarazo es disonante con las necesidades de salud de las adolescentes y las familias, y se suma a la paralización que sufren

las políticas públicas de salud reproductiva y a la nula protección social de la maternidad.

Por todo ello, la proposición de Ley Orgánica *para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo* exacerbará la privación y el desamparo en que viven las/os adolescentes, las/os niñas/os y las familias vulnerables y en riesgo de exclusión social produciendo daños perdurables que se traspasaran a la próxima generación.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

SALUD REPRODUCTIVA

- Delgado M, Barrios L, Alberdi I, Zamora F, Hakim C y Camara N. “Encuesta de fecundidad, familia y valores 2006”. Estudio nº 2639, 2006., Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid.
- Federación Internacional de Planificación. “Carta de Derechos Sexuales y Reproductivos”.
[ippf_sexual_rights_declaration_pocket_guide_spanish.pdf](#)
- Federación Internacional de Planificación Familiar. “Barómetro de acceso de las mujeres a métodos anticonceptivos modernos en 10 países de UE”. Parlamento Europeo, 2013.
http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2013/09/Baro_leaflet_template_SP_LOW.pdf
- National Institute for Health and Clinical Excellence. “*Long-acting reversible contraception: The effective and appropriate use of long-active reversible contraception*”. London, 2005.
- Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. “Selección de prácticas recomendadas para el uso de anticonceptivos”. 2ª edición 2005. Versión en inglés disponible en:

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html.

- Parlamento Europeo, Comisión de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género. “Informe sobre la Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Afines” 2013/2040 (INI).
- WHO. “*Packages of interventions for family planning, safe abortion care, maternal, newborn and child health*”. Geneva, WHO, 2010.
- WHO. “*The WHO strategic approach to strengthening sexual and reproductive health policies and programmes*”. Geneva, WHO, 2007.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

- Cook RJ, Erdman JN and Dickens BM. “*Respecting adolescents confidentiality and reproductive and sexual choices*”. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2007, 92: 182-187.
- Delgado M, Barrios L, Cámara N y Zamora F. “La Maternidad adolescente en España”. 2011. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. http://www.consejomujeresmadrid.org/wp-content/uploads/2013/08/presentacion_estudio-adolescentes.pdf
- FSV Center for Prevention and Early Intervention Policy. “The children of teen parents”. Teen Parent Child Care Quality Improvement Project, 2005. http://www.cpeip.fsu.edu/resourcefiles/resourcefile_78.pdf
- Glass C. “Parental Notification Laws Obstruct Abortion Access”. Truthout, September 2013. <http://truth-out.org/news/item/18782-parental-notification-laws-obstruct-abortion-access>
- Mollbord S and Morningstar E. “Investigating the relationship between teenage childbearing and psychological distress using longitudinal evidence”. J. Health Soc Behav, 2009, 50, 3.
- Olausson PO, Chaltinius S, Haglund B. “Teenage pregnancies and risk of late fetal death and infant mortality” BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology 1999, Vol. 106.

- Singh S et al. "Socioeconomic disadvantage and adolescent women's sexual and reproductive behaviour: the case of five developed countries". Fam Plann Perspect, 2001; 33.

EMBARAZO NO DESEADO

- Didaba Y, Fantahun M and Hindin MJ. "The effects of pregnancy intention on the use of antenatal care services: systematic review and meta-analysis". Reprod Health 2013; 10; 50.
- Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. "The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature". Studies in Family Planning, March 2008; 39, 11.
- Hummer RA, Hack KA and Baley RR. "Retrospective Reports of Pregnancy Wantedness and Child Well-Being in the United States". Journal of Family Issues, 1004; 25.
- Mulder E JH, Robles de Medina PG, Huizink AC, Van den Bergh BRH, Buitelaar JK and Visser GHA. "Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child". Early Human Development, 2002, 3, 14.
- University of California, San Francisco, Bixby Center for Global Reproductive Health. "Turnaway Study". Advancing New Standards in Reproductive Health, 2013. <http://www.ansirh.org/research/turnaway.php>

ABORTO

- ACAI. "Condiciones que motivan el aborto provocado". Madrid, 2014. <http://www.acaive.com/condiciones-que-motivan-el-aborto-provocado-2/publicaciones/>
- Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane HK. "Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States". Journal of Obstetric and Gynaecology 2004, Vol. 103, Núm. 4.

- Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW “Abortion and long term mental health outcomes: a systematic review of the evidence”. *Contraception*, 2008, 78: 436-450.
- Cohen SA. “Repeat Abortion, Repeat Unintended Pregnancy, Repeated and Misguided Government Policies”. *Guttmacher Policy Review* 2007, Vol. 10, Núm. 2.
- Cook RJ and Dickens BM. “*Human Rights dynamics of abortion law reform*” *Human Rights Quarterly*, 2003, 25: 1-59.
- David H.P. “*Born unwanted, 35 years late: the Prague study*”. *Reproductive Health Matters*, 2006, 14: 181-190.
- Ferguson DM, et al. “*Abortion among young women and subsequent life outcomes*”. *Perspective on Sexual and Reproductive Health*, 2007, 39 (1): 6-12.
- Fisher WA, Singh SS, Shuper PA, Carey M, Otehel-F, Maclean-Brine D, Dal Bello D and Gunter J. “Characteristics of women undergoing repeat induced abortion” *CMAS*, March 1, 2005, Vol. 172, Núm. 5.
- Goodman S, et al. “*Impact of immediate postabortal insertion of intrauterine contraception on repeat abortion*” *Contraception*, 2008, 78: 143-148.
- <http://worldabortionlaws.com/>
- International Federation of Gynaecology and Obstetrics FIGO “*Ethnical aspects of induced abortion for non-medical reasons*”. London, FIGO, 2009.
- Lohr PA, Fjerstad M, DeSilva U and Lyus R. “Abortion”. *B.M.J.* 2014; 348: f7553.
- Makenzius M, Tyden T, Darj E and Larsson M. “Repeat induced abortion-a matter of individual behaviour or societal factors? A cross-sectional study among Swedish women”. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* October 2011, Vol. 16, Núm. 5.
- Marston C and Cleland J. “*Relationships between contraception and abortion: a review of evidence*” *International Family Planning Perspectives*, 2003, 29: 6-13.

- Organización Mundial de la Salud. “Aborto sin riesgos. Guía Técnica y de Políticas para Sistemas de Salud”, 2012.
- Planned Parenthood. “The emotional effects of induced abortion”. Research Paper 2007, Washington, DC.
<http://www.plannedparenthood.org/resources/research-papers/emotional-effects-induced-abortion-6137.htm>.
- Raymond EG and Grimes DA. “The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States”. *Obstet Gynecol*, 2012; 119;
- Sedgh G et al. “Induced abortion and trends Worldwide from 1995 to 2008”.
<https://www.guttmacher.org/pubs/journals/Sedgh-Lancet-2012-01.pdf>
- Scott Jones B and Weitz TA. “Legal barriers to second trimester abortion provision and public health consequences”. *American Journal of Public Health*, 2009, 99 (4): 623-630.
- The Academy of Medical Royal Colleges “A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors”, London, 2011.
http://www.nccmh.org.uk/reports/ABORTION_REPORT_WEB%20FINAL.pdf.
- UN Department for Economic and Social Affairs. “*World abortion policies 2011*”. New York, Population Division, United Nations, 2011.
- UNDP/UNFPA/WHO. “Safe and unsafe induced abortion: global and regional levels in 2008 and trends during 1995-2008”. 2012, Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75174/1/WHO_RHR_12.02_eng.pdf?ua=1
- Vlassof M, et al. “*Economic impact of unsafe abortion–related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges*”. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).
- WHO. “*Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*”. Geneva, WHO, second edition, 2012.

- WHO. *“Unsafe abortion; global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000”* Geneva, WHO, 2004.
- Zuniaga O, Martínez-Beneito MA, Galmés AA, Torre MM, Bosch S, Bosser R and Portell M. “El recurso al aborto en España: caracterización de las usuarias e influencia de la inmigración”. *Gaceta Sanitaria* 2009, Supl. 1, Vol. 23.
- III Donohue JJ and Levit SD. “The impact of legalized abortion on crime”. *The Quarterly Journal of Economics* 2001, 116, 2.

CONSENTIMIENTO PARENTAL PARA EL ABORTO

- Colman S, Joyce T "Minor's Behavioral Responses to Parental Involvement Laws: Delaying Abortion until Age 18". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, Vol. 41, Num. 2.
- Kavanagh EK, Hasselbacher LA, Betrham B, Tristan S, Gilliam ML "Abortion-Seeking Minors Views of the Illinois Parental Notification Law: A qualitative study". *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2012, Vol. 44, Num. 3.
- Silverstein H, Fishman W, Francis E, Speitel L. "Judicial waivers of parental consent for abortion: Tennessee's troubles putting policy into practice". *Law and Policy*, 2005, Vol. 27, Num. 3.
- Shimabukuro JO, Rainso TA "Requiring parental involvement in a pregnant minor's abortion decision: state laws and recent developments in Abortion: legislative and legal Issues. Nolan, KG Editor, 2010, Nova Science Publishers, Inc.
- Treadwell L "Informal Closing of the By-pass: Minor's Petitions to bypass parental consent for abortion in an age of increasing judicial recusals". *Hastings Law Journal*, 2007, Vol. 58 pp 869-890.

INFANCIA Y FAMILIA

- Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales: España, 3 de Noviembre 2010, CRC/C/ESP/CO.
- Flaquer LL. “La familia en la sociedad del siglo XXI”. Papers de la Fundació de Campalans, núm. 117.
- Gonzalez-Bueno G, Bello A y Arias M. “Informe sobre la Infancia en España 2012-2013”. UNICEF, Mayo 2012.
- Save the Children “Protección de la infancia frente a la pobreza: un derecho, una obligación y una inversión”. Madrid, Enero 2014.
- Walker S P et al. “Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development”. Lancet, 2011, 378.

VARIOS

- Fondo de Población de Naciones Unidas. “Estado de la Población Mundial 2013”. <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/swp2013/SP-SWOP2013.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. “Patrones de mortalidad en España, 2008”. 2011, Madrid. [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones de Mortalidad en Espana 2008.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_de_Mortalidad_en_Espana_2008.pdf)
- Valcárcel, A “Sexo y Filosofía”. Madrid, 2013. Horas y Horas la editorial.

7. TRATADOS INTERNACIONALES, PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES Y LEYES CONCERNIDAS.

TRATADOS Y CONFERENCIAS INTERNACIONALES

- Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Artículo 3.
- Naciones Unidas. Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (ICCPR, 1976). Artículo 6, 3, 24.1.
- Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1981). Artículos 1 y 12.
- Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño (CRC, 1990). Artículo 1, 6, 24.2a, 24.2d y 24.2f.
- Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena 1993.
- Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo El Cairo (CIPD, 1994). Principios 1 al 8.
- Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Pekín, 1995. Plataforma de Acción, Artículos 89 a 99.
- Organización Mundial de la Salud (2004). Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo.
- Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Cumbre Mundial 2005. Compromiso para lograr el acceso universal a la salud reproductiva (meta 2 del 5º Objetivo).
- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (13 de Diciembre 2006), Artículo 10.

TRATADOS Y DIRECTIVAS EUROPEAS

- Convención para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales en Europa (1953). Protocolos 1, 4, 6, 7, 12 y 13.
- Carta Social Europea (1996), Artículo 8.
- Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2009). Artículos 1, 2, 3, 7, 23 y 25.
- Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

PRINCIPIOS CONSTITUCIONALES EN ESPAÑA

- Constitución Española: Artículo 10.1 sobre la Dignidad de las personas. Artículo 10.2. sobre los derechos fundamentales que se interpretarán de conformidad con la Declaración de Derechos Humanos y los Tratados Internacionales. Artículo 15 sobre el derecho a la vida y a la integridad física y moral de todos/as. Artículo 43.1 sobre el derecho a la protección de la salud. Artículo 43.2 sobre el Deber de tutela de la salud pública.
- Sentencias del Tribunal Constitucional 53/1985, 212/1996 y 116/1999.

LEYES ESPAÑOLAS CONCERNIDAS

- Código Penal Español (RCL 1995/3170). (Delitos contra la libertad y la integridad de la persona.)
- Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor de 15 de Enero.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.

- Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema sanitario.
- Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.
- Ley 39/2006 de 14 de diciembre, sobre Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Ley 33/2011, de 4 de Octubre, General de Salud Pública. Artículo 6.

CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS

- Código de Deontología Médica. Artículo 51.1 sobre la dignidad e integridad de los pacientes. Artículo 55.3 sobre la obligación médica de proporcionar a la mujer gestante información adecuada, fidedigna y completa sobre la evolución del embarazo y el desarrollo fetal.

11. DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Elvira Méndez es médica especialista en medicina preventiva y salud pública. Ha sido Subdirectora General de Promoción de la Salud en el Ministerio de Sanidad y Consumo y ha recibido el Premio a la Excelencia Profesional en Humanidades Médicas del Colegio de Médicos de Barcelona. Ha sido profesora de Análisis de Políticas Públicas del Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona. Actualmente es Directora General de la Asociación Salud y Familia.

Mercè Gascó es Doctora en medicina por la Universidad de Barcelona. Experta en Programas de Salud Reproductiva y Cooperación al Desarrollo. Consultora de la OMS-Europa. Ha sido Presidenta de la Federación de Planificación Familiar de España. Actualmente es Asesora Técnica de la División Internacional de John Snow, Inc.

Ambas son coautoras de este Informe y responsables de su orientación y contenidos.

Junio 2015. Barcelona.

Composición de Portada: Asociación Salud y Familia.