

Igualdad

FEMINISMOS Y DERECHO

Un diálogo interdisciplinario en torno
a los debates contemporáneos



Ana Micaela Alterio
Alejandra Martínez Verástegui
Coordinadoras



Suprema Corte
de Justicia de la Nación



Centro de Estudios
Constitucionales
SCJN

ITAM

INSTITUTO TECNOLÓGICO AUTÓNOMO DE MÉXICO

Derechos
Sexuales
y Reproductivos



Programa de Derecho a la Salud - CIDE

**Sistema Bibliotecario de la Suprema Corte de Justicia de la Nación
Catalogación**

PO

B614.190 F454f Feminismos y derecho : un diálogo interdisciplinario en torno a los debates contemporáneos / coordinadoras Ana Micaela Alterio, Alejandra Martínez Verástegui ; esta obra estuvo a cargo del Centro de Estudios Constitucionales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación ; presentación Ministro Arturo Zaldívar Lelo de Larrea.-- Primera edición. -- Ciudad de México, México : Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2019. 1 recurso en línea (xiv, 318 páginas). -- (Igualdad)

ISBN 978-607-552-139-8

1. Feminismo – Derecho a la igualdad – Aspectos jurídicos – Ensayos – América Latina 2. Delitos de lesa humanidad – Mujeres – Condición jurídica 3. Femicidio – Políticas públicas – Análisis 4. Interrupción legal del embarazo – Legislación – Crítica 5. Despenalización del aborto 6. Aborto 7. Maternidad subrogada – Iniciativa de leyes 8. Acoso sexual 9. Madres sustitutas I. Alterio, Ana Micaela, coordinador II. Martínez Verástegui, Alejandra, coordinador III. Zaldívar Lelo de Larrea, Arturo, 1959- , escritor de prólogo IV. México. Suprema Corte de Justicia de la Nación. Centro de Estudios Constitucionales V. serie
LC HQ1460.5

Primera edición digital: enero de 2020

D.R. © Suprema Corte de Justicia de la Nación
Avenida José María Pino Suárez núm. 2
Colonia Centro, Alcaldía Cuauhtémoc
C.P. 06060, Ciudad de México, México.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio, sin autorización escrita de los titulares de los derechos.

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de los autores y no representa en forma alguna la opinión institucional de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

Esta obra estuvo a cargo del Centro de Estudios Constitucionales de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

La edición y el diseño de esta obra estuvieron a cargo de la Dirección General de la Coordinación de Compilación y Sistematización de Tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.

El derecho al aborto: Progresos, atrasos y esperanzas

Rosana Triviño Caballero*

* Doctora en Filosofía, profesora de la Universidad de Alcalá de Henares y Presidenta del Laboratorio de Investigación e Intervención Filosófica y Ética (LI²FE, www.liife.org). Ha desarrollado este trabajo en el seno de los proyectos de investigación *ProtoAccess* [*Fundació Grifols*, BEC-2016-011]; *FilNac* (Ministerio de Economía y Competitividad, FI2016-77755-R, <https://fil-nac.org/>) y *KONTUZ-2* (Ministerio de Economía y Competitividad, FFI2014-53926-R, <http://kontuz.weebly.com/>). Contacto: rosana.trivino@liife.org

Agradezco a las coordinadoras de este volumen, Micaela Alterio y Alejandra Verástegui, la oportunidad de participar en esta publicación y a Grizel Robles la tarea de edición de este texto.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. El aborto en cifras. 3. Obstáculos en el acceso al aborto legal. 3.1. Cobertura asistencial. 3.2. Objeción de conciencia 3.3. Requisitos procedimentales obligatorios. 4. Relatos sobre el aborto y estrategias discursivas. 5. A modo de conclusión.

Palabras clave: Acceso al aborto, aborto voluntario, derechos humanos, España.

1. Introducción

El acceso al aborto¹ ha cambiado profundamente en las últimas décadas. A principios del siglo XX, el aborto era ilegal en casi todos los países del mundo, a excepción de China.² En cambio, durante la segunda mitad del mismo siglo, numerosos países fueron estableciendo leyes que permitían la interrupción de la gestación bajo determinadas circunstancias y por distintos motivos.³ Desde entonces hasta ahora, ha habido avances y retrocesos, de tal manera que no se puede afirmar que el derecho al aborto esté completamente consolidado, ni siquiera en los países con las legislaciones más liberales.⁴ Incluso allí donde se trata de una práctica

¹ Aunque bajo la denominación "aborto" se incluyen muchas variantes, en este trabajo me referiré solo al aborto inducido voluntariamente. También se utilizarán las expresiones "interrupción de la gestación" e "interrupción del embarazo" en el mismo sentido.

² Jeanne Marecek, Catriona Macleod y Lesley Hogart, "Abortion in Legal, Social, and Healthcare contexts", *Feminism & Psychology*, vol. 27, núm.1, 2017, pp. 4-14.

³ Nathalie Bajos y Michèle Ferrand, «De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement», *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, núm. 1, 2011, pp. 42-60.

⁴ Cfr. Silvia de Zordo, Joanna Mischal y Lorena Anton (eds.), *A Fragmented Landscape. Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, Berghahn Books, Oxford-Nueva York, 2016.

legalmente permitida y está más fácilmente disponible, su implementación pone de manifiesto que no ha alcanzado el mismo grado de legitimidad moral.⁵ Resulta frecuente encontrar condiciones que, de facto, obstaculizan el acceso al aborto y restringen el control de las mujeres sobre sus cuerpos y proyectos vitales.

Más allá de las exigencias del cumplimiento de plazos y supuestos, las leyes suelen incluir en su articulado, por un lado, un amplio amparo para el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales, lo cual puede traducirse en importantes dificultades para asistir a las mujeres;⁶ y por el otro, una serie de requisitos procedimentales (prestación del servicio exclusivamente por médicos especialistas y en centros acreditados; emisión de certificados por parte de padres, tutores o expertos; asesoramiento y periodos de espera obligatorios), cuya pertinencia resulta cuestionable. En ocasiones, a ello se añade la exclusión de la interrupción de la gestación de la cartera de servicios de los sistemas públicos y privados de salud, de manera que aunque esté reconocida formalmente, no lo está desde el punto de vista material.

A estas dificultades pragmáticas se unen otras de carácter simbólico. Los discursos en relación con el aborto con frecuencia se construyen sobre presupuestos y generalizaciones que estigmatizan la práctica. Tanto desde sectores conservadores como progresistas, la interrupción de la gestación se considera un proceso invariablemente traumático y doliente. Como resultado, el aborto constituye un tabú que culpabiliza a las mujeres incluso en sus círculos más cercanos.

En el presente capítulo, se realiza, en primer lugar, un breve repaso de la incidencia y la situación legal del aborto en el mundo. A continuación,

⁵ Cfr., Ann Furedi, *The Moral Case for Abortion*, Palgrave Macmillan, Londres, 2016; Rebecca J. Kreitzer, "Politics and Morality in State Abortion Policy", *State Politics & Policy Quarterly*, vol. 15, núm. 1, 2015, pp. 41-66.

⁶ Cfr., Rosana Triviño Caballero, *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, CSIC-Plaza y Valdés, Madrid, 2014; Silvia de Zordo, «Interruption volontaire de grossesse et clause de conscience en Italie et en Espagne, entre droits des femmes et 'droits' du fœtus/patient», *Sociologie Santé*, vol. 38, 2015, pp. 107-129.

se presentan los principales obstáculos que las mujeres encuentran allí donde la práctica es legal. Seguirá el análisis de las estrategias discursivas que hacen del aborto una práctica estigmatizada y estigmatizadora. A modo de conclusión, se ofrecen algunas consideraciones con las que se pretende defender una implementación del derecho al aborto centrada en las necesidades e intereses de las mujeres.

2. El aborto en cifras

De acuerdo con el último informe presentado por el Instituto Guttmacher,⁷ se estima que, en el periodo de 2010 a 2014, se produjeron 36 abortos por cada mil mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 44 años, residentes en países en desarrollo, frente a una ratio de 27 abortos por cada mil mujeres del mismo rango de edad y que habitan en regiones desarrolladas. En la mayor parte del mundo la tasa más alta de abortos se concentra en las mujeres de entre 20 y 24 años de edad. En cuanto al periodo adolescente (15 a 19 años), el número de abortos es bajo y decreciente en los países desarrollados (3-16/1.000 mujeres). Desgraciadamente, no existen datos sobre esta franja de edad que permitan conocer la situación de las regiones en desarrollo.

De estas cifras, comparadas con las de periodos anteriores (1990 a 1994), se desprende un significativo decrecimiento en el caso de los países desarrollados, mientras que no se han encontrado cambios significativos en los países en desarrollo. El mayor descenso se ha detectado tanto en las regiones del Este Europeo como de Asia Central, gracias al aumento en el uso de métodos anticonceptivos.

En cuanto a la situación legal, el aborto sigue siendo una práctica prohibida o altamente restringida en la mayor parte de los países en

⁷ Los datos que se proveen a continuación han sido extraídos del último informe del Instituto Guttmacher. Vid., Susheela Singh, *et al.*, *Abortion Worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access*, Guttmacher Institute, Estados Unidos, 2017.

desarrollo.⁸ En 2017, el 42% de las mujeres en edad reproductiva vivía en los 125 países donde la interrupción de la gestación está prohibida o solo permitida para salvar sus vidas o proteger su salud. Frente a esta situación, la mayor parte de las leyes más liberales en materia de aborto se encuentran en Europa, Norteamérica y algunos países asiáticos, lo que no significa que en algunos de sus países el acceso al aborto esté fácilmente garantizado. Este es el caso de algunos estados de Estados Unidos de Norteamérica o de Europa del Este, como Polonia.

Desde el año 2000, 28 países han cambiado su legislación sobre el aborto. Todos ellos han ampliado los supuestos con el fin de proteger la salud de la mujer; para incluir casos de violación o incesto y situaciones en las que el feto presente graves anomalías; razones socioeconómicas o, incluso, para que exista la posibilidad de que se produzca sin restricciones dentro de un determinado plazo.⁹ A este listado podría unirse Irlanda, que tras largos años de lucha ha aprobado a finales de este año 2018 en un referéndum histórico un cambio constitucional mediante el que se abre la posibilidad de regular el aborto.¹⁰

La evolución normativa en estas casi dos últimas décadas da motivos para la esperanza de quienes defienden el aborto como derecho. No obstante, no deben menospreciarse aquellas dinámicas contrarias a la progresión anterior que resultan relevantes: por un lado, la existencia de otras iniciativas que, si bien son minoritarias, persisten en su objetivo de limitar o incluso prohibir el aborto;¹¹ por otro, el hecho de que la liberalización

⁸ *Ibidem*, pp. 14-19.

⁹ En este sentido se ha pronunciado favorablemente la Comisión Europea de Derechos Humanos, desde donde se ha defendido que "el acceso al aborto seguro y legal representa una parte intrínseca de las obligaciones en Derechos Humanos de los Estados Miembros". *Heraldo*, "¿En qué países europeos continúa penalizado el aborto?", *Heraldo*, 8 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/internacional/2018/10/31/que-paises-europeos-continua-penalizado-aborto-1247622-306.html> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

¹⁰ Harriet Sherwood, "Abortion in Ireland-what happens next?", *The Guardian*, 26 de mayo de 2018. Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2018/may/26/abortion-ban-repealed-ireland-what-happens-next> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

¹¹ Este fue el caso relativamente reciente de España, con el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada de 2013. Disponible

de las leyes no garantiza un acceso real al aborto. Efectivamente, el reconocimiento formal de un derecho es esencial para que sea posible su ejercicio, pero no basta para su implementación de facto.¹² Sin los medios y cuidados necesarios, la liberalización del aborto constituiría una buena muestra de "un derecho que no es". De ahí la necesidad de que la voluntad política acompañe tanto la eliminación de aquellos obstáculos que lo dificultan o impiden, como la promoción de medidas que faciliten el acceso y los recursos necesarios que hagan viable la prestación.

3. Obstáculos en el acceso al aborto legal

Es un hecho probado que los abortos inseguros se concentran mayoritariamente en regiones en vías de desarrollo donde los gobiernos restringen

en: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/1215197775106/Medios/1288787886864/Detalle.html> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018), cuyos postulados básicos ha retomado Pablo Casado, el nuevo líder del Partido Popular. Más preocupante aún resulta la situación de Polonia. A pesar de contar ya con una de las normativas de aborto más restrictivas del mundo, se estudia allí un nuevo proyecto de ley para endurecer la interrupción voluntaria del embarazo. Una comisión parlamentaria responde así a la iniciativa popular *Stop Aborcja*, que reunió las 450.000 firmas necesarias para revisar la ley vigente y someter a votación de la cámara la supresión del supuesto que permite el aborto cuando el feto presenta malformaciones o una enfermedad irreversible. Tras el trabajo de esta comisión, el proyecto se someterá a la votación del pleno, salvo que antes sea desestimado. A propósito de esta cuestión, *vid.*, Rosalía González, "Polonia, último bastión contra el aborto", *ABC*, 26 mayo 2018. Disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abci-polonia-ultimo-bastion-contra-aborto-201805262139_noticia.html (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018). En Estados Unidos de Norteamérica, varios estados están también implementando políticas restrictivas con el acceso al aborto. Iowa ha aprobado una ley para prohibir el aborto después de que el latido fetal sea detectado (en torno a las 6 semanas, con frecuencia antes de que la mujer sepa que está embarazada). Mississippi aprobó recientemente la prohibición del aborto a las 15 semanas de gestación y Luisiana está a la espera de que su gobernador dé el visto bueno para una restricción similar. A este respecto, *vid.*, *Centre for Reproductive Rights*, "What if Roe Fell?". Disponible en: <https://www.reproductiverights.org/what-if-roe-fell> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018). Por su parte, en el altamente restrictivo entorno latinoamericano, destaca la reciente denegación por parte del Senado argentino de regular el aborto, en contra de la voluntad del Congreso y del clamor de las miles de personas que se manifestaron a favor en un movimiento feminista apoyado y reconocido internacionalmente. En relación con este último caso, *vid.*, Federico Rivas Molina y Mar Centenera, "Así hemos contado el 'no' del Senado al aborto legal en Argentina", *El País*, 9 de agosto de 2018. Disponible en: https://elpais.com/internacional/2018/08/08/argentina/1533730863_217039.html (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

¹² *Cfr.*, Stephen Holmes y Cass R. Sunstein, *The Costs of the Rights. Why Liberty Depends on Taxes*, Norton Company, Nueva York, 1999.

severamente el acceso al aborto.¹³ Pero incluso allí donde es ampliamente legal, no siempre la provisión de servicios es adecuada o asequible para las mujeres. Así, en los casos en los que la interrupción de la gestación queda fuera de la cartera de servicios, las mujeres que tienen recursos limitados se ven especialmente afectadas, puesto que si no es posible para ellas asumir los gastos de la intervención u obtener su reembolso a posteriori, el derecho al aborto podría estar garantizado desde un punto de vista formal, pero no material.¹⁴ La distinción entre *permitir* la IG y *hacerla posible* refleja el grado de compromiso por parte del estado a la hora de posibilitar el acceso a la interrupción de la gestación.

3.1. Cobertura asistencial

Se ha comprobado que la inclusión del aborto dentro de la cartera de servicios, junto con el desarrollo y aplicación de protocolos en el marco de los sistemas sanitarios, está contribuyendo a garantizar un aborto seguro.¹⁵ Asimismo, tanto la formación de profesionales sanitarios de nivel medio —es decir, no necesariamente médicos o especialistas en ginecología y obstetricia— como el acceso a métodos medicamentosos no invasivos siguen reforzando de manera significativa la seguridad y accesibilidad a la interrupción de la gestación, incluso en aquellas regiones donde el aborto está prohibido.¹⁶

En relación con el uso de medicación, el misoprostol se ha convertido en una alternativa de elección ampliamente extendida, especialmente en aquellos países donde las restricciones son mayores¹⁷ y, curiosamente, también entre colectivos migrantes que viven en países donde el acceso al

¹³ Susheela Singh *et al.*, *Abortion Worldwide*, *op. cit.*, p. 5.

¹⁴ Yael Yishai, "Public Ideas and Public Policy. Abortion Politics in Four Democracies", *Comparative Politics*, vol. 25, núm. 2, 1993, p. 210; Amy G. Mazur, *Theorizing Feminist Policy*, Oxford University Press, Nueva York, 2002, pp. 138-139.

¹⁵ Susheela Singh *et al.*, *Abortion Worldwide*, *op. cit.*, pp. 20-27.

¹⁶ *Idem*; Patricia Lohr *et al.*, "Abortion", *BMJ Clinical Review*, enero 2014, núm. 348:f7553, pp. 1-7; Jeanne Marecek *et al.*, "Abortion in Legal, Social, and Healthcare contexts", *op. cit.*

¹⁷ Patricia Lohr *et al.*, "Abortion", *op. cit.*; Susheela Singh *et al.*, *Abortion Worldwide*, *op. cit.*, p. 29.

aborto es legal y gratuito.¹⁸ En efecto, la posibilidad de administrar la medicación a través de la telemedicina en aquellos lugares donde la IG está permitida es una realidad, como también lo es su adquisición a través de internet u organizaciones pro-elección allí donde es ilegal, demasiado cara o de difícil acceso.¹⁹

Frente a esta situación, resulta llamativo que no sea una opción que se ofrezca a las mujeres como alternativa a métodos quirúrgicos, sin duda más invasivos, en contextos en los que el aborto se encuentra dentro de la cartera de servicios del sistema público de salud. Hay quien ha identificado razones de diversa índole que podrían motivar semejante limitación. En primer lugar, la resistencia al cambio por la inercia que acompaña a la aplicación de los métodos tradicionales; en segundo lugar, la pérdida económica y de poder para clínicas y profesionales que genera un recurso ambulatorio como este; en tercer lugar, la conceptualización del aborto como una práctica permitida legalmente, pero moralmente incorrecta y reprobable, que no puede tomarse a la ligera y cuya consecución no puede ser fácil e inmediata, sino a través de procedimientos e intervenciones que, con frecuencia, se convierten en un castigo para las mujeres.²⁰

3.2. Objeción de conciencia

La consideración moral del aborto constituye también la justificación que fundamenta el recurso a la objeción de conciencia por parte no solo

¹⁸ Vid. Rosana Triviño Caballero, "Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público", *Dilemata*, año 4, núm. 10, 2012, pp. 31-44.

¹⁹ Vid. Ara Aiken *et al.*, "Experiences and Characteristics of Women seeking and completing at-Home medical termination of Pregnancy through Online Telemedicine in Ireland and Northern Ireland: A Population-based Analysis", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 124, núm. 8, Julio 2017, pp. 1208-1215; Phil Galewitz, "A Study Tests the Safety of Women Using Abortion Pills Sent by Mail", *The New York Times*, 10 de noviembre de 2016, p. A13. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2016/11/11/health/abortion-study-mail.html> (última consulta: 25 de agosto de 2018); Patricia Lohr *et al.*, "Abortion", *op. cit.*

²⁰ Nathalie Bajos y Michèle Ferrand, "De l'interdiction au contrôle...", *op.cit.*, p. 50; Rosana Triviño Caballero, "Acciones indebidas en el acceso al aborto. A propósito del periodo de espera y asesoramiento obligatorios", en Rosana Triviño y Txetxu Ausín (eds.), *Hacer o no hacer. La responsabilidad por acciones y omisiones*, Plaza y Valdes, Madrid, 2018, pp. 313-338.

de profesionales sanitarios, sino también de gestores, personal administrativo, celadores, ambulancieros, farmacéuticos e incluso instituciones.²¹ Esta situación es ampliamente visible en lugares como los Estados Unidos de Norteamérica, donde abundan los casos de objeción gracias, en gran medida, a la expansión de las cláusulas protectoras de conciencia que se iniciaron en la administración Bush Junior y que ha resurgido con fuerza en la era Trump.²²

La objeción por parte de los profesionales sanitarios supone un espacio de excepcionalidad que les permite no intervenir en la interrupción del embarazo cuando están en desacuerdo con las indicaciones legalmente establecidas, con la presunta intención de preservar la libertad de conciencia y garantizar su integridad moral. El derecho a no participar en la interrupción de la gestación, generalizado y ampliamente reconocido en las sociedades occidentales, es una prerrogativa que restringe de manera evidente el acceso al aborto de las mujeres, especialmente en determina-

²¹ *Cfr.*, Rosana Triviño Caballero, *El peso de la conciencia*, *op. cit.*, pp. 269-276; Mark Wicclair, *Conscientious Objection in Health Care*, Cambridge University Press, Nueva York, 2011, pp. 135-167.

²² A este respecto, *vid.*, por ejemplo, la ley emanada bajo el mandato de George W. Bush, *Ensuring that department of Health and Human Services Funds do Not Support Coercive or Discriminatory Policies or Practices in Violation of Federal Law*, *Federal Register*, 19 de diciembre de 2008. Disponible en: <https://www.federalregister.gov/documents/2008/12/19/E8-30134/ensuring-that-department-of-health-and-human-services-funds-do-not-support-coercive-or> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018). Por su parte, la administración Trump propuso a mediados de enero de 2018 nuevas regulaciones encaminadas a interpretar y ejecutar más de veinte provisiones estatales relacionados con la conciencia y la libertad religiosa. Interpretadas de manera conjunta por parte de la administración, estos estatutos garantizarían amplios poderes, tanto a individuos como a organizaciones sanitarias, para objetar por motivos religiosos o de conciencia a llevar a cabo prestaciones, procesos informativos, transferencia a otros profesionales, etc. Así, servicios como el aborto, la contracepción, los cuidados paliativos, vacunas, etc. se verían gravemente afectados, vulnerando las protecciones éticas y legales con las que hasta ahora cuentan este tipo de prestaciones. Para implementar estas restricciones, el *Department of Health and Human Services* anunció la puesta en marcha de una nueva oficina dedicada a investigar las objeciones de conciencia y los conflictos relacionados con la libertad religiosa que surjan en el contexto sanitario. Estas medidas dan respuesta a las críticas largamente sostenidas por los conservadores, quienes vieron peligrar la libertad religiosa en el ámbito de la salud durante la administración Obama. *Id.*, Adam Sonfield, "How The Administration's Proposed 'Conscience' Rule Undermines Reproductive Health and Patient Care", *Health Affairs Blog*, 21 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20180316.871660/full/> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018); *Office for Civil Rights* (OCR-HHS), *Protecting Statutory Conscience Rights in Health Care; Delegations of Authority*, *Federal Register*, 26 de enero de 2018, consultable en: <https://www.regulations.gov/document?D=HHS-OCR-2018-0002-0001> (última fecha de consulta: 25 agosto 2018).

das regiones.²³ En América Latina, por ejemplo, se ha observado que la objeción de conciencia es la barrera más extendida a la hora de acceder a la interrupción del embarazo en la mayor parte de los países donde es legal.²⁴ Por este motivo, distintas expertas han defendido que el término "objeción de conciencia", aplicado en el contexto sanitario, forma parte de la propaganda de quienes se oponen al aborto, de manera similar a lo que ocurre con el concepto "pro-vida".²⁵ Por ello, se ha propuesto renombrar esta práctica bien de manera más descriptiva ("rechazo a proporcionar servicios"; "denegación de servicios"), bien denunciando su abuso bajo el término acuñado por Joyce Athur "desobediencia deshonesta" (*dishonourable disobedience*).²⁶

En la medida en la que el personal facultativo tiene la última palabra en la prestación de este servicio, las decisiones reproductivas de las mujeres dependen del juicio moral de cada profesional. Cuando el profesional sanitario se niega a practicar un aborto por motivos de conciencia, de facto, el valor de la vida del *nasciturus* prevalece, de manera que la mujer se ve obligada bien a continuar con el embarazo, bien a recurrir a prácticas clandestinas,²⁷ bien a viajar a un lugar con una legislación más permisiva y servicios accesibles.

El problema de los desplazamientos forzosos para interrumpir el embarazo es algo que ha afectado, y afecta, a muchas mujeres a lo largo y

²³ Wendy Chavkin, Liddy Leitman y Kate Polin, "Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 123, núm. 3, 2013, pp. S41-S56.

²⁴ Diya Uberoi y Beatriz Galli, "La negación de servicios de salud reproductiva por motivos de conciencia en América Latina", *Sur: Revista Internacional de Derechos Humanos*, vol. 13, núm. 24, 2018, pp. 110-112. Disponible en: <http://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/10-sur-24-esp-diya-uberoi-beatriz-galli.pdf> (última fecha de consulta: 25 de agosto 2018).

²⁵ Joyce Arthur, "Expert group denounces the refusal to treat under 'conscientious objection'", *Rabble.ca*, 5 de julio de 2018. Disponible en: <http://rabble.ca/columnists/2018/07/expert-group-denounces-refusal-treat-under-conscientious-objection> (última fecha de consulta: 25 de agosto 2018).

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Por "prácticas clandestinas" me refiero aquí a aquellos procedimientos que son ilegales en un determinado contexto, aunque no necesariamente peligrosas. Esta situación se da, por ejemplo, cuando las mujeres recurren a la adquisición a través de internet de medicamentos abortivos y son asesoradas por activistas (i.e., *Women on Waves*).

ancho del mundo, en distintos lugares y momentos. Estos viajes implican consecuencias para la salud, económicas, familiares, laborales y estigmatizadoras a las que habitualmente no se les presta la atención debida. A pesar de la escasez de estudios al respecto, es plausible defender que semejantes obstáculos tienen un impacto significativo tanto en la experiencia de las mujeres que buscan asistencia como en el propio procedimiento de interrupción del embarazo. Por ejemplo, la dificultad en el acceso y la consiguiente necesidad de desplazarse a lugares distintos de donde se vive podrían contribuir a retrasar la edad gestacional en el momento de la interrupción, de modo que se incremente innecesariamente el riesgo de complicaciones para las mujeres. También la presión social y el estigma que rodea al aborto podrían ser factores importantes a la hora de optar por viajar lejos del propio entorno, dentro o fuera de las fronteras del país donde se reside. Ese podría ser el caso de las mujeres que viven en Italia o Francia, quienes con frecuencia se desplazan fuera de las zonas que habitan, incluso al extranjero, para acceder a la interrupción de sus embarazos.²⁸

3.3. Requisitos procedimentales obligatorios

A los problemas de cobertura mencionados previamente, se añaden los controles procedimentales de acceso. A través de mandatos como la institucionalización de la intervención, la expedición de certificados y autorizaciones, los periodos de espera o el asesoramiento obligatorio, el Estado, normalmente a través del cuerpo médico, controla tanto el proceso técnico de la interrupción de la gestación como el de la toma de decisiones.²⁹ Bajo una apariencia garantista, este tipo de procedimientos

²⁸ Sobre estas hipótesis trabaja Silvia de Zordo y sus colaboradoras en el seno del impresionante proyecto de investigación *Europe Abortion Access*. Disponible en: <https://europeabortionaccessproject.org/es/nuestro-proyecto/> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018), cuyos inminentes hallazgos arrojarán luz sobre el impacto y las motivaciones de las mujeres en la búsqueda del servicio que necesitan.

²⁹ Sally Sheldon, *Beyond Control: Medical Power and Abortion Law*, Pluto, Londres, 1997.

pueden suponer un ejercicio de paternalismo cuando menos cuestionable, en la medida en la que las mujeres queden excluidas del proceso de determinación de lo que resulta más conveniente para sí mismas.

Semejante intervencionismo se sustenta en creencias específicas que reflejan actitudes particulares hacia las mujeres, incluyendo un juicio de valor claro acerca de quién tiene la última palabra en el control de la reproducción femenina. A pesar de su aparente liberalización, la regulación de la interrupción de embarazo continúa siendo un ámbito de ejercicio de poder sobre las mujeres. Dentro de esa regulación, el establecimiento de requisitos procedimentales implica el control externo del aborto en sus dimensiones técnica y decisional.³⁰

Desde el punto de vista técnico, la obligación de que la interrupción de la gestación sea realizada por médicos especialistas y en una institución acreditada pone de manifiesto el control referido anteriormente. En los inicios de su práctica legal, esta condición supuso el paso de la represión penal al control social de la procreación a través del cuerpo médico, en cuyas manos quedaba evitar el riesgo de que las mujeres fueran tratadas por personas inexpertas.³¹ Sin embargo, en la actualidad esta medida de prevención ya no parece tan necesaria.³² Así, en las interrupciones de la gestación realizadas en el primer trimestre de embarazo, que son las más frecuentes, se ha comprobado que otro tipo de personal sanitario (matronas, enfermeras o auxiliares) pueden practicar intervenciones quirúrgicas y aplicar el tratamiento medicamentoso con resultados equivalentes a los llevados a cabo por los médicos especialistas.³³ También se ha comprobado la eficacia y bajos costes del tratamiento medicamentoso sin necesidad de ingreso hospitalario durante el primer y segundo trimestre de embarazo.³⁴ A pesar de ello y de su amplia aceptación por parte de las

³⁰ *Idem.*

³¹ Nathalie Bajos y Michèle Ferrand, «De l'interdiction au contrôle», *op.cit.*, p. 9.

³² Patricia Lohr, *et al.*, «Abortion», *op. cit.*, pp. 1-2.

³³ *Ibidem*, pp. 2-3.

³⁴ *Idem.*

mujeres que han tenido acceso a él, su aplicación en países con una regulación liberal del aborto sigue siendo escasa y en numerosas legislaciones es obligatorio el ingreso de la paciente en un centro especializado.³⁵ El uso restringido de esta alternativa resulta especialmente grave en regiones donde el servicio quirúrgico tradicional no se provee (con frecuencia debido a la objeción de conciencia de los profesionales), lo cual exige que la mujer tenga que desplazarse allá donde pueda practicársele la intervención.³⁶

Desde el punto de vista de la toma de decisiones, el ejercicio de control se pone de manifiesto si se consideran requisitos como la imposición de periodos de espera o el asesoramiento obligatorio (*counselling*).³⁷ En el caso de las mujeres menores o con discapacidad, el consentimiento u opinión de terceros (en ocasiones, ambos progenitores o tutores) se ha convertido en el reducto de control en las legislaciones avanzadas. Así ha ocurrido en España, donde se consiguió revertir la mayor parte de las restricciones propuestas para reformar la Ley Orgánica 2/2010, que regula la interrupción voluntaria del embarazo, a excepción de la concerniente a mujeres menores de 18 años.

4. Relatos sobre el aborto y estrategias discursivas

Junto con la liberalización formal y las garantías materiales de acceso al aborto, otro de los retos pendientes es su aceptación desde un punto de vista moral. Incluso en el seno de sectores favorables a la libre elección de las mujeres, el aborto implica una experiencia invariablemente dramática, un acontecimiento traumático que afecta negativamente y para

³⁵ *Idem*; J. Marecek, C. Macleod y L. Hoggart, "Abortion in Legal, Social, and Healthcare Contexts", *op. cit.*

³⁶ W. Chavkin, L. Leitman y K. Polin., "Conscientious Objection and Refusal to Provide Reproductive healthcare...", *op. cit.*; Francesca Minerva, "Conscientious Objection in Italy", *Journal of Medical Ethics*, vol. 41, núm. 2, febrero de 2015, pp. 170-173.

³⁷ Rosana Triviño Caballero, "Acciones indebidas en el acceso al aborto...", *op. cit.*

siempre la existencia de quien lo vive. Esta percepción de "mujer marcada" conduce a su victimización por encontrarse en una circunstancia vital indeseable, independientemente de sus circunstancias personales y sociales. Ya en su momento, allá por 1974, la pensadora y ministra francesa de sanidad Simone Veil sentenciaba: "El aborto debe seguir siendo la excepción, el último recurso para situaciones sin salida. Es un drama y siempre lo será".³⁸

Entre sectores contrarios al aborto, esta percepción ha evolucionado desde una consideración inicial de "asesinas" hacia esa otra consideración de "víctimas".³⁹ Esto no significa que la idea de "asesinas de inocentes" haya desaparecido completamente, sino que coexiste con la que se deriva de algunos cambios producidos en la década de 1980 en relación con los discursos anti-elección. En aquel momento, probablemente a la vista de que la liberalización del aborto no tenía marcha atrás, surgieron nuevas teorías sobre el sufrimiento de las mujeres; sus daños físicos y psicológicos; los sentimientos de culpa y pérdida cuando se enfrentan a la interrupción del embarazo, etc. En cierta medida, esta perspectiva extendía el "efecto de victimización" del feto hacia la mujer embarazada, que pasa entonces a ser considerada como una persona potencialmente sufriente y traumatizada.⁴⁰ En este sentido, movimientos como *Feminists For Life in America* (FFLA) argumentan que el aborto forma parte de una cultura más amplia de violencia contra las mujeres. Su premisa es que las decisiones relacionadas con el aborto son siempre coercitivas y que ser "pro-mujer" implica ser "pro-vida".⁴¹

Al mismo tiempo que ocurría la construcción conceptual del aborto como un trauma, hubo intentos por parte del movimiento feminista de

³⁸ *Ibid.*, N. Bajos y M. Ferrand, «De l'interdiction au contrôle...», *op. cit.*

³⁹ Leslie Cannold, "Understanding and Responding to Anti-choice Women-centred Strategies", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, núm. 19, mayo de 2002, pp. 171-179.

⁴⁰ *Ibidem*, p. 173.

⁴¹ *Ibid.*, Katherine M. Johnson, "Protecting Women, Saving the Fetus: Symbolic Politics and Mandated Abortion Counseling", *Women's Studies International Forum*, vol. 47, Parte A, 2014, pp. 36-45.

normalizar el aborto como un acontecimiento relacionado con la fertilidad y la sexualidad de las mujeres. En contra de la idea de que el aborto era una tragedia para las mujeres y la sociedad, una suerte de "mal necesario" cuando no se está en una buena situación para tener hijos, también se defendía que el aborto no implica un trauma o una negación de la maternidad.⁴² Las mujeres tienen hijos y tienen abortos. Junto con otros acontecimientos, ambos procesos se insertan en el discurrir de sus vidas y son consecuencia del libre ejercicio de su sexualidad. Esta es la perspectiva normativa que ha sido adoptada en algunas estrategias internacionales sobre salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, este tipo de discursos no parece haber tenido un éxito social o político demasiado significativo. Un buen ejemplo de esto es la persistente creencia en el denominado "síndrome post-aborto".⁴³ A pesar de la falta de datos y del escaso rigor de los estudios que defienden la existencia de ese síndrome, el temor a los riesgos y las consecuencias indeseables relacionados con la interrupción de la gestación han sido ampliamente asumidos por la sociedad y por quienes toman las decisiones políticas.⁴⁴ La amenaza de hipotéticos daños irreparables implica que el aborto supone un riesgo mayor que asumir el embarazo. En otras palabras, la mejor opción, no sólo desde un punto de vista moral, sino también desde la perspectiva de la salud física y mental de las mujeres, pareciera ser dar a luz, no abortar.

⁴² *Cfr.*, Tamar Pitch, "Decriminalization or Legalization? The Abortion Debate in Italy", *Women and Criminal Justice*, vol. 3, núm. 1, (1992) 2008, pp. 27-40.

⁴³ El síndrome post-aborto fue formulado en 1995 como una forma de estrés postraumático por Vincent M. Rue. *Vid.*, "Post-abortion Syndrome: A Variant of Post-traumatic Stress Disorder", en Peter Doherty, (ed.), *Post-abortion Syndrome-its wide Ramifications*, Four Courts Press, Dublin, 1995, pp. 15-28. Posteriormente, la científica social Priscilla Coleman, reconocida activista anti-aborto, difundió este concepto en su trabajo "Abortion and Mental Health: Quantitative Synthesis and Analysis of Research Published 1995-2009", *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, núm. 3, 2011, pp. 180-186.

⁴⁴ *Vid.*, Reva B. Siegel, "The New Politics of Abortion: An Equality Analysis of Woman-Protective Abortion Restrictions", *University of Illinois Law Review*, vol. 3, 2007, pp. 991-1053; Tracy A. Weitz *et al.*, "You say 'regret' and I say 'relief': A need to break the polemic about abortion", *Contraception*, núm. 78, 2008, pp. 87-89.

Este tipo de asunciones ha sido usado frecuentemente para reforzar las condiciones de acceso a la interrupción de la gestación. Así lo demuestran procedimientos como los periodos de espera y asesoramiento obligatorios establecidos en diferentes países con regulaciones liberales en materia de aborto. En este sentido, la consideración del aborto como un acontecimiento traumático está también conectada con la idea de que la mujer que se enfrenta a un aborto es una persona invariablemente vulnerable que debería ser especialmente protegida.

Desde un punto de vista ético, el discurso de victimización parece justificar la decisión de la mujer de interrumpir su embarazo. No es que lo hagamos porque seamos egoístas, frívolas o asesinas, sino porque no tenemos elección. Bajo este paradigma, la experiencia traumática del aborto se convertiría en una especie de redención. Si somos víctimas, entonces somos menos culpables, menos inmorales. En este sentido, el objetivo es convencer a los demás de que el aborto no se elige sin reflexionar y considerar otras opciones. Posiblemente este sería el fundamento de la estrategia utilizada por parte de sectores feministas para conseguir una mayor aceptación política y social del aborto. Sea como fuere, al final la percepción es que se trata de una alternativa de último recurso, un mal menor, pero un mal, después de todo, que las mujeres sufren debido a sus imperativos biológicos.

Junto con el discurso de victimización, es posible encontrar también la recuperación de las acusaciones de eugenesia en el caso de aborto por malformaciones fetales. En ese sentido, a raíz del intento de reforma de la Ley Orgánica 2/2010, sobre interrupción voluntaria del embarazo, se ha podido asistir en España a una suerte de apropiación de los discursos sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad y las reivindicaciones de los movimientos de diversidad funcional.⁴⁵ El que fuera Ministro de Justicia, Ruiz Gallardón, defendía que permitir el aborto en el caso de malformaciones congénitas resultaba incompatible con los

⁴⁵ Cfr., Melania Moscoso, "No en mi Nombre", *Pikara Magazine*, 15 de enero 2014 [recurso en línea.

derechos de las personas con discapacidad, un relato compartido por el Partido Popular Europeo y frecuente en la larga polémica estadounidense acerca de la pertinencia del diagnóstico prenatal, como han señalado Melania Moscoso y Lucas Platero.⁴⁶ Esta estrategia discursiva ha sido denominada por Moscoso como *cripwashing*: el uso de los derechos de las personas con discapacidad para minar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; es decir, reivindicar los derechos precarios de un colectivo vulnerable para debilitar los de otro que también lo es, generando un antagonismo que no tiene por qué ser tal, al tiempo que se desatienden flagrantemente los requerimientos y necesidades tanto de las personas con discapacidad ya nacidas como de quienes las cuidan.⁴⁷

Finalmente, las técnicas de diagnóstico por imagen han contribuido enormemente a la personificación del feto, feto como paciente y centro de cuidados, invisibilizando el cuerpo, la vida y necesidades de las mujeres. El hecho de que el proceso informativo de la interrupción del embarazo incluya la obligación de escuchar el latido fetal⁴⁸ o por la identificación del feto y cada una de sus partes en una imagen diagnóstica⁴⁹ implica una falta de confianza en la capacidad y responsabilidad de las mujeres, negándoseles la agencia moral para decidir sobre sus vidas reproductivas.⁵⁰

⁴⁶ Melania Moscoso y R. Lucas Platero, "Cripwashing: The Abortion Debates at the Crossroads of Gender and Disability in the Spanish media", *Continuum. Journal of Media & Cultural Studies*, vol. 31, núm. 3, 2017, pp. 468-479.

⁴⁷ Melania Moscoso, "No en mi nombre", art. cit.; Melania Moscoso y R. Lucas Platero, "Cripwashing...", art. cit.

⁴⁸ *Cfr.*, Bonnie Rochmann, "Requiring Ultrasounds Before Abortion: One Mother's Personal Tragedy", *Time*, 23 de marzo de 2012 [recurso en línea]; Catherine Pearson, "These Are The Absurd Barriers Women Trying To Get Abortions Face", *The Huffington Post*, 10 de mayo de 2015 [recurso en línea]; Jen Russo, "Mandated Ultrasound Prior to Abortion", *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 16, núm. 4, 2014, pp. 240-244; Moira Weigel, "How Ultrasound Became Political", *The Atlantic*, Health, 24 de enero de 2017 [recurso en línea].

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Vid.*, Silvia de Zordo, "From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña", *Global Public Health*, vol. 13, núm. 6, 2018, pp. 711-723 [recurso en línea].

En este contexto narrativo de trauma y tragedia; de personificación del feto e irresponsabilidad de la mujer, la elección y la reacción de las gestantes se ve condicionada por el tabú, el silencio y la culpa que rodea el aborto. Cuando el discurso dominante se basa en esos parámetros, se produce y reproduce un patrón en el que el aborto es siempre un mal. Esto no significa que no haya casos en los que las mujeres sufren al tener que someterse a un aborto; tampoco que la interrupción de la gestación no sea una decisión difícil para muchas de ellas.⁵¹ Lo que es importante destacar es que no existe una narrativa única y que la prevalencia de las experiencias negativas niega o incluso castiga otras posibilidades, que a veces son positivas. Las malas experiencias no son válidas para todas las mujeres y algunas de ellas están relacionadas con situaciones de soledad, aislamiento, presión social, las propias circunstancias en las que se proporciona la prestación, etc., y no tanto con el aborto en sí.⁵² Dicho de otro modo, cuando las mujeres tienen acceso a una interrupción del embarazo que es legal, segura y efectuada de manera cuidadosa y responsable, el riesgo de padecer problemas emocionales será mucho menor.

El control sobre los cuerpos de las mujeres no se hace sólo a través de regulaciones, sino también mediante una construcción dominante de significados simbólicos sobre el sexo y la reproducción, el aborto y la maternidad. En este sentido, los discursos estigmatizadores constituyen un obstáculo invisible que revela la resistencia ante la posibilidad de que las mujeres tengan en sus manos el poder y la responsabilidad de dar la

⁵¹ A este respecto, *vid.*, Dahiana Belfiori, *Código rosa. Relatos sobre abortos*, Ediciones La Parte Maldita, Buenos Aires, 2015.

⁵² En relación con este punto, *vid.*, Dahiana Belfiori, *Código rosa. Relatos sobre abortos*, *op. cit.* También la campaña del colectivo *Les filles des 343 salopes*, nacida en 2011 con el manifiesto "IVG, Je vais bien, merci!", en el que se reivindica el derecho al aborto y su desdramatización y que se acompaña de numerosos testimonios de mujeres que interrumpieron su embarazo (disponible en: <http://blog.jevaisbienmerci.net/lappel/notre-appel-2011/>). En este mismo sentido se expresa la iniciativa "Women have abortion everyday", producida por la *Irish Family Planning Association* (IFPA) con el apoyo de la *International Planned Parenthood Federation* (IPPF), encaminada a facilitar un debate abierto y honesto sobre el aborto y desmontar mitos que estigmatizan a las mujeres que buscan acceder a la interrupción de sus embarazos (disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=R45S-HkgD73E>).

vida. Por esta razón, la reivindicación no debería centrarse sólo en el contexto legal, que, por supuesto es muy relevante, sino también en el plano discursivo.

5. A modo de conclusión

Una vez establecida la panorámica general de las condiciones de acceso, se sugieren aquí, como conclusión, algunos aspectos necesarios para la implantación, mejora y aceptación del aborto como un derecho legítimo para las mujeres.

Es un hecho contrastado que las leyes más restrictivas no eliminan la práctica del aborto, sino que dan lugar a que se produzcan en condiciones de mayor riesgo para las mujeres. Por tanto, resulta evidente que los avances en el reconocimiento legal de la interrupción de la gestación son el presupuesto básico para que pueda realizarse en condiciones de seguridad. De no producirse la liberalización de esta práctica, es imprescindible que se asegure una efectiva atención post-aborto para proteger la salud de las mujeres e, incluso, salvar sus vidas.

Igualmente, resulta necesario difundir información precisa sobre el uso del misoprostol para que los abortos que se produzcan en la clandestinidad sean más seguros, protegiendo así la salud y mejorando la probabilidad de supervivencia de las mujeres, al tiempo que se reducen los costes sanitarios que implican los cuidados post-aborto, especialmente en los países más pobres.

Allí donde es legal, el reconocimiento formal del aborto ha de estar acompañado de la voluntad política y las condiciones materiales necesarias para que todas las mujeres, independientemente de su capacidad adquisitiva, su lugar de residencia o su situación personal, puedan acceder al aborto sin penuria. Tal fin requiere garantías en relación con los costes económicos de la prestación; la posibilidad de elección entre métodos de interrupción igualmente seguros, sean quirúrgicos o medicamentosos; la

eliminación de aquellos requisitos procedimentales que la mujer considere innecesarios; la regulación de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, cuya presencia masiva deberá ser controlada y, en su caso, compensada, con la de otros profesionales dispuestos a atender la demanda de manera eficiente.

Finalmente, es importante identificar los discursos estigmatizadores sobre el aborto para desmontar mitos como el síndrome post-aborto, evitar la victimización automática y romper el tabú y la espiral de silencio en la que se ven inmersas muchas de las mujeres que optan por no seguir adelante con el embarazo. En ese sentido, no faltan iniciativas desde el activismo mediático que denuncian el paternalismo, la construcción de relatos únicos y la invisibilidad de las mujeres.

La larga lucha a favor de la legalización del aborto, como ocurre con muchos otros derechos que atañen única o especialmente a las mujeres, ha dado sus frutos, pero sigue requiriendo esfuerzos en distintos frentes. Afortunadamente, cada vez son más los lugares y plataformas desde los que la fuerza de la calle acompaña. Esa es la principal fuente para la esperanza.

Fuentes consultadas

Bibliografía

BELFIORI, Dahiana, *Código rosa. Relatos sobre abortos*, Ediciones La Parte Maldita, Buenos Aires, 2015.

FUREDÍ, Ann, *The Moral Case for Abortion*, Palgrave Macmillan, Londres, 2016.

HOLMES, Stephen y SUNSTEIN, Cass R., *The Costs of the Rights. Why Liberty Depends on Taxes*, Norton Company, Nueva York, 1999.

MAZUR, Amy G., *Theorizing Feminist Policy*, Oxford University Press, Nueva York, 2002.

SHELDON, Sally, *Beyond Control: Medical Power and Abortion Law*, Pluto, Londres, 1997.

TRIVIÑO CABALLERO, Rosana, *El peso de la conciencia. La objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, CSIC-Plaza y Valdés, Madrid, 2014.

DE ZORDO, Silvia MISHTAL, Joanna y Lorena ANTON (eds.), *A Fragmented Landscape. Abortion Governance and Protest Logics in Europe*, Berghahn Books, Oxford-Nueva York, 2016.

WICCLAIR, Mark, *Conscientious Objection in Health Care*, Cambridge University Press, Nueva York, 2011.

Hemerografía

AIKEN, Ara *et al.*, "Experiences and Characteristics of Women Seeking and Completing at-home Medical Termination of Pregnancy through Online Telemedicine in Ireland and Northern Ireland: A Population-based Analysis", *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 124, núm. 8, Julio 2017, pp. 1208-1215.

ARTHUR, Joyce, "Expert group denounces the refusal to treat under 'conscientious objection'", Rabble.ca, 5 de julio de 2018. Disponible en: <http://rabble.ca/columnists/2018/07/expert-group-denounces-refusal-treat-under-conscientious-objection> (**última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018**).

BAJOS, Nathalie y FERRAND, Michèle, «De l'interdiction au contrôle: les enjeux contemporains de la légalisation de l'avortement», *Revue française des affaires sociales*, vol. 1, núm. 1, 2011, pp. 42-60.

CANNOLD, Leslie, "Understanding and Responding to Anti-choice Women-centred Strategies", *Reproductive Health Matters*, vol. 10, núm. 19, mayo de 2002, pp. 171-179.

CHAVKIN, Wendy, LEITMAN, Liddy y Kate POLIN "Conscientious Objection and Refusal to Provide Reproductive Healthcare: A White Paper Examining Prevalence, Health Consequences, and Policy Responses", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 123, núm. 3, 2013, pp. S41-S56.

DE ZORDO, Silvia, «Interruption volontaire de grossesse et clause de conscience en Italie et en Espagne, entre droits des femmes et 'droits' du fœtus/patient», *Sociologie Santé*, vol. 38, 2015, pp. 107-129.

—————, "From women's 'irresponsibility' to foetal 'patienthood': Obstetricians-gynaecologists' perspectives on abortion and its stigmatisation in Italy and Cataluña", *Global Public Health*, vol. 13, núm. 6, 2018, pp. 711-723. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/eprint/uv7fbXDf6Kwwed7nwD3j/full> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

COLEMAN, Priscilla K., "Abortion and Mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009", *British Journal of Psychiatry*, vol. 199, núm. 3, 2011, pp. 180-186.

GALEWITZ, Phil, "A Study Tests the Safety of Women Using Abortion Pills Sent by Mail", *The New York Times*, 10 de noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2016/11/11/health/abortion-study-mail.html> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

GONZÁLEZ, Rosalía, "Polonia, último bastión contra el aborto", *ABC*, 26 mayo 2018. Disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abci-polonia-ultimo-bastion-contra-aborto-201805262139_noticia.html (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

HERALDO, "¿En qué países europeos continúa penalizado el aborto?", *Heraldo*, 8 de junio de 2018. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/internacional/2018/10/31/que-paises-europeos-continua-penalizado-aborto-1247622-306.html> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

JOHNSON, Katherine M., "Protecting Women, Saving the Fetus: Symbolic Politics and Mandated Abortion Counseling", *Women's Studies International Forum*, vol. 47, Parte A, 2014, pp. 36-45.

KREITZER, Rebecca J., "Politics and Morality in State Abortion Policy", *State Politics & Policy Quarterly*, vol.15, núm. 1, 2015, pp. 41-66.

LOHR, Patricia *et al.*, "Abortion", *BMJ Clinical Review*, enero 2014, núm. 348:f7553, pp. 1-7.

MARECEK, Jeanne, MACLEOD, Catriona y Lesley HOGGART, "Abortion in Legal, Social, and Healthcare contexts", *Feminism & Psychology*, vol. 27, núm. 1, 2017, pp. 4-14.

MINERVA, Francesca, "Conscientious Objection in Italy", *Journal of Medical Ethics*, vol. 41, núm. 2, febrero de 2015, pp. 170-173.

MOSCOSO, Melania, "No en mi Nombre", *Pikara Magazine*, 15 de enero 2014. Disponible en: <http://www.pikaramagazine.com/2014/01/no-en-mi-nombre/> (última fecha de consulta: 26 de noviembre de 2018).

MOSCOSO, Melania y PLATERO, R. Lucas, "Cripwashing: The Abortion Debates at the Crossroads of Gender and Disability in the Spanish media", *Continuum. Journal of Media & Cultural Studies*, vol. 31, núm. 3, 2017, pp. 468-479.

PEARSON, Catherine, "These Are The Absurd Barriers Women Trying To Get Abortions Face", *The Huffington Post*, 10 de mayo de 2015.

- Disponible en: https://www.huffingtonpost.com/entry/these-are-the-absurd-barriers-women-trying-to-get-abortions-face_us_560ebbfde4b0dd85030bca9e (última fecha de consulta: 26 de noviembre de 2018).
- PITCH, Tamar, "Decriminalization or Legalization? The abortion debate in Italy", *Women and Criminal Justice*, vol. 3, núm. 1, (1992) 2008, pp. 27-40.
- ROCHMANN, Bonnie, "Requiring Ultrasounds before Abortion: One Mother's Personal Tragedy", *Time*, 23 de marzo de 2012. Disponible en: <http://healthland.time.com/2012/03/23/requiring-ultrasounds-before-abortion-one-mothers-personal-tragedy/> (última fecha de consulta: 26 de noviembre de 2018).
- RUE, Vincent M., "Post-abortion Syndrome: A Variant of Post-traumatic Stress Disorder", en DOHERTY, Peter (ed.), *Post-abortion Syndrome-its wide Ramifications*, Four Courts Press, Dublín, 1995, pp. 15-28.
- RUSSO, Jen, "Mandated Ultrasound Prior to Abortion", *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 16, núm. 4, 2014, pp. 240-244.
- SHERWOOD, Harriet, "Abortion in Ireland-what happens next?", *The Guardian*, 26 de mayo de 2018, Disponible en: <https://www.theguardian.com/world/2018/may/26/abortion-ban-repealed-ireland-what-happens-next> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).
- SIEGEL, Reva B., "The New Politics of Abortion: An Equality Analysis of Woman-Protective Abortion Restrictions", *University of Illinois Law Review*, vol. 3, 2007, pp. 991-1053.
- SONFIELD, Adam, "How the Administration's Proposed 'Conscience' Rule Undermines Reproductive Health and Patient Care", *Health Affairs*

Blog, 21 de marzo de 2018. Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20180316.871660/full/> (**última fecha de consulta: 25 de Agosto 2018**).

TRIVIÑO Caballero, Rosana, "Mujeres migrantes y misoprostol: aborto privado, escándalo público", *Dilemata* año 4, núm. 10, 2012, pp. 31-44. **Disponible en:** <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4032312.pdf>

_____, "Acciones indebidas en el acceso al aborto. A propósito del periodo de espera y asesoramiento obligatorios", en TRIVIÑO, Rosana y AUSÍN, Txetxu (eds.), *Hacer o no hacer. La responsabilidad por acciones y omisiones*, Plaza y Valdés, Madrid, 2018, pp. 313-338.

UBEROI, Diya y GALLI, Beatriz, "La negación de servicios de salud reproductiva por motivos de conciencia en América Latina", *Sur: Revista Internacional de Derechos Humanos*, vol. 13, núm. 24, 2018, pp. 105-116. Disponible en: <http://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/10-sur-24-esp-diya-uberoi-beatriz-galli.pdf> (última fecha de consulta: 25 de agosto 2018).

WEIGEL, Moira. "How Ultrasound Became Political", *The Atlantic*, 24 de enero de 2017. Disponible en: <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/01/ultrasound-woman-pregnancy/514109/> (última fecha de consulta: 26 de agosto de 2018).

WEITZ, Tracy A. *et al.*, "You say 'regret' and I say 'relief': A need to break the polemic about abortion", *Contraception*, núm. 78, 2008, pp. 87-89.

YISHAI, Yael, "Public Ideas and Public Policy. Abortion Politics in Four Democracies", *Comparative Politics*, vol. 25, núm. 2, 1993, pp. 207-228.

Legislación

MINISTERIO de Justicia, Gobierno de España, Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada, 2013. Disponible en: <http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/1215197775106/Medios/1288787886864/Detalle.html> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

NATIONAL ARCHIVES, Estados Unidos, "Ensuring that Department of Health and Human Services Funds Do Not Support Coercive or Discriminatory Policies or Practices in Violation of Federal Law", *Federal Register*, 19 de diciembre de 2008. Disponible en: <https://www.federalregister.gov/documents/2008/12/19/E8-30134/ensuring-that-department-of-health-and-human-services-funds-do-not-support-coercive-or> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

BOE, España, Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, BOE-A-2010-3514. Disponible en: consultable en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

Office for Civil Rights (OCR-HHS), *Protecting Statutory Conscience Rights in Health Care; Delegations of Authority*, *Federal Register*, 26 de enero de 2018. Disponible en: <https://www.regulations.gov/document?-D=HHS-OCR-2018-0002-0001> (última fecha de consulta: 25 agosto 2018).

Otras fuentes

CENTRE FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, *What if Roe Fell?* Disponible en: <https://www.reproductiverights.org/what-if-roe-fell> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).

IRISH FAMILY PLANNING ASSOCIATION (IFPA)-INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION (IPPF), *Women have abortion everyday*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=R4SSHkgD73E> (25 de agosto de 2018)

LES FILLES DES 343 SALOPES, *IVG, Je vais bien, merci!*, 2011. Disponible en: <http://blog.jevaibienmerci.net/lappel/notre-appel-2011/> (última fecha de consulta: 25 de agosto 2018).

SINGH, Susheela *et al.*, *Abortion Worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access*, Guttmacher Institute, Estados Unidos, 2017.

DE ZORDO, Silvia *et al.*, Proyecto de investigación *Europe Abortion Access*. Disponible en: <https://europeabortionaccessproject.org/es/nuestro-proyecto/> (última fecha de consulta: 25 de agosto de 2018).