

Autonomy and Reproductive Health

RESUMEN: En el año 2013, el *Informe* del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva afirmaba el derecho de las mujeres a decidir de forma responsable sobre el número de hijos. En consecuencia y en relación a los embarazos no deseados, este informe recomendaba que el aborto sea legal, seguro y accesible insistía en todos los países de la Unión. Desde el 2010, la interrupción voluntaria del embarazo está regulada en España, por la ley orgánica sobre salud sexual y reproductiva; el respeto por la autonomía y el derecho a tomar decisiones responsables son principios básicos para la educación sexual, los servicios de planificación familiar, así como para la política general sobre salud reproductiva. En conjunto, la legislación española en materia de salud considera la autonomía como un principio básico, siendo el consentimiento informado un procedimiento estándar. Sin embargo, en el 2014 el anteproyecto de ley, presentado por el gobierno, alteraba el modelo y las prioridades, al insistir en la protección de la vida del feto y en los derechos de la embarazada. El artículo llama la atención sobre un problema de coherencia, entre este punto de vista y el enfoque generalizado, nacional e internacional, de los derechos sexuales y reproductivos.

ABSTRACT: In 2013, the European Parliament's *Report* on sexual and reproductive health stressed the women right to decide responsibly their number of children. Consequently and for unwanted pregnancies, this report recommended a legal, safe and accessible abortion in the every European country. Since 2010 abortion is regulated by the Spanish Act on sexual and reproductive health. Respect for autonomy and the right to decide with responsibility are the core principles for sexuality education, family planning services, and also reproductive health policy. In general, Spanish legislation on health issues considers autonomy as a basic principle and informed consent as a standard procedure. However, in 2014 the Spanish government draft law modified the model and priorities, in order to protect fetus life and pregnancies. The article indicates a problem of coherence, between this perspective and the national and international prevailing approach to sexual and reproductive rights.

PALABRAS-CLAVE: Aborto, Genero, Coherencia, Bioética feminista

KEYWORDS: Abortion, Coherence, Gender, Feminist Bioethics

Introducción

Desde el año 2010, la legislación española en materia de salud sexual contempla la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo, dentro de las catorce primeras semanas, tras haber ofrecido información a la embarazada sobre derechos y ayudas a la maternidad y siempre que hayan pasado tres días desde esta información y el momento de intervenir (*Ley Orgánica 2/2010*, art.14. Desde el año 2013 y, en especial, a lo largo del 2014, se produjeron agrias polémicas en torno a la decisión del gobierno y su proyecto para reformar la ley vigente en tales materias, salud sexual e interrupción voluntaria del embarazo. Por el momento, el proyecto ha quedado fuera de la agenda política. Ahora bien, esta u otra reforma similar ¿podría estar de nuevo entre los planes del gobierno? Es más, el tema de



la interrupción del embarazo ¿ha de ser siempre el foco de duros enfrentamientos ideológicos? Lo cierto es que todos los medios de comunicación nacionales y la opinión pública se hicieron eco de los debates, desde el mismo momento en que se conoció tanto la voluntad de derogar la ley del anterior gobierno como el contenido del documento en cuestión (*Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada*).

Una vez más, los argumentos estuvieron muy polarizados, tal como suele ocurrir en cuanto se suscita el asunto de cómo regular la interrupción voluntaria del embarazo. ¿Ha de ser siempre así? En esa ocasión, las razones a favor y, sobre todo, las razones en contra de la autonomía en las decisiones sobre la salud y la reproducción estuvieron marcadas por posiciones ideológicas bien definidas. El anteproyecto del partido conservador español y la forma de defenderlo dieron la impresión de que apenas cuentan los análisis y debates anteriores sobre el tema, numerosos y bien conocidos desde los años sesenta del pasado siglo. ¿Por qué volver a situaciones pasadas? ¿Por qué desoír argumentos aquilatados a lo largo de varias décadas? A pesar de la abundante documentación y literatura especializada sobre este tema, en los medios de comunicación los desacuerdos ideológicos tuvieron el protagonismo, dejando poco margen para el análisis de los datos y de las experiencias anteriores. No había motivo para ello, puesto que la información era y es accesible – sobre la situación en España y en otros países –, casi todas las razones a favor y en contra habían sido ya expuestas, con infinidad de matices, y, en fin, el pluralismo de las sociedades – también en la sociedad española – era y es cada vez más evidente. Por lo tanto ¿qué sentido tenía imponer una única visión de la salud, la vida o la sexualidad? Tantas fueron las preguntas, tantas las voces contrarias a un proyecto restrictivo que, al final, este hubo de ser retirado.

¿Por cuánto tiempo? ¿Habrán pronto más documentos similares? La voluntad de limitar el ejercicio de los derechos de la ciudadanía – también el de los derechos sexuales y reproductivos – sigue muy activa en determinados grupos políticos y sociales; sólo por eso, conviene volver sobre el tema, una vez más. Desde hace años, las críticas directas y las posiciones ideológicas están bien delimitadas, por este motivo en las páginas siguientes se explora otro tipo de argumento, el de la coherencia. Se trata de una crítica interna, por así decirlo; dentro de este marco, se analizan tres aspectos de la cuestión: (1) la salud reproductiva como un derecho y el modo en que este ha sido definido y regulado, (2) el papel central de la autonomía

en temas de salud, incluida la salud reproductiva, (3) la coherencia entre algunas normas vigentes y el modo de entender y regular la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Salud

"As regards sexual and reproductive health and rights policy in the EU in general

1. Recalls that 'health is a fundamental human right indispensable for the exercise of other human rights' and that the EU cannot reach the highest attainable standard of health unless the SRHR of all are fully acknowledged and promoted"¹

En el año 2013 se hizo público el *Informe* del Parlamento Europeo sobre el estado de los derechos sexuales y reproductivos en los países de la Unión. Entre otros principios, el documento recordaba que la salud es un derecho fundamental y que éste incluye a los derechos sexuales y reproductivos; estos han de estar garantizados, al igual que el resto. En consecuencia, el documento recomendaba que los Estados miembros ofrezcan información y servicios de orientación y planificación familiar, también para adolescentes y para mujeres en situación de vulnerabilidad. La educación sexual ha de ser obligatoria, sin discriminación y, además, libre de estereotipos o prejuicios. En el *Informe* se admitía que la difícil situación económica ha afectado negativamente a la mayoría de los países europeos, solo que esto no es suficiente motivo para limitar los derechos sexuales y reproductivos; tampoco deberían imponerse las posiciones más conservadoras sobre estos temas, como ha estado ocurriendo en Hungría y en España².

A la vista también de los modestos esfuerzos realizados en favor de una educación sexual de calidad y para la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual y, sobre todo, considerando las elevadas cifras de embarazos no deseados en Europa – con datos sobre embarazos en menores de edad –, una de las recomendaciones del *Informe* era, por tanto, que los Estados de la Unión aseguren que el aborto será libre, seguro y accesible³. Una recomendación parecida había sido hecha antes, en un informe del año 2002 y también del Parlamento Europeo: legalización del aborto. Cierto que esta intervención no puede ser considerada un medio para el control de la natalidad, sin embargo los datos sobre los embarazos no deseados ya eran llamativos entonces y, por tanto, había que proponer soluciones a este

problema; también había información contrastada sobre los resultados positivos – en términos de prevención – de aquellas políticas que habían combinado educación sexual, servicios de planificación familiar y legalización del aborto⁴. A lo largo de más de diez años, las recomendaciones sobre medidas para garantizar un aborto seguro han sido, pues, bastante claras y con un enfoque de derechos, válido para todos los Estados miembros de la Unión. Estos mantienen las competencias sobre políticas de salud, aun cuando las interpretan y administran de distintas maneras. El proyecto de reforma presentado y, luego, retirado por el gobierno español es una muestra más de la fragmentación y la actual debilidad de las políticas públicas en gran parte de los países europeos.

1.1. Derechos

La idea de protección de la salud sexual y reproductiva como un *derecho* – estrechamente relacionado, además, con los derechos de las mujeres (Jaggar, 1974, Sunstein, C., 1992, López de la Vieja, 2013) – quedó recogida en la legislación nacional del año 2010⁵. Era ya significativo que esta norma dedicara más espacio a las medidas para la educación, los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva, así como a la Estrategia Nacional para la materia antes que a la interrupción del embarazo. En la última parte de la ley queda claro que el aborto será “a petición de la mujer”⁶ y dentro de las catorce primeras semanas; la interesada habrá de recibir información sobre sus derechos y sobre medidas de apoyo a la maternidad. Por causas médicas, la intervención será posible antes de las veintidós semanas, sólo cuando exista riesgo para la salud de la embarazada o anomalías en el feto; el dictamen médico será preceptivo en tales casos. En conjunto, la norma del 2010 resulta coherente con una idea básica: la maternidad debe ser libremente decidida y, por tanto, la continuidad del embarazo será también objeto de decisión libre. Regular el procedimiento para la interrupción del embarazo entra dentro del objetivo general, que no era otro que garantizar derechos en materia de salud sexual y reproductiva. La ley pretendía aportar mayor seguridad, claridad y precisión⁷, evitando algunas de las incertidumbres suscitadas en la aplicación de la norma vigente en España desde el año 1985⁸.

La *Ley Orgánica 2/2010* es también coherente con una forma de entender la salud, conforme a estándares internacionales; integra la definición más habitual, propuesta por la OMS: se trata de un estado de “bienestar físico, mental y social”⁹,

más que ausencia de enfermedades. Por lo mismo, la "salud reproductiva"¹⁰ se refiere al bienestar físico, psicológico y sociocultural en lo referente a la sexualidad y a la capacidad reproductiva; como es lógico, esta idea de salud incluye la libertad de tener o no tener hijos. Además de esto, la ley es coherente con el principio de autonomía que vertebra otras normas, nacionales e internacionales, en materia de salud e investigación. De hecho, uno de los aspectos más controvertidos de esta ley de 2010 ha sido luego que las menores de edad – con dieciséis o diecisiete años – podrán dar su consentimiento¹¹ antes de la intervención, sin necesidad de informar previamente a sus padres o tutores, en el caso de que su decisión pueda ser motivo de conflicto o haya riesgo de violencia.

Nada de esto aparecía en el documento elaborado para reformar la ley vigente, a fin de volver al sistema de indicaciones. El *Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada* cambiaba en modo radical el punto de vista – contra el sistema de plazos y contra el sistema mixto –, al poner el acento en que la vida del feto es un "bien jurídico protegido por la Constitución"¹². Al haber asumido la tesis de continuidad de la vida, el proyecto iba en la dirección opuesta a la visión gradualista, presente en la Ley del año 2010. Según el *Anteproyecto*, la interrupción voluntaria del embarazo ya no sería un derecho, siendo solo permisible en los casos excepcionales, previstos en el documento. A pesar de que los plazos fueran más amplios – con intervenciones hasta las veintidós semanas de gestación –, el nuevo texto limitaba la autonomía de las embarazadas, menores y mayores de edad, potenciando la intervención de la familia, así como de especialistas y jueces. Estos tendrían un papel destacado en el proceso de información y asesoramiento, que se acreditará mediante certificados. Por descontado, las menores de edad tendrían que informar a sus padres o tutores; en caso de que existan motivos que lo desaconsejen, entonces será un juez quien se pronuncie sobre la validez del consentimiento de la menor¹³.

El procedimiento vía judicial sería, en fin, extremadamente complejo. ¿Estará al alcance de todas las menores afectadas? Los objetivos generales del anteproyecto eran la defensa de la vida del feto y el apoyo a la maternidad. Pero esto último estaba desarrollado de modo insuficiente en el texto; así lo señalaba el documento del Comité de Bioética¹⁴, a pesar de ir en la misma línea que el gobierno: un enfoque no gradualista, de protección a la vida del no nacido¹⁵. En el informe, los votos particulares mencionaban las carencias del anteproyecto, en cuanto a medidas y

políticas de apoyo a la maternidad¹⁶. Solo resta decir que llama la atención el hecho de que ni el *Anteproyecto* ni el informe del Comité de Bioética tenían en cuenta las recomendaciones recogidas en los sucesivos documentos del Parlamento Europeo sobre derechos sexuales y reproductivos.

2. Autonomía

"...2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información"¹⁷.

Desde 1979 y a partir de los principios recogidos en el *Informe Belmont*, la autonomía resulta fundamental para el ámbito clínico y para la investigación con sujetos humanos. En la práctica, esto implica que ninguna actuación se llevará a cabo sin el consentimiento de la persona afectada o de quien la represente. El consentimiento libre e informado es, pues, el procedimiento indicado para recabar la autorización de quien haya de someterse a alguna intervención o participar en ensayos y estudios. Reconocer la autonomía de alguien significa respetar sus opiniones, juicios y decisiones, sin interferir, excepto cuando representen un claro perjuicio para otras personas¹⁸. Este principio y la protección de quienes no tengan capacidad para expresar consentimiento – mayores y menores de edad – están también recogidos en el *Convenio* de 1997 sobre los derechos humanos en las aplicaciones de la Medicina y la Biología¹⁹. En consonancia con lo anterior, la normativa nacional sobre salud, reproducción asistida y salud reproductiva integra la autonomía como principio básico.

1. La *Ley 41/2002* se refiere de forma expresa al respeto de la autonomía de los pacientes, tanto en lo que se refiere a la información clínica – su obtención, uso y archivo²⁰ – como a las actuaciones que les afecten. Los pacientes decidirán libremente, el consentimiento informado²¹ será el procedimiento para solicitar su conformidad antes de iniciar cualquier tratamiento. Como era de esperar, las personas sin la capacidad para entender la información y dar luego su consentimiento o aquellas otras que estén legalmente incapacitadas contarán

con alguien que puede representarles en el procedimiento. Cabe destacar que el principio de autonomía y el resto de las disposiciones de esta norma se aplicarán también a los ensayos clínicos, la reproducción asistida y la interrupción del embarazo²².

2. La *Ley 14/2006* regula el uso de las nuevas técnicas de reproducción asistida y, una vez más, una de las condiciones para la aplicación será la aceptación libre y consciente por parte de las mujeres, mayores de edad y con plena capacidad de obrar²³; de estar casadas, hará falta añadir el consentimiento del marido. Quedará constancia de todo ello en el formulario de consentimiento informado; por descontado, la información clínica será tratada con todas las garantías. Se entiende también que será necesario que las técnicas hayan de tener probabilidad de éxito y no suponer un riesgo grave para la salud. En cambio, la norma limita cualquier acuerdo o contrato de "gestación por sustitución"²⁴, tanto si media remuneración como si no, puesto que la filiación vendrá determinada solo por el parto. El texto tomaba así postura en medio de los debates reciente en torno a la maternidad de alquiler y su posible legalización.
3. El objetivo de la *Ley 14/2007* es la investigación en ciencias de la salud y biomedicina, incluidas la participación de sujetos humanos en ensayos y la donación de tejidos o muestras. De nuevo, el principio general es el respeto por la autonomía de las personas, el consentimiento informado será el procedimiento a seguir²⁵. Con las debidas garantías y siempre que los riesgos sean mínimos, se autorizará la investigación con mujeres embarazadas²⁶. Además, esta norma regula un tema especialmente controvertido, como es la donación de preembriones para la investigación biomédica; sin duda, lo primero será que los donantes manifiesten su conformidad, por escrito y después de haber sido informados de los objetivos y posibles consecuencias de la investigación a realizar²⁷.
4. Pese a que la finalidad de la *Ley 39/2006* es diferente, la atención a quienes se encuentran en una situación de dependencia, el principio general es el mismo: la autonomía personal. Las medidas previstas en la ley están destinadas a promoverla, para ello se ha de crear un sistema que contribuya a que las personas con necesidad de ayuda de otros para la vida diaria o para el cuidado personal estén en condición de desarrollar sus actividades y tomar decisiones²⁸. El sistema de servicios y prestaciones (denominado Sistema para la Autonomía y Atención a

la Dependencia, SAAD) ha de ser accesible para todos, en condiciones de igualdad y, siempre, con la mira en la autonomía. Sin embargo, en los últimos años la calidad de los servicios se ha deteriorado al disminuir los recursos necesarios para sostener el sistema. Es significativo que algo similar haya ocurrido con las medidas previstas en la norma elaborada para promover la igualdad real, no solo formal: la *Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. El texto regula la integración de este principio en todas las áreas, sin olvidar las políticas de salud²⁹.

En la línea de estas normas, la *Ley Orgánica 2/2010* sobre salud sexual y reproductiva mantiene el derecho a la libertad, la intimidad y la autonomía personal; por ello, la maternidad decidida libremente también es un derecho reconocido³⁰. El *Anteproyecto* para reformar esta ley no sólo prescindía de una idea integral de salud sexual y reproductiva, centrándose en la regulación del aborto – con un modelo de indicaciones – sino que, además, modificaba una de las bases sobre las que se ha legislado desde hace más de una década sobre temas de salud, reproducción asistida, investigación biomédica, ayuda a la dependencia, etc. No es lo mismo, situar en primer lugar la protección de la vida, la del feto y la de la embarazada, que el respeto por la autonomía. Las consecuencias también serán diferentes. De hecho, el texto del gobierno³¹ modificaba varios artículos de la Ley del año 2002, en la cual se reconoce la autonomía de los pacientes; no dejaba de ser una suerte de declaración de principios.

3. Interrupción voluntaria del embarazo

“La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo.”³²

La ley del año 2010 hacía suyas las definiciones y pautas generales de la OMS sobre salud y educación en materia de sexualidad y reproducción. De hecho, en su documento del año 2004 esta organización volvía a recordar que hace falta una estrategia internacional, global, para abordar estos temas³³. Son clave para la vida personal y para el desarrollo de los países. De manera especial, el documento tenía en cuenta tanto los datos sobre abortos no seguros en el mundo como la perspectiva de género. Esta es fundamental para entender la desigualdad de mujeres

y hombres – en todos los países - y, por tanto, diferencias en nutrición, educación y salud. La situación llega a agudizarse en los casos de violencia, también la violencia padecida por un elevado porcentaje de mujeres durante los embarazos³⁴. Las cifras empleadas por la OMS son contundentes y muestran cuál es la auténtica realidad de la salud sexual y la reproducción en muchos, demasiados países. Nada tiene que ver esta realidad con la visión convencional de la maternidad, tampoco con la versión más conservadora de la interrupción voluntaria del embarazo.

¿Por qué? Esas cifras hablan de desigualdad, discriminación, pobreza y vulneración de derechos, los derechos de las mujeres. Por esta razón, las políticas de salud - o los gobiernos nacionales - no han tenido como objetivo la limitación de tales derechos sino todo lo contrario, ampliar y garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. De acuerdo con esto, cualquier análisis y, llegado el caso, la regulación del tema, la interrupción del embarazo, debería empezar con datos contrastados, no sólo con lugares comunes. Para ser lo más completo posible, habría de tener luego en cuenta, al menos, tres aspectos: 1º) la perspectiva de género, 2º) los diferentes argumentos, a favor y en contra, 3º) la experiencia de otras generaciones y de otros países.

Parece obvio, sin embargo no es frecuente admitir que, sin la perspectiva de género, apenas se entiende qué significa y qué consecuencias puede tener la interrupción del embarazo, en general y en particular. Es del todo inverosímil que el problema sea descrito como un litigio entre dos agentes – el no nacido y la embarazada -, con intereses y derechos encontrados. Con este planteamiento, parece normal que tengan que intervenir los tribunales y, en general, las instituciones. Pero esta imagen no es exacta. Aun hoy, hace falta recordar de qué se trata en realidad y por qué es un dilema para muchas mujeres (Thomson, 1971). Lo es, pero no el tipo de dilema que contraponen el derecho a la vida y la autonomía, el de dos personas con iguales derechos. Esta descripción no es exacta, cualquier mujer que haya pasado por la experiencia del embarazo podría explicarlo. Tampoco se puede decir que no exista una visión alternativa sobre la salud y la reproducción, desde hace varias décadas las teorías feministas han conseguido llevar esa perspectiva – la otra voz – al análisis de las cuestiones que más preocupan en medicina y en bioética, antes y ahora (Jaggar, 1997, López de la Vieja, 2004). Además, las formas de relación y de familia se definen ahora en términos más plurales que en otras etapas (Macklin, 1991); por tanto, sobre el embarazo y la maternidad hay más de una perspectiva (Little, 1996), no sólo la más convencional.

En segundo lugar, precisamente porque se trata de decisiones en extremo difíciles, vale la pena considerar todos los aspectos y todos los argumentos, favorables y contrarios (Feinberg, 1984, 1-8, Casado, M., Corcoy, M., Ros i A, R., 2008, López de la Vieja, 2000). En todo caso, hacer del aborto objeto de debates poco racionales y sí de enfrentamientos ideológicos solo aportará más dificultad y confusión a un tema de suyo complejo; dejarán más solas a aquellas mujeres que han de tomar decisiones, con consecuencias para otros y para ellas mismas. Se trata, en fin, de deliberación práctica, no tanto de creencias. Por último, hoy no hay razón para no tener en cuenta otros debates y otras experiencias análogas. Las situaciones son concretas, los agentes pasan por circunstancias únicas, irrepetibles, pero la información general está disponible, al margen de fronteras geográficas e ideológicas. Los derechos deberían ser también reconocidos, tanto a escala global como a escala local (Guerra, 2014).

En conclusión, apenas se entiende que las nuevas leyes tengan un objetivo limitado y que defiendan únicamente modelos convencionales. En cuanto al aborto, en el año 2013 eran ya conocidas las recomendaciones sobre derechos sexuales y reproductivos, gracias al *Informe* elaborado a iniciativa del Parlamento Europeo. Puede decirse lo mismo de la difusión de los documentos de la OMS, con una estrategia definida en materia de salud reproductiva, tal como aparecía en el documento del año 2004. Aun así, el anteproyecto del gobierno español, para la protección de la vida del feto y los derechos de la embarazada, no tuvo presentes aquellas recomendaciones ni la estrategia internacional sobre salud. Tampoco parece haber incorporado de forma consistente el principio de autonomía, pese a que aun es el núcleo de las leyes nacionales sobre salud, reproducción asistida, salud reproductiva e investigación biomédica. Están vigentes, además, la norma sobre promoción de la autonomía de las personas con problemas de dependencia y, en todo caso, la norma sobre igualdad de mujeres y hombres.

Por consiguiente, lo correcto sería que cualquier iniciativa para modificar en parte o en su totalidad la ley del año 2010 tuviera presente la definición de "salud sexual y reproductiva", aceptada en documentos y por organizaciones internacionales. Está además la experiencia de las mujeres de este y de otros países, con datos bien elocuentes sobre desigualdad en el acceso a los recursos sanitarios. En fin, la cuestión no es cómo llevar una determinada visión del mundo, de la vida y la maternidad a las leyes sino algo muy diferente, cómo integrar definiciones y

principios aceptados desde hace tiempo y en casi todos los países del entorno: desde la autonomía hasta el derecho a la salud, en su sentido más amplio. Esto vale o debería valer también para la autonomía y la salud de las mujeres.

Bibliografía

- Casado, M., Corcoy, M., Ros i A, R. (2008): *Documento sobre la interrupción voluntaria del embarazo*, Observatori de Bioètica i Dret, Barcelona
- Feinberg, J. (1984): *The Problem of Abortion*, California, Wadsworth
- Guerra, M.J. (2014): "Feminismo transnacional, globalización y derechos humanos" *Dilemata*, 15, pp. 161-169
- Jaggar, A. (1974): "Abortion and a Woman's Right to Decide", *Philosophical Forum*, pp. 347-360.
- Jaggar, A. (1997): "Regendering the US Abortion Debate", *Journal of Social Philosophy*, 28, pp. 127-140.
- Little, M.O. (1996): "Procreative Liberty, Biological Connections, and Motherhood", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 6, pp. 392-396.
- López de la Vieja, M.T. (2013): "Género y derecho a la salud" *Bioética y literatura*, Madrid, Plaza y Valdés, pp. 137-159
- López de la Vieja, M.T. (2004): "Decisiones sobre la maternidad" *La mitad del mundo. Ética y Crítica feminista*, Salamanca, Publicaciones Universidad, pp.58-68
- López de la Vieja, M.T. (2000): "Aborto, autonomía en la maternidad" *Principios morales y casos prácticos*, Madrid, Tecnos, pp. 99-148
- Macklin, R. (1991): "Artificial Means of Reproduction and Our Understanding of the Family", *The Hastings Center Report*, Jan 1
- Sunstein, C. (1992): "Neutrality in Constitutional Law (With Special Reference to Pornography, Abortion, and Surrogacy)", *Columbia Law Review*, 92, pp. 1-52
- Thomson, J.J. (1971): "A Defense of Abortion", *Philosophy and Public Affairs*, 1, pp. 47-66
- Comité de Bioética de España (2014): *Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada*, Madrid
- Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, Oviedo, 4. IV. 1997 European Treaty Series, No. 164
- European Parliament, Committee on Women's Rights and Gender Equality, *DRAFT REPORT on Sexual and Reproductive Health and Rights*, Rapporteur: Edite Estrela, 31.5.2013 (2013/2040(INI))
- European Parliament, Committee on Women's Rights and Equal Opportunities, *REPORT on Sexual and Reproductive Health and Rights* Rapporteur: Anne E.M. Van Lancker, 6.06.2002, (2001/2128 (INI))
- Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de despenalización del aborto en determinados supuestos.

- 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 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica
- 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
- Ministerio de Justicia (2013): Anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada, Madrid
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979): *The Belmont Report Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, April 18
- World Health Organization (2004): *Reproductive Health Strategy*, Geneva

Notas

1. European Parliament, Committee on Women's Rights and Gender Equality, *DRAFT REPORT on Sexual and Reproductive Health and Rights*, 31.5.2013 (2013/2040(INI)) , p. 6. La ponente fue E. Estrela; para la elaboración del informe se tuvo en cuenta, entre otros documentos, la Resolución 1607, del año, 2008, sobre las condiciones del aborto legal en la Unión Europea y, en especial, los datos sobre diferencias en materia de salud sexual y reproductiva en todos los países de la Unión. Un Informe anterior del año 2002, con A.Van Lancker como ponente, ya había recomendado medidas para ofrecer información adecuada, educación sexual de calidad y servicios de planificación familiar en todos los países europeos (*REPORT on Sexual and Reproductive Health and Rights* (2001/2128 (INI)))
2. El Informe se refería en modo expreso a los dos países, España y Hungría; European Parliament, Committee on Women's Rights and Gender Equality, *DRAFT REPORT on Sexual and Reproductive Health and Rights*, p. 9
3. Recommends that, as a human rights concern, abortion should be made legal, safe, and accessible to all; European Parliament, Committee on Women's Rights and Gender Equality, *DRAFT REPORT on Sexual and Reproductive Health and Rights*, p.7
4. European Parliament, Committee on Women's Rights and Equal Opportunities, *REPORT on Sexual and Reproductive Health and Rights* (2001/2128 (INI)), p. 6
5. "La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales", *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.*, "Preámbulo", I.
6. Ibidem, art. 14

7. Ibidem, "Preámbulo", II
8. *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de despenalización del aborto en determinados supuestos.*
9. *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, art. 2, a
10. Ibidem, art. 2, c
11. Ibidem, art. 13
12. Ministerio de Justicia: *Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada*, Artículo cuarto. Modificación de la 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.
13. Ibidem, art 768 bis.
14. Comité de Bioética de España (2014): *Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada*, Madrid, pp.16-17
15. "Este Comité valora positivamente el cambio de modelo que se establece en el Anteproyecto frente al modelo vigente, al considerar que permitir el aborto durante las primeras catorce semanas de gestación, sin alegar causa que lo justifique, supone una desprotección absoluta del ser humano", Ibidem, p.6
16. Ibidem, pp 37-38
17. *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*, art. 2
18. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979): "Basic Ethical Principles", *The Belmont Report Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, April 18, Part B
19. *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, Oviedo, 4. IV. 1997 European Treaty Series, No. 164, art. 5 y 6.
20. *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*, art. 2.1
21. Ibidem, art.8
22. "La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación", ibídem, art. 9.4
23. *Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana*, arts.3 y 6
24. Ibidem, art.10
25. *Ley 14/2007 de 3 de julio, de investigación biomédica*, art.4
26. Ibidem, art. 19
27. Ibidem, art. 29
28. *Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, art.2
29. *Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*, art. 27

30. *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, art. 3
31. Ministerio de Justicia: *Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada*, Artículo cuarto. Modificación de la 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.
32. *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, "Preámbulo", I
33. World Health Organization (2004): *Reproductive Health Strategy*, Geneva, pp.3, 7-9
34. Ibidem, p. 16