



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA
Curso académico (2017-18)

Trabajo Fin de Grado

**Entre el aborto y la bioética, ¿algo que
objetar?**

Revisión sistematizada

Alumna: Paula Medina Murillo

Tutores: D. Rafael Medrano López

D^a Ana Rosario Martín Herranz

Mayo, 2018

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
1. INTRODUCCIÓN.....	3
1.1 Justificación.....	9
2. OBJETIVOS.....	10
3. MATERIAL Y MÉTODOS	11
3.1 Protocolo de búsqueda	11
3.2 Criterios de inclusión.....	12
3.3 Criterios de exclusión.....	13
3.4 Proceso de selección de los estudios:	13
4. RESULTADOS	14
4.1 A favor de la legalización del aborto	19
4.2 En contra de la legalización del aborto.....	19
4.3 El papel de la sociedad en la práctica del aborto	20
4.4 A favor de la objeción de conciencia.....	20
4.5 En contra de la objeción de conciencia	21
4.6 Límites y condiciones a la objeción de conciencia	22
4.7 Soluciones a la problemática del aborto.....	22
4.8 Sobre la atención sanitaria en el aborto	24
5. DISCUSIÓN.....	25
5.1 Conclusiones.....	30
6. BIBLIOGRAFÍA.....	31

1. RESUMEN

El aborto ha sido y sigue siendo uno de los métodos a los que más se recurre para regular la fecundidad, sobre todo, en los países más subdesarrollados. El aborto inducido es la interrupción deliberada del embarazo por la propia embarazada o por otra persona, a través de medicamentos o por una intervención mecánica. Actualmente, en el mundo existe una gran diversidad de opiniones y actitudes en cuanto al aborto inducido se refiere, que plantean una problemática en el ámbito de la salud. En la Unión Europea la mayoría de los países poseen leyes de plazos, siendo solo un 18% los que tienen leyes con necesidad de causa y un 9% que no legaliza el aborto.

Con el objetivo principal de recoger los diversos pensamientos en relación con el aborto inducido y su posibilidad de objeción de conciencia en la sanidad, se realiza una búsqueda bibliográfica sistematizada entre diciembre de 2017 y febrero de 2018. Se han utilizado artículos, en español o inglés, publicados en los últimos cinco años en diferentes bases de datos y revistas electrónicas cuyo texto completo estuviera disponible. Tras realizar una lectura crítica de los resultados, se tuvieron en cuenta veinticuatro artículos.

Se agrupan los distintos enfoques, soluciones y planteamientos que tienden a surgir en la actualidad sobre el tema. El dilema ético que deriva en tantas opiniones es la importancia que tiene la autonomía materna frente al estatuto embrionario y cómo esas creencias afectan a la práctica del aborto en la atención sanitaria. Los resultados muestran como a pesar de las grandes diferencias que siguen existiendo, la tendencia actual va encaminada a una legalización por plazos del aborto inducido y una objeción de conciencia bien regulada que se enfoque en la educación sexual y planificación familiar.

1.1 Palabras clave: aborto, aborto inducido, bioética, objeción de conciencia

ABSTRACT

Abortion has been and continues to be one of the most commonly used methods to regulate fertility, especially in the most underdeveloped countries. Induced abortion is the deliberate interruption of pregnancy by the pregnant woman herself or by another person, through medication or mechanical intervention. Currently in the world there is a great diversity of opinions and attitudes regarding induced abortion, which pose a problem in the field of health. In the European Union, most countries have time laws, with only 18% having laws requiring a cause and 9% not legalizing abortion.

With the main objective of collecting the various thoughts in relation to induced abortion and its possibility of conscientious objection in health, a systematic bibliographic search is carried out between December 2017 and February 2018. Articles have been used, in Spanish or English, published in the last five years in different databases and electronic journals whose full text was available. After making a critical reading of the results, twenty-four articles were considered.

The different approaches and solutions that currently tend to emerge on the subject are grouped. The ethical dilemma that derives in so many opinions is the importance that maternal autonomy has over embryonic status and how those beliefs affect the practice of abortion in health care. The results show that despite the great differences that still exist, the current trend is aimed at a legalization by terms of induced abortion and a well-regulated conscientious objection that focuses on sexual education and family planning.

Keywords: abortion, induced abortion, bioethics, conscientious objection

1. INTRODUCCIÓN

De cada cien embarazos, veinte se pierden de media en Europa bajo la forma de aborto. Es el conocido como aborto espontáneo, con una morbilidad y mortalidad muy bajas en los países desarrollados. Lo que hace que la interrupción del embarazo sea un tema de discusión continua en los diferentes medios, es la postura que se posee ante el aborto terapéutico y el que se hace a demanda.⁽¹⁾

La Organización Mundial de la Salud define el aborto como la detención del embarazo cuando el feto o embrión todavía no es viable fuera del vientre materno. La edad gestacional a partir de la cual es posible la vida extrauterina es lo que se denomina viabilidad fetal. La OMS marca este límite en las 20 semanas o en más de 400 gramos si no se conoce la edad gestacional. Sin embargo, este límite va a depender de la evolución médica y tecnológica, estando actualmente alrededor de las 23 semanas de gestación o de unos 500 gramos de peso al nacer.⁽²⁾

Se habla de aborto espontáneo cuando ocurre de manera natural, sin intención de hacerlo. Sería eugenésico, si se induce el aborto con el fin de evitar el nacimiento de un niño portador de algún tipo de anomalía fetal, incompatible con la vida tras el parto, o de un niño con una malformación severa. La interrupción deliberada del embarazo, como resultado de intervenciones físicas, instrumentales o medicamentosas, es el aborto inducido o provocado, por la propia embarazada o por otra persona. Puede ser ético, en caso de que se realice la interrupción cuando la gestación ha sido consecuencia de una situación delictiva (violación, relaciones incestuosas, entre otras); social, si se practica en vista de las circunstancias económicas, personales o familiares y terapéutico, cuando la gestación pone en serio peligro la vida o la salud de la mujer.⁽³⁾

Para la regulación de la fecundidad existen una amplia gama de métodos a los que se puede recurrir: temporales, de barrera, hormonales, permanentes y anticoncepción de emergencia. Sin embargo, existen ciertas situaciones en las que la mujer, bien sea por un fallo en el método anticonceptivo, violación o situación personal (soltera, joven, demasiados hijos, problemas económicos, miedo al embarazo, relaciones inestables, abandono o problemas de salud), se queda embarazada y decide provocar un aborto. Este sistema de regulación de la fecundidad probablemente es de los más antiguos y polémicos que existen. De todos los procedimientos quirúrgicos de elección, el aborto inducido ha sido y sigue siendo uno de los métodos a los que más se recurre para regular la fecundidad, sobre todo, en los países más subdesarrollados. Es uno de los que más se ha debatido y más controversia ha generado, tanto ética como emocionalmente, recibiendo una constante y amplia atención pública a través del tiempo.

La OMS refiere que los más de 25 millones de abortos que se realizan anualmente en el mundo son una prueba de esto. Mientras la polémica que existe en todo el mundo acerca de su aceptación continúa, también se sigue con su práctica. ^(2,4)

En el momento en el que se decide interrumpir un embarazo, han de tenerse en cuenta una serie de variables que se entrelazan con el aborto directa o indirectamente, como son: los marcos morales de la embarazada, el tipo de relación y características de las familias involucradas, la intervención médica, los valores morales que tengan los distintos profesionales de la salud, los aspectos bioéticos, las leyes que rigen en cada país el aborto inducido y las distintas conceptualizaciones de la salud pública que, cuando unas se relacionan con las otras, generan casi siempre roces y choques. ⁽⁵⁾

La práctica del aborto se conoce desde hace muchos siglos. En los pueblos primitivos, el jefe de la familia podía vender e incluso matar a sus hijos, aún antes de nacer. El aborto no tenía carácter punible. Se pensaba que el feto

pertenecía al cuerpo femenino y dado que la mujer tenía un estado de minoridad, el padre o el jefe de la familia ejercía todo el derecho sobre el fruto de la concepción. ⁽⁶⁾

En la Grecia antigua, donde se consideraba que el feto no tenía alma, Platón, en su obra “la República”, proponía que el aborto se prescribiera en casos de incesto o cuando los padres eran de edad avanzada. Aristóteles, junto con diversos filósofos, recomendaba la técnica para restringir el tamaño de las familias. La represión al aborto comenzó en Roma, cuando aparecieron sustancias nocivas para la salud de la mujer sometida a estos métodos. La punibilidad o no del aborto ha tenido en la historia de la humanidad diversos criterios, que van desde la plena libertad, al ser el vientre de la madre prolongación del cuerpo de la mujer, hasta las concepciones cristianas que irrumpen con una nueva valoración de la vida y dan calificación de homicidio al aborto provocado. ⁽⁶⁾

También en la actualidad existen una gran diversidad de opiniones y actitudes en cuanto al aborto inducido se refiere. En un extremo se encuentran países que prohíben completamente su práctica, mientras que en otros el embarazo puede ser interrumpido con la simple solicitud de la mujer implicada. Entre estos dos extremos se encuentran otros países donde existen múltiples opciones intermedias. En Suiza, al inicio del siglo XX, se plantea consentirlo bajo ciertas premisas. La Unión Soviética, en 1920, legaliza el aborto institucional, considerando que prohibirlo no solo no evitaba su práctica, sino que se realizaba en condiciones menos seguras y por lo tanto peligrosas para la salud de la madre. Mientras, en Estados Unidos, todavía pasado medio siglo, se llevaban a cabo debates continuados entre la no aceptación y su libre acceso. Surgen así los grupos “*pro-life*”, que afirman que la vida no nacida debe ser defendida siempre y los grupos “*pro-choice*”, que consideran que únicamente la mujer embarazada es la que debe decidir sobre la continuación o no de la gestación. ⁽¹⁾

Los países de la Unión Europea pueden agruparse en tres tipos de legislación. El 75% poseen leyes de plazo (21 países entre los que se encuentra España, Francia, Grecia, Holanda o Dinamarca, entre otros) en las que no existe ninguna pena legal contra el aborto realizado dentro de un margen temporal. Si las anomalías fetales no son compatibles con la vida o la enfermedad es extremadamente grave este límite se amplía. El 18 % mantienen leyes con necesidad de causa o indicaciones (5 países donde se encuentran Reino Unido o Finlandia) que despenalizan el aborto cuando concurren determinados factores o circunstancias (en el feto o en la mujer); por ejemplo: si el embarazo es fruto de una violación, si el feto presenta problemas y malformaciones o si hay peligro para la madre (físico o psíquico), siempre con unos límites temporales. En Malta la prohibición es absoluta. ⁽⁷⁾

En el ámbito sanitario, una cuestión muy planteada es la conocida objeción de conciencia, entendiendo esta como la oposición de una persona a un imperativo legal o de una autoridad, basada en sus propios principios morales. En este caso se trata de la negación a practicar el aborto en una mujer gestante por considerarlo contrario a sus convicciones personales. ⁽⁸⁾

Sería interesante poder integrar todas las ideologías que existen en torno al aborto, siendo uno de los propósitos generales de la bioética. La creación en Estados Unidos de la Comisión Nacional de Bioética fue, en cierto modo, una forma de respuesta a los problemas que iban surgiendo junto con los avances biomédicos. Las conclusiones que se sacaron de este primer estudio se recogieron en el Informe Belmont, aludiendo a los 4 principios, ya clásicos de Beauchamp y Childress, para el desarrollo de la bioética:

- Principio de no maleficencia y beneficencia: "*primum non nocere*" (ante todo no hacer daño). Es lo que primero exige la ética al sanitario, que no utilice su conocimiento o situación privilegiada frente al enfermo para hacerle daño. Y beneficencia, hacer el bien. Estos principios se concretan en dos normas: la de no hacer daño y la de extremar los

posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos. Actualmente se habla de ellos de forma diferenciada, como dos principios independientes.

- El principio de autonomía: se refiere a la capacidad de decisión del paciente; el respeto a la persona, a sus propias convicciones, opciones y elecciones, que deben ser protegidas.
- El principio de justicia: Los casos que sean iguales requieren tratamientos iguales, sin que se puedan justificar discriminaciones, en el ámbito de la asistencia sanitaria, basadas en criterios económicos, sociales, raciales o religiosos. ⁽⁹⁾

Sin embargo, Diego Gracia, médico y filósofo especializado en psicología y psiquiatría, reconocido como uno de los grandes expertos españoles actuales en bioética, considera que el planteamiento anterior carece de una jerarquía en sus principios, optando por estructurarlos en dos niveles. El nivel privado está constituido por los principios de autonomía y beneficencia, propio de una ética de máximos. La ética de máximos se refiere a la reflexión filosófica de aquellos criterios que fomentan una forma de vida buena. Los valores que se escojan dependerán del prototipo de vida que cada sujeto quiera seguir, es decir de su propio ideal de perfección y felicidad. Esta ética está basada en el principio de particularización, de modo que las responsabilidades del nivel privado solo son exigibles por el propio individuo.

La no maleficencia y la justicia pertenecen al llamado nivel público y forman parte de una ética de mínimos. Son los mínimos exigibles para poder alcanzar una convivencia pacífica, respetando a los seres humanos, con sus derechos y sus deberes. Se diferencian de los anteriores en que obligan a todos sin distinción, independientemente de la opinión y la voluntad de las personas implicadas. El Estado puede intervenir para cerciorarse de su cumplimiento y por tanto tienen un rango superior a los otros dos. ⁽¹⁰⁾

El aborto en España

El aborto en España es legal en determinadas circunstancias. Se rige por la ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que entró en vigor el 5 de julio de 2010. Esta ley sufrió una modificación en septiembre de 2015, con respecto a las menores de edad y su decisión de abortar. La ley actual del aborto garantiza la interrupción voluntaria del embarazo siempre y cuando se realice por un médico especialista, ya sea en un centro sanitario público o en uno privado acreditado. Existe una red de Clínicas privadas acreditadas que están en constante coordinación con los servicios públicos, garantizando el buen ejercicio de esta prestación. Hasta las 14 semanas de embarazo, todas las mujeres mayores de 18 años pueden elegir abortar por propia voluntad, sea cual sea la causa. El embarazo se podrá interrumpir hasta la semana 22 si existe riesgo para la vida o salud de la embarazada, si existen graves anomalías en el feto o si estas son incompatibles con la vida.

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tienen el derecho a ejercer la objeción de conciencia. En este caso, el profesional sanitario debe notificarlo por escrito anticipadamente para garantizar a la mujer el ejercicio de la prestación por otro profesional especialista. Cuando se aprobó en 2010 la ley del aborto, se fijaron los 16 años como la mayoría de edad legal para abortar. Las embarazadas menores de edad (16 y 17 años), tenían que informar al menos a uno de sus representantes legales (padre, madre o tutor) acerca de su decisión de abortar. No era necesario informar a los progenitores si se alegaba coacción, situación de violencia familiar, malos tratos, amenazas o se producía una situación de desamparo, en cuyo caso se debía especificar bajo informe de los servicios sociales.

La reforma de la ley del aborto que tuvo lugar en septiembre de 2015, ha cambiado por completo la situación de las menores que desean abortar.

Actualmente, las menores de 18 años necesitan el consentimiento firmado de sus progenitores o representantes legales para poder abortar y deben ir acompañadas a la clínica con ellos. Si entre estos y la menor existe conflicto, se deberá resolver judicialmente según determina el Código Civil.

Las mujeres que sean extranjeras o vivan en España en situación irregular, sólo podrán acceder al aborto por la vía privada en las Clínicas IVE (interrupciones voluntarias del embarazo). En 2012 el gobierno del Partido Popular decidió cancelar el aborto gratuito hasta las 14 semanas a las mujeres en situación irregular. ⁽¹¹⁾

Cabe destacar que, en el año 2016, las IVE (interrupciones voluntarias del embarazo) en Castilla y León, por ejemplo, suponían 165 interrupciones menos que el año anterior. El 80% de las interrupciones se llevaban a cabo entre mujeres de 20 a 39, registrándose un mayor número de IVEs entre los 30 y 34 años. El 51,5% de las mujeres no tienen ningún hijo a cargo mientras que el 48,0% sí tiene. Burgos, Ávila y Salamanca son las provincias que cuentan con el mayor porcentaje de IVEs con financiación pública. Asimismo, Soria, Palencia y Zamora registran los mayores porcentajes de IVEs sin financiación pública. El 33,5% de las mujeres cuentan con estudios de bachillerato o formación profesional, el 30,6% de ESO y equivalente y el 24,3% tienen estudios superiores universitarios. Menos del 1% son analfabetas o no tienen estudios. ⁽¹²⁾ (Anexo I)

1.1 Justificación

Se puede llegar a afirmar que el aborto inducido ya ha sobrepasado los límites de la salud pública para convertirse en una polémica social. Es una cuestión en la que participan, además de todos los proveedores de salud, instituciones religiosas, parlamentos, grupos políticos y sociales que crean escenas de protestas públicas, elaboran documentos y generan foros con una diversidad muy amplia y distinta de opiniones, tanto a favor como en contra. Por todo ello

se ha convertido en uno de los temas más delicados y debatidos de la ética médica actual.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Recoger los diversos pensamientos en relación con el aborto inducido y su posibilidad de objeción de conciencia en el ámbito sanitario.

Objetivos específicos:

- Plasmar los motivos y pensamientos más comunes sobre el tema, para crear una visión global y aclaratoria de la situación.
- Mostrar cómo afectan estos pensamientos a la práctica del aborto en el ámbito sanitario y su objeción de conciencia.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Protocolo de búsqueda

Se realiza una revisión bibliográfica sistematizada entre diciembre de 2017 y febrero de 2018. La búsqueda de información se lleva a cabo con las siguientes palabras clave en términos DeCs (castellano) y MeSH (inglés):

CASTELLANO	INGLÉS
Aborto	Abortion
inducido, provocado	Induced
Bioética	Bioethics
conciencia, objeción de conciencia	Conscience
Enfermería	Nurses
Legislación	Legislation
España	Spain

Tabla 1: Términos de búsqueda

Estos términos se combinaron entre sí mediante los operadores booleanos AND, OR, NOT, para una búsqueda más precisa, siguiendo en todas las bases de datos esta combinación:

- (aborto) AND (inducido)
- (aborto) AND (bioética)
- (bioética) AND (aborto) AND (inducido)
- (bioética OR legislación) AND (aborto)
- (aborto AND inducido) AND (legislación AND España)
- (aborto) AND (conciencia)
- (aborto) AND (enfermería)
- (aborto) AND (enfermería) AND (conciencia OR objeción)

- (bioética OR legislación) AND (conciencia)
- (aborto) AND (legislación) AND (conciencia)

Las combinaciones en inglés son:

- (abortion) AND (induced)
- (abortion) AND (bioethics)
- (bioethics) AND (Abortion) AND (induced)
- (bioethics OR legislation) AND (abortion)
- (abortion AND induced) AND (legislation AND Spain)
- (abortion) AND (conscience)
- (abortion) AND (nurses OR midwives)
- (abortion) AND (nurses) AND (conscience OR objection)
- (bioethics OR legislation) AND (conscience)
- (abortion) AND (legislation) AND (conscience)

Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Scielo, Cochrane, Dialnet, Lilacs y Google académico. Se utilizaron también fuentes primarias de información, páginas web y literatura especializada en el tema que permitiera definir un marco teórico. (Anexo II)

3.2 Criterios de inclusión

- Se incluyeron todos los artículos gratuitos y de libre disponibilidad.
- Aquellos artículos que tuvieran texto completo.
- Para los resultados, artículos publicados desde el año 2014 al año 2018 en las bases de datos electrónicas y autores de referencia sobre el tema.
- Artículos en inglés y español.

3.3 Criterios de exclusión

- Artículos que tras la lectura del resumen no tuvieran relación con este trabajo a pesar de tener alguna de las palabras clave en el título.
- Artículos que no obtuvieron un mínimo de 7 en la plantilla de CASPe.

Todos los artículos seleccionados fueron sometidos a una lectura crítica con las plantillas de valoración CASPe.

3.4 Proceso de selección de los estudios:

	Artículos encontrados tras aplicar filtros y condiciones de la búsqueda	Artículos excluidos tras revisar el título/resumen o por estar repetidos	Artículos seleccionados para una lectura crítica		Artículos descartados tras la revisión detallada	Artículos incluidos en la revisión
PUBMED	20	638	5	TOTAL 127	104	FINAL 23
SCIELO	30		10			
COCHRANE	2		1			
DIALNET	267		64			
LILLACS	145		13			
GOOGLE ACADÉMICO	301		34			

Tabla 2: Selección de artículos

4. RESULTADOS

Todos los artículos se han clasificado en la siguiente tabla en función de la temática que trataban, de su posición a favor o en contra del aborto u objeción de conciencia, de si sus conclusiones ayudaban a solucionar la problemática en torno al aborto y de su atención sanitaria. Después se agruparon los artículos que se posicionaban de la misma forma, según los apartados de la tabla, desarrollándose a continuación de esta. (Anexo III)

TÍTULO	Aborto	Legal	No legal	La importancia social en el aborto	Objeción de conciencia	A favor	En contra	Límites y condiciones a la objeción	Soluciones a la problemática del aborto	Atención sanitaria al aborto
El silencio social que se construye en torno al aborto inducido										
Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido										
Bioética en sexualidad y reproducción humana										

Activismo católico antiabortista en Argentina: performances, discursos y prácticas										
Derechos reproductivos y libertad de las mujeres. Observaciones sobre el debate feminista										
Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario										
La cuestión de fondo sobre el tema del aborto										
Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception										

Objeción de conciencia										
Judicial, legislative, and professional attempts to restrict pregnant women's autonomy.										
Between the stigma and the law										
Médicos o profesionales de nivel medio para el aborto										
Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto										
La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica										

Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia?										
Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos										
El respeto a la vida										
Objeción de conciencia y aborto creencias propias, violencias ajenas										
Bioética feminista y objeción de conciencia al aborto										
Raíces del desprecio actual a la vida humana incipiente y retos que plantea a la educación										
Yo decido: Por la libertad de las mujeres										

Entre el aborto y la bioética, ¿algo que objetar?

El derecho a la objeción de conciencia sanitaria en las últimas reformas										
La objeción de conciencia en el ámbito sanitario										

Tabla 3: Resultados

4.1 A favor de la legalización del aborto

- Pluralismo social: Consideran que la legalización del aborto respeta las opiniones de todos, permitiendo que cada cual decida si quiere o no abortar, sin perjudicar a nadie. (12,13,14)
- No-discriminación social: No haciendo posible el aborto, lo único que se conseguiría es que las mujeres en una situación económicamente privilegiada puedan viajar a otros lugares y realizar el aborto, dejando desprotegidas a todas aquellas que por su situación esto es imposible, recurriendo muchas de ellas a la realización de un aborto clandestino y por consiguiente exponiéndose a todos los riesgos que conlleva. (15,16,17)
- Irrealismo de una legislación restrictiva del aborto: Si se puede acceder al aborto legal en otros países, se plantean porqué debería de estar prohibido, en este caso en España, si se puede conseguir igualmente. (18)

4.2 En contra de la legalización del aborto

- Multiplicación de las cifras de aborto: defienden que la legalización solo conseguiría que el aborto fuese una práctica más común. (20)
- Valor proclamatorio de la ley: Se basan en que la ley debe defender los valores en los que cree la sociedad. Parece que el ciudadano tiende a considerar que todo lo que legalmente se permite es por consiguiente ético. (21,22)
- Valor de la vida humana: La constitución de todos los estados afirma el derecho a la vida como un derecho fundamental. Permitir la legalidad del aborto podría suponer una pérdida de ese valor ético básico, pudiendo afectar a otros temas como la realización de investigaciones con embriones, o la utilización de los órganos de los fetos que se extraen. (19,22)

4.3 El papel de la sociedad en la práctica del aborto

- Contexto social: En contextos distintos, ideologías diferentes y cronologías variadas el hecho de abortar no es algo libre, no lo decide el sujeto, siempre está ceñido a condicionantes morales o sociales. ⁽²⁴⁾
- El silencio social: Lo atribuyen a aquel que se impone desde fuera, desde el contexto de referencia que rodea a la mujer y que está formado por la propia sociedad. De él derivan tres aspectos: el desconocimiento, el tabú u ocultamiento y la existencia de “*comunidades emocionales*”. Si el aborto se percibe como una elección voluntaria de la mujer, una acción que ella ha escogido libremente, el resultado final debería ser de absoluto alivio. La falta de información produce que aspectos trascendentales y relevantes de la vida sean vistos con absoluta insensibilidad. Nos enfrentamos, por tanto, a la problemática, según estos autores, de la ignorancia. ^(23,25)
- Reproche social: Todo el mundo tiene una opinión que va desde lo subjetivo hasta lo religioso, que en muchas ocasiones crea una actitud de reproche contra la mujer que aborta. Estos autores resaltan que la mujer para legitimar su decisión no sólo precisa de una ley y de un sistema sanitario. Resulta de gran relevancia la aceptación y la conformidad por parte de su entorno más cercano, ya sea familiar o cotidiano. ^(14,24)

4.4 A favor de la objeción de conciencia

- Respeto a los principios morales: El objetor no pretende obstaculizar el cumplimiento social de la norma ni llamar a la desobediencia ciudadana. Simplemente intenta obtener un respeto a sus principios, de modo que pueda incumplir la norma sin ser sancionado. En la medida de lo posible, siempre que no se atente contra intereses públicos, una sociedad

abierta debería garantizar el derecho a la objeción, teniendo en cuenta que la libertad de conciencia es un importante valor. ⁽²⁵⁾

- Dignidad ética: El derecho a la objeción de conciencia se justifica porque significa un bien jurídico básico relacionado con la identidad moral de las personas. Esta objeción contiene una gran dosis de dignidad ética. ⁽²⁶⁾

4.5 En contra de la objeción de conciencia

- No derecho a un estatus moral especial que deniegue a los pacientes su derecho a la atención médica: Defienden que Suecia o Finlandia no otorgan ningún derecho legal a los profesionales, pudiendo ser despedidos por no brindar servicios legales en virtud de la legislación laboral. Esto resuelve el problema de acceso del paciente a la atención, sin tener por ello un efecto perjudicial en el número de estudiantes de medicina de estos países o en la capacidad de sus profesiones médicas para reponer sus filas con nuevos graduados. Estos países han dado prioridad resuelta al acceso de los pacientes a la atención sobre la protección de las convicciones morales de los médicos. Para ellos es importante contratar profesionales que estén dispuestos a realizar este tipo de trabajo. ⁽²⁷⁾
- Barreras de acceso y negación de servicios: Denuncian que la objeción de conciencia se utiliza como excusa para imponer opiniones sobre la situación legal del aborto. Esto obstruye el servicio, generando enormes barreras de acceso y negación de servicios. Consideran que es un problema ético que dificulta soluciones para que la mujer reciba una atención oportuna. ^(13,28,29)

4.6 Límites y condiciones a la objeción de conciencia

- Tesis de la incompatibilidad: Destaca el deber ético de realizar todas las tareas u obligaciones derivadas de la profesión. La objeción debe expresarse en forma previa y completa, no durante el proceso de atención o prestación del servicio. La objeción se aplica solo a prestadores directos y no al personal administrativo. ^(29,30)
- Tesis de las concesiones o mutuo acuerdo. Destaca el establecimiento de límites u obligaciones para con las pacientes. La objeción de conciencia nunca estará permitida en situaciones de emergencia, en las que la falta de intervención médica pueda poner en peligro la vida o la salud del paciente. Carga sobre el objetor la obligación de asegurarse que, al mismo tiempo o en un límite aceptable, otro médico no objetor realice la prestación rechazada por él. ^(28,31)
- Obligaciones jurídicas: el objetor que rechace una intervención debida puede incurrir en responsabilidad penal, no solo cuando hay una situación de emergencia, por la que todos los sanitarios tienen obligación de intervenir, sino también cuando su rechazo impide, por ejemplo, a una mujer interrumpir el embarazo, recibir un producto anticonceptivo o someterse a una de las técnicas de reproducción asistida dentro de uno de los centros de salud autorizados. ^(28,31)

4.7 Soluciones a la problemática del aborto

- Educación sexual y reproductiva: se debe seguir trabajando en el fomento de la autoestima y la autonomía y en la libertad de elección, para promover unas relaciones afectivas igualitarias, en las que no se produzca violencia contra las mujeres ni contra quienes tengan diferentes opciones sexuales, y en las que los hombres se hagan corresponsables de la prevención de embarazos no deseados y de ITS (Infecciones de transmisión sexual). Resaltan la importancia de la

ejecución y el desarrollo de acciones dirigidas a la planificación familiar y a entender el contexto en el que la mujer está inserta ante la decisión de abortar. Es función del profesional de enfermería, como orientador de la asistencia prestada, tanto en el ámbito de atención primaria como en el ambiente hospitalario, atender a la mujer, libre de prejuicios establecidos que puedan influir en la calidad de la asistencia prestada. (31,32)

- Reconocimiento de los derechos sexuales: orienta la necesidad de atender y educar en sexualidad humana. Trabajar con las pautas éticas y con la sexualidad de cada persona es la clave para lograr satisfacción, confianza y buen diálogo. (13,33)
- Buen uso de la libertad: la labor pedagógica consiste en ayudar a que otros, en la medida que se desarrollan, hagan buen uso de la libertad. Estos autores consideran que un individuo es adulto cuando es capaz de autodeterminarse correctamente conforme a la verdad y al bien. Pero es urgente hoy educar en el respeto al ser humano por el mero hecho de serlo y no en función de lo que pueda aportar o de lo que me pueda importunar. Es preciso que se fomente en los jóvenes la conciencia de que el otro, y de manera especial si ese otro es pequeño y desvalido, es insustituible, único y merece todo el esfuerzo, el tiempo y la entrega de la vida por él. (21)
- Realización del aborto en un nivel más bajo del sistema de atención sanitaria: se ha propuesto el entrenamiento de profesionales de nivel medio (comadronas, enfermeras y otros profesionales no médicos) para realizar abortos por aspiración durante el primer trimestre y controlar los abortos médicos como una vía para aumentar el acceso de las pacientes a los procedimientos de aborto seguro. En un pequeño estudio realizado en uno de los artículos, no hubo diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de fracaso en los abortos realizados por profesionales de nivel medio comparados con los efectuados por los médicos. (34)

- La responsabilidad moral en el embarazo: lo que surge de este planteamiento es que la presunción de la responsabilidad moral en el embarazo no puede ser construida sólo en términos de responsabilidad hacia el feto, sino que tiene una repercusión más amplia (sobre sí misma, sobre las relaciones con las personas próximas, sobre los compromisos y proyectos de la mujer). Si se contempla la conciencia y la moral desde esta perspectiva más amplia, significa que la elección del aborto es en muchos casos la decisión moralmente responsable. ^(12,13)

4.8 Sobre la atención sanitaria en el aborto

- Prevalencia de una asistencia tecnicista: la asistencia prestada no se realiza desde un enfoque holístico a las mujeres que sufren de aborto inducido, está basada solo en lo físico, dejando de lado la atención individualizada y reforzando la falta de información o de acompañamiento. Solo en un estudio, la educación en salud durante el ingreso fue destacada en la perspectiva de prevención de abortos recurrentes. ^(34,35)
- Código de ética del profesional de enfermería: enfatiza que la asistencia debe ser prestada libre de cualquier discriminación; ejercida con dignidad, competencia y responsabilidad, bajo ninguna forma de violencia, llevándola a cabo de manera que satisfaga las necesidades de salud de forma integral y preservando la autonomía de las personas. ^(20,25,34,35)
- Prácticas juzgadoras: se observa que hay una dificultad de los profesionales en incorporar una práctica no juzgadora en sus actividades cotidianas. Su intervención, derivada de los valores éticos, morales, culturales y religiosos de cada uno, oscila entre lo que es correcto y lo que se practica. Además, es preciso un enfoque sistemático para el desarrollo de acciones en la práctica asistencial que tiendan como

resultado final a la promoción de la salud de las mujeres y sus derechos reproductivos. ⁽³⁴⁾

5. DISCUSIÓN

Tras la realización de este trabajo se puede inferir que las opiniones e ideas alrededor del aborto y su legalización son tan amplias y extensas que prácticamente es imposible que puedan llegar a un acuerdo. La dificultad del tema no está en las diferencias, sino en los pocos aspectos que puedan tener en común y que sean bioéticamente aceptables. De todos los resultados anteriormente expuestos hay, finalmente, varios puntos en que todos están de acuerdo tanto en el debate ético como legal del aborto:

- El aborto no debe nunca convertirse en una intervención habitual de control de la natalidad. En varios artículos el mayor problema que ven a la hora de legalizar esta práctica es que probablemente los abortos aumentarían. ^(19,22) Sin embargo, en uno de ellos se destaca que el número de abortos se mantiene relativamente estable en los últimos diez años y que la aprobación de la Ley 2/2010, que amplió los supuestos de despenalización, no significó un incremento del número de abortos, como predecían quienes se oponían a la reforma legal, e incluso tienden a disminuir. ⁽¹⁵⁾
- Debe mediar una amplia información sobre sexualidad y control de la natalidad, como caminos fundamentales para evitar el aborto. Nadie cuestiona que se han dado pasos muy importantes en esta dirección y que hoy los niños y adolescentes poseen una amplia información sobre los métodos para evitar un embarazo. ^(11,21,31) Algunos debaten sobre si esta información es únicamente instructiva y si se está añadiendo una verdadera formación sobre la sexualidad y sobre los criterios éticos que deberían estar presentes en esta dimensión. ^(11,21)

En todo debate ético y legal sobre el aborto hay una cuestión fundamental: ¿Cuál es el estatus del embrión? ¿Qué valor tiene, en las diversas etapas de su desarrollo, antes de su nacimiento? Javier Gafo, científico y experto en bioética que formó parte del Comité para el Estudio del Estatuto Embrionario, en su libro *Ética y legislación en enfermería*, agrupó de la siguiente manera los distintos enfoques:

- Fecundación: La iglesia católica y, en general, las grandes religiones afirman que desde que se constituye el cigoto surge una realidad humana que posee un estatus equiparable al del ya nacido y que debería poseer, por tanto, la misma protección.
- Anidación: Un grupo importante y significativo de autores da especial importancia a la finalización de la anidación. Aquí es donde se inicia la gestación y donde se puede constatar un embarazo. Además, esto coincide con la formación de la cresta neural (primer esbozo de sistema nervioso). Dado que es la diferencia más significativa con otras especies, estos autores afirman que el nuevo ser solo goza de calidad humana cuando se comienza a formar el cerebro, por lo tanto, hasta el final de la anidación no está delimitada la individualidad del nuevo ser.
- La finalización de la morfogénesis y organogénesis: Al finalizar el segundo mes, se deja de hablar de embrión para llamarse feto. Este cambio se debe a que tras 8 semanas ya posee una apariencia marcadamente humana y prácticamente ha finalizado la formación de órganos característicos del ser humano. La existencia de esta configuración de por sí ya hace que existan opiniones de que estamos ante un individuo de nuestra especie. También se relaciona la individualidad fetal con el inicio de la actividad cerebral en el nuevo ser. Algunos autores opinan que de la misma forma en que se determina el fallecimiento de una persona por un electroencefalograma plano, también podría utilizarse para delimitar el comienzo de una existencia humana.

- Adquisición de viabilidad: Este criterio es importante, ya que para muchos se considera que cuando adquiere la capacidad para vivir, aunque sea con el soporte de neonatología, fuera del vientre materno es cuando podemos otorgarle un estatus y protección similar al que completa sus 9 meses de desarrollo.
- Nacimiento: Esta era la posición del derecho romano que solo consideraba humano al que ya había nacido, pues tenía un nivel de autonomía diferente y puede por sí mismo realizar las actividades fisiológicas básicas.

Existe una línea de pensamiento, no incluida en las fases del desarrollo embrionario, que considera que el estatus no se puede definir desde los datos biológicos anteriormente citados, sino que depende de la relación que entablan con él los que le rodean, haciendo hincapié en los padres. Insisten en que para una personalización estos criterios relacionales son esenciales. Reconocen el carácter humano, pero no su humanización. ⁽³⁵⁾

El mayor dilema ético está en la importancia que se le da al principio de autonomía de la embarazada frente al respeto y grado de protección jurídica que la sociedad debe proporcionar a ese ser que aún no ha finalizado su desarrollo. En la gran mayoría de los artículos encontrados se considera que socialmente están aceptados ciertos roles en la mujer, como la maternidad. Esta presión social dificulta que las mujeres puedan decidir sobre su futuro, cuando en muchas ocasiones la decisión de abortar, la consideran la forma más inteligente y ética de actuar. ^(12,23,24) Restringir la ley, para estos autores, da lugar a una práctica discriminatoria y de injusticia social que favorece los abortos clandestinos y viola los derechos humanos de las mujeres, especialmente de las más pobres. ⁽¹²⁻¹⁹⁾

Opinan que la mujer embarazada es la única que finalmente debe decidir sobre lo que le sucede al feto. ⁽²⁰⁾ El principio ético de autonomía sobre el que se fundamenta requiere que los pacientes con capacidad de decisión tengan

derecho a determinar qué tratamientos médicos se les puede administrar. Sin embargo, es fuertemente rebatido por aquellos que opinan que hay que defender la vida incipiente, ya que el principio de autonomía que la mujer tiene sobre su cuerpo, pasa a serlo también sobre otra vida que debería ser protegida. (19, 21,22)

Llama la atención la existencia del doble de artículos relacionados con la legalización del aborto que proponen soluciones para evitar más abortos de los necesarios, respetando siempre la autonomía de la mujer y sus derechos. Sin embargo, aquellos posicionados en contra de la legalización no tienen en cuenta la autonomía materna.

Algunos autores consideran que la sociedad conoce y entiende poco acerca del aborto, quiénes abortan o sus motivos para hacerlo. Existe una clara separación entre lo que socialmente se sigue comunicando y los silencios que la propia mujer se impone ante los demás para evitar ser juzgada. (14,23,24) Proponen una visión mucho más amplia del aborto inducido, no como un problema, sino como una solución. De esta forma, pretenden enfocar toda la atención en entender a esas mujeres, su situación y buscar soluciones y ayudas que eviten los abortos. (31-33)

Es precisamente éste, el motivo por el que algunos autores creen que la objeción de conciencia podría utilizarse para esconder la imposición de opiniones sobre la legalización del aborto. Algunos estudios han concluido que no todas las prácticas que se etiquetan como tal constituyen objeción de conciencia y que son, más bien, barreras en el acceso a los servicios. Distinguen así la objeción parcial, que tiene lugar cuando profesionales se niegan a prestar el servicio según las condiciones de la mujer (por ejemplo, aceptan el aborto si se trata de casos en los que falló el método anticonceptivo, pero no si se trata de adolescentes). Refieren también la objeción oportunista, cuando se acepta realizar el aborto según el beneficio económico que pueda proporcionar (no hay objeción en el servicio privado). Otros profesionales

defienden el aborto en situaciones de violación, malformaciones congénitas o riesgo para la madre, pero no en los demás supuestos. (13,27,28,29)

En este aspecto, todos los autores consideran que no sería ético aceptar el aborto en unas situaciones y denegarlo en otras. En su mayoría, recalcan que la objeción no es un mecanismo que pretenda obstaculizar el cumplimiento social de la norma. Es simplemente un respeto a los principios morales de los profesionales de modo que puedan incumplir la norma sin ser sancionados. En la medida de lo posible y siempre que no se atente contra intereses públicos, una sociedad abierta debería garantizar el derecho a la objeción, teniendo en cuenta que la libertad de conciencia de sus ciudadanos es un importante valor, siempre, eso sí, bajo unos límites. (28-31)

En cuanto a la asistencia sanitaria más allá de la objeción de conciencia, debería ser ante todo humanizada, libre de prejuicios. La atención humanizada en situaciones de aborto debe seguir los cuatro principios fundamentales de la bioética. Es deber de todo profesional de la salud velar por la garantía de estos derechos sea cual fuere la situación. Otros artículos complementan que esta atención debería abordar también la dimensión social y psicológica. El fallo en la asistencia sanitaria, en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, también contribuyó y contribuye a la práctica del aborto, resaltando la importancia de la ejecución y el desarrollo de acciones dirigidas a la planificación familiar. (20,25,34)

La intervención del profesional de enfermería, tanto en el ámbito de atención primaria como hospitalario, estaría dirigida a informar y orientar a estas mujeres. Entender el contexto en el que están insertas ante su decisión en cuanto al aborto es fundamental para poder realizar una adecuada atención. Se debe sustentar, entre otras prácticas, la elaboración del duelo por esas mujeres y facilitar una educación sanitaria constructiva para la prevención de un nuevo evento. (20,25,30,31,32,34)

5.1 Conclusiones

A pesar de que las diferencias respecto al aborto siguen estando, la tendencia actual de los autores va encaminada a una legalización de este bajo plazos como la forma más ética y correcta de actuar. Se respetaría la autonomía de la mujer, no se favorecerían los abortos clandestinos y se disminuiría la morbimortalidad materna, que son los grandes problemas que plantea la no legalización.

La solución que proponen es enfocarse en una buena campaña de educación sexual, planificación familiar y ayudas de todo tipo que favorezcan la natalidad y permitan que las madres tengan un apoyo externo durante su embarazo y la crianza de su hijo. De este modo, proporcionan medios para evitar embarazos no deseados y otras salidas al aborto, que muchas mujeres podrían no haber contemplado.

Si existiera una ley de plazos, muchos profesionales de la salud no se sentirían cómodos realizando este tipo de intervenciones, porque puede ir en contra de su moralidad o creencias. Para estas situaciones proponen como necesidad ética, la legislación correcta de una objeción de conciencia bien clara, que se presente con anterioridad, que no entorpezca la atención de la mujer y que sea sancionada si no se utiliza de forma adecuada. Con esto garantizan que aquellos profesionales que participen en las interrupciones voluntarias del embarazo lo hagan libres de prejuicios y de forma holística, cubriendo todos los ámbitos de la mujer gestante.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Mayo Abad D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2002 agosto; 28(2).
2. Organización Mundial de la Salud DdSRelC. Aborto Sin Riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. segunda ed. Ginebra: ediciones de la OMS; 2012.
3. Gafo J. Ética y Legislación en enfermería Madrid: Universitas S.A; 1994.
4. Sahuquillo mr.La OMS alerta. El pais internacional. [Online].; 2017 [consultado 2018 enero. Disponible en:
https://elpais.com/internacional/2017/09/28/actualidad/1506605875_151604.html.
5. Isla Valdés A, Velasco Boza A, Cruz Hernández J, Díaz Curbelo A, Salas Castillo L. El aborto dentro del contexto social. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2010 marzo; 26(1).
6. De la Vega D. Aspectos bioéticos relacionados con el aborto. Revista Cubana Enfermería. 2006; 22(3).
7. López RM. Legaltoday. [Online].; 2015 [consultado 2018 enero. Disponible en:
<http://www.legaltoday.com/opinion/articulos-de-opinion/sistemas-legales-del-aborto-en-europa>.
8. Española RA. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2018 [consultado 2018 febrero. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=DglqVCc> .
9. Mir Tubau J. Principios de ética biomédica. Bioètica & debat. 2011 diciembre; 17(64).
10. Guillén DG. Fundamentos de bioética. segunda ed. Madrid: Triacastela; 2008.
11. Agencia Estatal. Boletín Oficial del Estado. [Online].; 2/2010 [consultado 2018 enero. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-3514>.
12. Sanidad Cd. Portal de Salud Castilla y Leon. [Online].; 2016 [consultado 2018 febrero. Disponible en:
<https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/informacion->

epidemiologica/interrupcion-voluntaria-embarazo .

13. Caballero RT. Bioética feminista y objeción de conciencia al aborto. Dilemata. 2014;(15): p. 153-159.
14. Cortés IF. Reproductive Rights and Women's Freedom. Remarks on the Feminist Debate. Derecho Privado. 2017 junio;(32).
15. Lamas M. Between the stigma and the law. Salud pública. 2014 febrero;(56).
16. Faundes A. Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto. Anales de la Facultad de Medicina. 2015; 76(4).
17. Morán JM. La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica. Acta bioeth. 2014 noviembre; 20(2).
18. López E. Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia? Salud Colectiva. 2014 agosto; 10(2).
19. Bessone PG. Activismo católico antiabortista en Argentina: performances, discursos y prácticas. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2017 agosto;(26).
20. Gloria Patricia Naranjo Ramírez LFFO. El respeto a la vida. Producción + Limpia. 2014; 9(2).
21. Macklin R. Judicial, Legislative, and Professional Attempts to Restrict Pregnant Women's Autonomy. AMA Journal of Ethics. 2014 octubre; 16(10).
22. Núñez-Iglesias MD. Raíces del desprecio actual a la vida humana incipiente y retos que plantea a la educación. La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales. 2014;(27).
23. Zurriaráin RG. La cuestión de fondo sobre el tema del aborto. Persona y Bioética. 2015 junio; 19(3).
24. Miranda Lucas MJ. Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario. Revista de Bioética y Derecho. 2016;(38).
25. Ortega Larrea S. El silencio social que se construye en torno al aborto inducido. Index Enfermería. 2016 diciembre; 25(4).

26. Martínez Otero JM. El derecho a la objeción de conciencia sanitaria en las últimas reformas. In César Ortega Esquembre, editor. El mejoramiento humano: avances, investigaciones y reflexiones éticas y políticas. Valencia; 2015. p. 850.
27. Osorio Santiago MA. Objeción de conciencia. Archivos de Neurociencias. 2017; 22(1).
28. Savulescu J. Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception. Bioethics. 2017 marzo; 31(3).
29. Deza S. Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas. Revista de bioética y derecho: publicación del Máster en bioética y derecho. 2017;(39).
30. Pecorella C. La objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid. 2014;(18).
31. González Vélez AC. Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos. Revista de bioética y derecho: publicación del Máster en bioética y derecho. 2018;(42).
32. Zúñiga AB. Bioética en sexualidad y reproducción humana. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2017 diciembre; 63(4).
33. Urraza MU. Yo decido: por la libertad de las mujeres. RqR Enfermería comunitaria. 2014; 2(4).
34. Barnard S. Médicos o profesionales de nivel medio para el aborto. La Biblioteca Cochrane Plus. [Online].; 2015 [consultado en 2018 febrero. Disponible: <http://www.cochrane.org/es/CD011242/medicos-o-profesionales-de-nivel-medio-para-el-aborto> .
35. Pitilin E, Bedin RG, Aparecida V. Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura. Enfermería Global. 2016 julio; 15(43).
36. Fernández JIG. Ética y Legislación en enfermería. primera ed. Madrid: Universitas, S.A; 1994.

ANEXO I: IVEs en Castilla y León (datos correspondientes al año 2016)

RESULTADOS DE LAS IVEs REALIZADAS EN MUJERES RESIDENTES EN CASTILLA Y LEÓN. 2016.

En el año 2016 se han realizado 2490 IVEs en mujeres con residencia en Castilla y León, con la siguiente distribución provincial:

Tabla 1. Distribución de IVEs por provincia de residencia.

Provincia de residencia	n	%
Ávila	137	5,5
Burgos	388	15,6
León	606	24,3
Palencia	199	8,0
Salamanca	140	5,6
Segovia	145	5,8
Soria	101	4,1
Valladolid	653	26,2
Zamora	121	4,9
Castilla y León	2.490	100,0

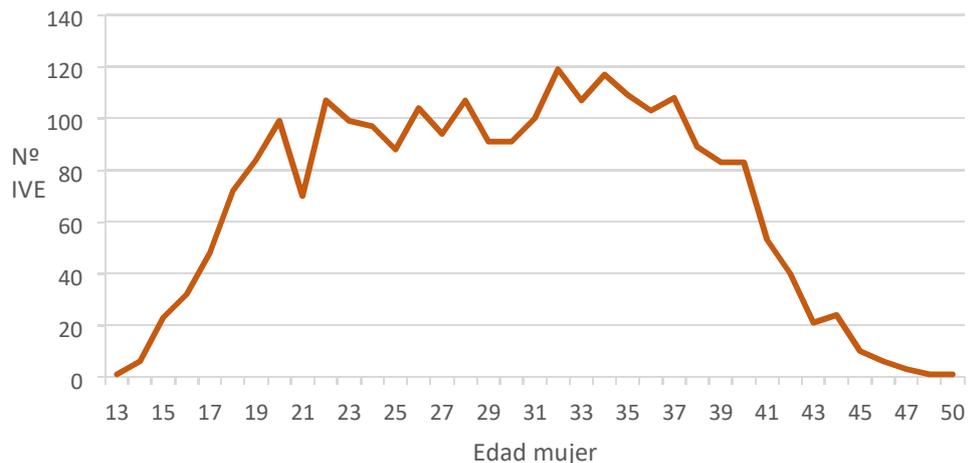
Tabla 2. Distribución de IVE por provincia de residencia. Comparación con 2015.

Provincia de residencia	Nº IVE 2016	Nº IVE 2015	Variación	% variación
Ávila	137	145	-8	-5,52
Burgos	388	402	-14	-3,48
León	606	611	-5	-0,82
Palencia	199	189	10	5,29
Salamanca	140	129	11	8,53
Segovia	145	196	-51	-26,02
Soria	101	113	-12	-10,62
Valladolid	653	723	-70	-9,68
Zamora	121	144	-23	-15,97
Castilla y León	2.490	2.652	-162	-6,11

Tabla 3. Distribución de IVE según grupos de edad.

Grupo de edad	n	%
<15	7	0,3
15-19	259	10,4
20-24	472	19,0
25-29	484	19,4
30-34	534	21,5
35-39	492	19,8
40-44	221	8,9
>44	21	0,8
Total	2490	100,0

Figura 1. Distribución de IVE en mujeres residentes en Castilla y León según edad.



El mayor nº de IVE se observa a los 32 años, con 119 casos, y a los 34 años, con 117 casos.

Tabla 4. Distribución de las IVE según grupo de edad y provincia de residencia.

Provincia de residencia	Grupo de edad																	
	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		>44		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ávila	0	0,0	17	6,6	19	4,0	34	7,0	30	5,6	28	5,7	9	4,1	0	0,0	137	5,5

Burgos	0	0,0	44	17,0	72	15,3	77	15,9	82	15,4	71	14,4	35	15,8	7	33,3	388	15,6
León	1	14,3	62	23,9	105	22,3	110	22,7	142	26,6	124	25,2	55	24,9	7	33,3	606	24,3
Palencia	0	0,0	22	8,5	37	7,8	40	8,3	38	7,1	41	8,3	19	8,6	2	9,5	199	8,0
Salamanca	1	14,3	15	5,8	34	7,2	21	4,3	29	5,4	25	5,1	14	6,3	1	4,8	140	5,6
Segovia	1	14,3	13	5,0	32	6,8	26	5,4	18	3,4	38	7,7	17	7,7	0	0,0	145	5,8
Soria	0	0,0	10	3,9	17	3,6	21	4,3	19	3,6	29	5,9	5	2,3	0	0,0	101	4,1
Valladolid	3	42,9	56	21,6	132	28,0	131	27,1	156	29,2	115	23,4	57	25,8	3	14,3	653	26,2
Zamora	1	14,3	20	7,7	24	5,1	24	5,0	20	3,8	21	4,3	10	4,5	1	4,8	121	4,9
Castilla y León	7	100,0	259	100,0	472	100,0	484	100,0	534	100,0	492	100,0	221	100,0	21	100,0	2490	100,0

Provincia de residencia	Grupos de edad																	
	< 15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		>44		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ávila	0	0,0	17	12,4	19	13,9	34	24,8	30	21,9	28	20,4	9	6,6	0	0,0	137	100,0
Burgos	0	0,0	44	11,3	72	18,6	77	19,9	82	21,1	71	18,3	35	9,0	7	1,8	388	100,0
León	1	0,2	62	10,2	105	17,3	110	18,2	142	23,4	124	20,5	55	9,1	7	1,2	606	100,0
Palencia	0	0,0	22	11,1	37	18,6	40	20,1	38	19,1	41	20,6	19	9,6	2	1,0	199	100,0
Salamanca	1	0,7	15	10,7	34	24,3	21	15,0	29	20,7	25	17,9	14	10,0	1	0,7	140	100,0
Segovia	1	0,7	13	9,0	32	22,1	26	17,9	18	12,4	38	26,2	17	11,7	0	0,0	145	100,0
Soria	0	0,0	10	9,9	17	16,8	21	20,8	19	18,8	29	28,7	5	5,0	0	0,0	101	100,0
Valladolid	3	0,5	56	8,6	132	20,2	131	20,1	156	23,9	115	17,6	57	8,7	3	0,5	653	100,0
Zamora	1	0,8	20	16,5	24	19,8	24	19,8	20	16,5	21	17,4	10	8,3	1	0,8	121	100,0
Castilla y León	7	0,3	259	10,4	472	19,0	484	19,4	534	21,5	492	19,8	221	8,9	21	0,8	2490	100,0

Tabla 5. Tasas IVE 1/1.000 mujeres según grupo de edad y provincia de residencia.

Grupo de edad	Ávila	Burgos	León	Palencia	Salamanca	Segovia	Soria	Valladolid	Zamora	Castilla y León
15-19	4,94	5,91	7,14	6,81	2,28	3,70	5,22	5,25	6,24	5,32
20-24	5,08	9,30	10,83	10,32	4,45	8,73	8,59	12,11	6,43	8,96
25-29	8,50	8,74	9,66	9,87	2,57	6,76	9,49	10,77	5,75	8,23
30-34	6,88	8,01	10,41	8,06	3,07	4,08	7,84	9,93	4,32	7,68
35-39	5,20	5,51	7,55	7,40	2,23	6,99	10,03	5,49	3,70	5,70
40-44	1,58	2,56	3,20	3,36	1,15	2,99	1,65	2,63	1,72	2,44
15-44	5,14	6,27	7,76	7,36	2,50	5,42	6,99	7,03	4,37	6,05

Tabla 6. Distribución IVE por tipo financiación.

Financiación pública	n	%
Sí	1179	47,4
No	1311	52,7
Total	2.490	100,0

Figura 2. Distribución provincial de IVE según el tipo de financiación.

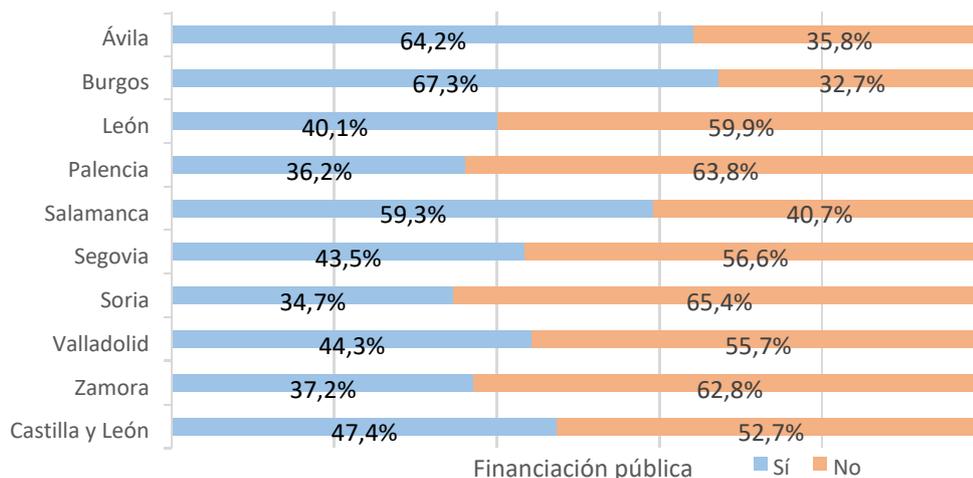


Tabla 7. Distribución de IVE según financiación, grupos de edad y provincia de residencia.

Grupos de edad	Provincia de residencia																				Total
	Ávila		Burgos		León		Palencia		Salamanca		Segovia		Soria		Valladolid		Zamora		Castilla y León		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
<15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2	1	0	1	3	4	7
15-19	9	8	34	10	26	36	8	14	9	6	4	9	4	6	25	31	9	11	128	131	259
20-24	12	7	43	29	44	61	12	25	23	11	13	19	5	12	69	63	11	13	232	240	472
25-29	26	8	57	20	48	62	15	25	13	8	11	15	7	14	56	75	8	16	241	243	484
30-34	16	14	55	27	56	86	20	18	19	10	10	8	7	12	62	94	9	11	254	280	534
35-39	20	8	45	26	50	74	11	30	13	12	16	22	10	19	48	67	5	16	218	274	492
40-44	5	4	21	14	18	37	4	15	5	9	9	8	2	3	26	31	3	7	93	128	221
>44	0	0	6	1	0	7	2	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	1	10	11	21
Total	88	49	261	127	243	363	72	127	83	57	63	82	35	66	289	364	45	76	1.179	1.311	2.490

Tabla 8. Distribución porcentual de IVE según financiación, grupos edad y provincia de residencia.

Grupos de edad	Provincia de residencia																				Total
	Ávila		Burgos		León		Palencia		Salamanca		Segovia		Soria		Valladolid		Zamora		Castilla y León		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
<15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,3
15-19	0,4	0,3	1,4	0,4	1,0	1,5	0,3	0,6	0,4	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	1,0	1,2	0,4	0,4	5,1	5,3	10,4
20-24	0,5	0,3	1,7	1,2	1,8	2,5	0,5	1,0	0,9	0,4	0,5	0,8	0,2	0,5	2,8	2,5	0,4	0,5	9,3	9,6	19,0
25-29	1,0	0,3	2,3	0,8	1,9	2,5	0,6	1,0	0,5	0,3	0,4	0,6	0,3	0,6	2,3	3,0	0,3	0,6	9,7	9,8	19,4
30-34	0,6	0,6	2,2	1,1	2,3	3,5	0,8	0,7	0,8	0,4	0,4	0,3	0,3	0,5	2,5	3,8	0,4	0,4	10,2	11,2	21,5
35-39	0,8	0,3	1,8	1,0	2,0	3,0	0,4	1,2	0,5	0,5	0,6	0,9	0,4	0,8	1,9	2,7	0,2	0,6	8,8	11,0	19,8
40-44	0,2	0,2	0,8	0,6	0,7	1,5	0,2	0,6	0,2	0,4	0,4	0,3	0,1	0,1	1,0	1,2	0,1	0,3	3,7	5,1	8,9
>44	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,4	0,4	0,8
Total	3,5	2,0	10,5	5,1	9,8	14,6	2,9	5,1	3,3	2,3	2,5	3,3	1,4	2,7	11,6	14,6	1,8	3,1	47,4	52,7	100,0

Tabla 9. Distribución IVE según provincia de residencia y modo de convivencia.

Modo de convivencia	Provincia de residencia																		Castilla y León	
	Ávila		Burgos		León		Palencia		Salamanca		Segovia		Soria		Valladolid		Zamora		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sola	18	0,7	49	2,0	74	3,0	26	1,0	16	0,6	20	0,8	18	0,7	76	3,1	12	0,5	309	12,4
En pareja	74	3,0	197	7,9	332	13,3	108	4,3	73	2,9	82	3,3	49	2,0	351	14,1	60	2,4	1326	53,3
Padres/familia	42	1,7	123	4,9	195	7,8	58	2,3	40	1,6	32	1,3	28	1,1	203	8,2	43	1,7	764	30,7
Otras	3	0,1	17	0,7	5	0,2	7	0,3	10	0,4	9	0,4	5	0,2	22	0,9	5	0,2	83	3,3
No consta	0	0,0	2	0,1	0	0,0	0	0,0	1	0,0	2	0,1	1	0,0	1	0,0	1	0,0	8	0,3
Total	137	5,5	388	15,6	606	24,3	199	8,0	140	5,6	145	5,8	101	4,1	653	26,2	121	4,9	2490	100,0

Tabla 10. Distribución de IVE según modo de convivencia y grupo de edad.

Modo de convivencia	Grupo de edad																Total	
	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		>44		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
Sola	0	0,0	7	2,7	38	8,1	63	13,0	92	17,2	75	15,2	30	13,6	4	19,1	309	12,4
En pareja	0	0,0	37	14,3	147	31,1	256	52,9	350	65,5	347	70,5	175	79,2	14	66,7	1326	53,3

Padres/familia	7	100,0	205	79,2	253	53,6	148	30,6	80	15,0	57	11,6	13	5,9	1	4,8	764	30,7
Otras	0	0,0	9	3,5	31	6,6	16	3,3	12	2,3	11	2,2	3	1,4	1	4,8	83	3,3
No consta	0	0,0	1	0,4	3	0,6	1	0,2	0	0,0	2	0,4	0	0,0	1	4,8	8	0,3
Total	7	100,0	259	100,0	472	100,0	484	100,0	534	100,0	492	100,0	221	100,0	21	100,0	2490	100,0

Modo de convivencia	Grupo de edad																Total	
	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		>44			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sola	0	0,0	7	2,3	38	12,3	63	20,4	92	29,8	75	24,3	30	9,7	4	1,3	309	100,0
En pareja	0	0,0	37	2,8	147	11,1	256	19,3	350	26,4	347	26,2	175	13,2	14	1,1	1326	100,0
Padres/familia	7	0,9	205	26,8	253	33,1	148	19,4	80	10,5	57	7,5	13	1,7	1	0,1	764	100,0
Otras	0	0,0	9	10,8	31	37,4	16	19,3	12	14,5	11	13,3	3	3,6	1	1,2	83	100,0
No consta	0	0,0	1	12,5	3	37,5	1	12,5	0	0,0	2	25,0	0	0,0	1	12,5	8	100,0
Total	7	0,3	259	10,4	472	19,0	484	19,4	534	21,5	492	19,8	221	8,9	21	0,8	2490	100,0

Tabla 11. Distribución de IVE según el número de hijos a cargo.

Hijos a cargo	n	%
Con	1194	48,0
Sin	1283	51,5
No consta	13	0,5
Total	2.490	100,0

Tabla 12. Distribución de IVE según la ubicación del centro donde se realiza.

Ubicación del centro	n	%
Castilla y León	1862	74,8
Otras CCAA	628	25,2
Total	2490	100,0

Tabla 13. Distribución de IVE por ubicación del centro donde se realiza y el tipo de financiación.

Ubicación del	Financiación pública	Total
---------------	----------------------	-------

centro	Sí		No			
	n	%	n	%	n	%
Castilla y León	853	34,3	1009	40,5	1862	74,8
Otras CCAA	326	13,1	302	12,1	628	25,2
Total	1179	47,4	1311	52,7	2490	100,0

Tabla 14. Distribución de IVE por provincias y según el tipo de financiación y ubicación del centro donde se realiza.

Provincia de residencia	Con financiación pública				Sin financiación pública			
	Ubicación del centro							
	Castilla y León		Otras CCAA		Castilla y León		Otras CCAA	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ávila	0	0,0	88	64,2	10	7,3	39	28,5
Burgos	252	64,9	9	2,3	94	24,2	33	8,5
León	236	38,9	7	1,2	344	56,8	19	3,1
Palencia	72	36,2	0	0,0	119	59,8	8	4,0
Salamanca	3	2,1	80	57,1	15	10,7	42	30,0
Segovia	0	0,0	63	43,4	21	14,5	61	42,1
Soria	1	1,0	34	33,7	12	11,9	54	53,5
Valladolid	288	44,1	1	0,2	347	53,1	17	2,6
Zamora	1	0,8	44	36,4	47	38,8	29	24,0
Castilla y León	853	34,3	326	13,1	1009	40,5	302	12,1

Tabla 15. Distribución IVE por provincia y ubicación del centro donde se realiza.

Provincia de residencia	Ubicación del centro				Total	
	Castilla y León		Otras CCAA			
	n	%	n	%	n	%
Ávila	10	0,4	127	5,1	137	5,5
Burgos	346	13,9	42	1,7	388	15,6
León	580	23,3	26	1,0	606	24,3
Palencia	191	7,7	8	0,3	199	8,0
Salamanca	18	0,7	122	4,9	140	5,6

Segovia	21	0,8	124	5,0	145	5,8
Soria	13	0,5	88	3,5	101	4,1
Valladolid	635	25,5	18	0,7	653	26,2
Zamora	48	1,9	73	2,9	121	4,9
Castilla y León	1862	74,8	628	25,2	2490	100,0

Tabla 16. Distribución porcentual IVE por provincia y ubicación del centro donde se realiza.

Provincia de residencia	Ubicación del centro				Total	
	Castilla y León		Otras CCAA			
	n	%	n	%	n	%
Ávila	10	7,3	127	92,7	137	100,0
Burgos	346	89,2	42	10,8	388	100,0
León	580	95,7	26	4,3	606	100,0
Palencia	191	96,0	8	4,0	199	100,0
Salamanca	18	12,9	122	87,1	140	100,0
Segovia	21	14,5	124	85,5	145	100,0
Soria	13	12,9	88	87,1	101	100,0
Valladolid	635	97,2	18	2,8	653	100,0
Zamora	48	39,7	73	60,3	121	100,0
Castilla y León	1862	74,8	628	25,2	2490	100,0

Tabla 17. Distribución de IVE según el país de nacimiento de la mujer.

País de nacimiento de la mujer	n	%
Bélgica	1	0,04
Bulgaria	113	4,54
España	1906	76,55
Francia	3	0,12
Italia	2	0,08
Polonia	2	0,08
Portugal	6	0,24
Alemania	1	0,04
Rumania	116	4,66
Ucrania	2	0,08
Georgia	1	0,04

País de nacimiento de la mujer	n	%
Cuba	10	0,40
El Salvador	1	0,04
Honduras	9	0,36
Nicaragua	1	0,04
Panamá	1	0,04
República Dominicana	64	2,57
Argentina	4	0,16
Bolivia	21	0,84
Brasil	26	1,04
Colombia	42	1,69
Chile	2	0,08

Bosnia y Herzegovina	1	0,04
Rusia	2	0,08
Angola	1	0,04
Argelia	2	0,08
Camerún	1	0,04
Costa de Marfil	1	0,04
Guinea Ecuatorial	4	0,16
Marruecos	44	1,77
Senegal	1	0,04
Estados Unidos de América	3	0,12

Ecuador	34	1,37
Paraguay	14	0,56
Perú	24	0,96
Venezuela	7	0,28
Bangladesh	1	0,04
China	11	0,44
Malasia	1	0,04
Pakistán	1	0,04
Siria	3	0,12
Total	2.490	100,00

Tabla 18. Distribución de IVE según continente de nacimiento.

Continente de nacimiento	n	%	N.º países
Europa	2156	86,6	13
España	1906	76,5	1
Europa (excluida España)	250	10,0	12
África	54	2,2	7
América	263	10,6	16
Asia	17	0,7	5
Oceanía	0	0,0	0
Total	2.490	100,0	54

Tabla 19. Distribución de las IVE según nivel de instrucción.

Nivel de Instrucción	n	%
Analfabeta	22	0,9
Primer grado	265	10,6
ESO y equivalentes	761	30,6
Bachillerato y FP	834	33,5
Escuelas universitarias y facultades	605	24,3
No clasificables	0	0,0
No consta	3	0,1
Total	2.490	100,0

Tabla 20. Distribución de IVE según nivel de instrucción y grupo de edad.

Nivel de instrucción	Grupos de edad															
	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		>44	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	0	0,0	3	1,2	2	0,4	7	1,5	7	1,3	1	0,2	2	0,9	0	0,0
Primer grado	2	28,6	39	15,1	52	11,0	60	12,4	39	7,3	49	10,0	18	8,1	6	28,6
ESO y equivalentes	5	71,4	138	53,3	160	33,9	164	33,9	160	30,0	97	19,7	34	15,4	3	14,3
Bachillerato y FP	0	0,0	72	27,8	169	35,8	159	32,9	184	34,5	176	35,8	65	29,4	9	42,9
Escuelas universitarias y facultades	0	0,0	7	2,7	88	18,6	94	19,4	144	27,0	167	33,9	102	46,2	3	14,3
No clasificables	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No consta	0	0,0	0	0,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	2	0,4	0	0,0	0	0,0
Total	7	100,0	259	100,0	472	100,0	484	100,0	534	100,0	492	100,0	221	100,0	21	100,0

Tabla 21. Distribución de IVE según nivel de instrucción e ingresos económicos propios.

Nivel de instrucción	Ingresos económicos propios					
	Sí		No		No consta	
	n	%	n	%	n	%
Analfabeta	5	0,4	17	1,6	0	0,0
Primer grado	112	7,8	153	14,7	0	0,0
ESO y equivalentes	375	26,0	383	36,8	3	60,0
Bachillerato y FP	517	35,8	316	30,4	1	20,0
Escuelas universitarias y facultades	434	30,1	171	16,4	0	0,0
No clasificables	0	0,0	0	0,0	0	0,0
No consta	1	0,1	1	0,1	1	20,0
Total	1.444	100,0	1.041	100,0	5	100,0

Tabla 22. Distribución de IVE según nivel de instrucción y país de nacimiento.

País de nacimiento	Nivel de instrucción						Total
	Analfabeta	Primer grado	ESO y equivalentes	Bachillerato y FP	Escuelas universitarias y facultades	No consta	

	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Europa	18	0,7	223	9,0	647	26,0	699	28,1	566	22,7	3	0,1	2156	86,6
España	12	0,5	162	6,5	556	22,3	626	25,1	547	22,0	3	0,1	1906	76,5
Europa (excluida España)	6	0,2	61	2,4	91	3,7	73	2,9	19	0,8	0	0,0	250	10,0
África	4	0,2	12	0,5	15	0,6	17	0,7	6	0,2	0	0,0	54	2,2
América	0	0,0	29	1,2	89	3,6	115	4,6	30	1,2	0	0,0	263	10,6
Asia	0	0,0	1	0,0	10	0,4	3	0,1	3	0,1	0	0,0	17	0,7
Oceanía	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	22	0,9	265	10,6	761	30,6	834	33,5	605	24,3	3	0,1	2490	100,0

Tabla 23. Distribución de IVE según los ingresos económicos propios de la mujer.

Ingresos propios	n	%
Sí	1.444	58,0
No	1.041	41,8
No consta	5	0,2
Total	2.490	100,0

Tabla 24. Distribución de IVE según la situación laboral.

Situación laboral	n	%
Cuenta propia	91	3,7
Cuenta ajena	1.342	53,9
Pensionista	4	0,2
Estudiante	382	15,3
Parada	557	22,4
Doméstico	95	3,8
Otras	16	0,6
No consta	3	0,1
Total	2.490	100,0

Tabla 25. Distribución de IVE según los ingresos económicos y grupo de edad.

Ingresos económicos propios	Grupos de edad																Total	
	<15		15-19		20-24		25-29		30-34		35-39		40-44		>44			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sí	0	0,0	28	10,8	188	39,8	320	66,1	365	68,4	361	73,4	166	75,1	16	76,2	1444	58,0
No	7	100,0	231	89,2	283	60,0	163	33,7	169	31,7	128	26,0	55	24,9	5	23,8	1041	41,8

No consta	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0	3	0,6	0	0,0	0	0,0	5	0,2
Total	7	100,0	259	100,0	472	100,0	484	100,0	534	100,0	492	100,0	221	100,0	21	100,0	2490	100,0

Tabla 26. Distribución de IVE según el IVE anteriores y número de hijos vivos.

N.º IVE anteriores	N.º hijos vivos																Total	
	0		1		2		3		4		5		6		9		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
0	995	56,4	425	24,1	260	14,7	57	3,2	19	1,1	5	0,3	2	0,1	1	0,1	1764	100,0
1	224	42,0	141	26,5	121	22,7	37	6,9	5	0,9	3	0,6	2	0,4	0	0,0	533	100,0
2	28	19,6	44	30,8	54	37,8	15	10,5	2	1,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	143	100,0
3	3	12,0	7	28,0	9	36,0	5	20,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	25	100,0
4	2	18,2	2	18,2	6	54,6	0	0,0	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11	100,0
5	1	14,3	2	28,6	3	42,9	0	0,0	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	100,0
6	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
7	0	0,0	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
8	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
10	0	0,0	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Total	1254	50,4	623	25,0	457	18,4	114	4,6	29	1,2	8	0,3	4	0,2	1	0,0	2490	100,0

En 2016 se han practicado 2.490 IVEs en las mujeres con residencia en Castilla y León, lo que supone un descenso del 6,11 % respecto a 2015, situando la tasa en 6,05 IVE/1000 mujeres de 15 a 44 años, con el máximo de 8,96 en el grupo de 20 a 24 años (12,11 en Valladolid y de 10,83 en León) para descende con la edad. Destacarse que en 2016 se registra el número menor de IVE de los registrados durante el presente siglo.

Respecto a las mujeres residentes en Castilla y León a las que se les realizó una IVE en 2016:

- Las provincias donde residen el mayor porcentaje de estas mujeres son Valladolid (26,2%) y León (24,3%). Dos de cada tres casos

se registran en residentes en Burgos, León o Valladolid. En municipios con más de 50.000 habitantes el 60,8% de las mujeres.

- Del 23,45% de mujeres no nacidas en España, su procedencia es principalmente de países del continente americano (10,6%) y europeo (10,0%), y el 41,4% cuenta con menos de 10 años de residencia en España desde su llegada.

- Según la edad, el 80% de los casos de IVEs se concentran entre los 20 y los 39 años, registrándose las tasas más elevadas entre los 20 y 24 años (8,96 IVE/1000 mujeres) y el grupo de 25 a 29 años (8,23 IVE/1000 mujeres).

- El 53,3% conviven en pareja y el 30,7% lo hacen con padres o familiares, mientras que el 12,4% viven solas. Hasta los 25 años predomina la convivencia con padres o familiares, pero a partir de esa edad predomina la convivencia en pareja.

- El 74,8% de las mujeres residentes en Castilla y León se sometieron a la IVE en centros radicados en su Comunidad de residencia, mientras que el 25,2% lo hicieron en los de otras Comunidades Autónomas. El 92,7% de las residentes en Ávila y más del 85% de Salamanca, Segovia y Soria acudieron a centros de otras Comunidades.

- El 33,5% de las mujeres cuentan con estudios de bachillerato o formación profesional, el 30,6% de ESO y equivalente y el 24,3% tienen estudios universitarios.

- El 58,0% de las mujeres cuentan con ingresos económicos propios, obtenidos del trabajo por cuenta propia (3,7%) o por cuenta ajena (53,9%). En ausencia de ingresos propios las IVEs son sufragadas por sus familiares (50,8%) o por su pareja (33,0%).

- El 47,4% de las IVEs en mujeres residentes en Castilla y León fueron financiadas con fondos públicos, siendo este porcentaje mayor en las provincias de Burgos (67,3%) y Ávila (64,2%). Ese porcentaje, de IVE con financiación pública, se distribuye en el 34,3% realizadas en

centros radicados Castilla y León y el 13,1% realizadas en centros de otras comunidades

- El principal motivo para la IVE es a petición de la mujer (85,9%), principalmente por trastorno adaptativo mixto, con ansiedad y depresión
- El 62,7% refieren utilizar habitualmente métodos anticonceptivos a diferencia del 36,9% que niegan su uso, siendo más frecuente el uso de métodos barrera (41,7%) y los hormonales (18,9%).
- El 55,4% de mujeres fueron informadas por primera vez sobre la posibilidad de la interrupción del embarazo en centros sanitarios públicos, seguidas del 22,1% que recibieron información a través de Internet.
- El 51,5% de las mujeres no tienen ningún hijo a cargo, el 6,3% tienen 3 o más hijos.
- El 70,8% de mujeres no habían realizado una IVE anteriormente, mientras que para el 2% de ellas era al menos la tercera ocasión que se le realizaba.
- El 57,3% de las IVE tiene lugar antes de las 9 semanas de gestación y el 91,1% antes de las 14 semanas.
- El método de intervención principalmente utilizado es en el 68,2% de las IVE el de la dilatación y evacuación, seguido por el de dilatación y aspiración con el 25,9%. En las practicadas en centros de Castilla y León la dilatación y evacuación es el método más frecuente con el 83,8%, mientras que en los centros de otras Comunidades es el de la dilatación y aspiración con el 76,6%.

ANEXO II: Búsqueda bibliográfica

BASE DE DATOS	BÚSQUEDA	RESULTADOS
<p style="text-align: center;">Pubmed</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND inducido 	0/4
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND bioética 	0
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND bioética AND inducido 	4/12
	<ul style="list-style-type: none"> ○ (bioética OR legislación) AND (aborto) 	1/4
	<ul style="list-style-type: none"> ○ (Aborto AND inducido) AND (legislación AND España) 	0
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND conciencia 	0
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND enfermería 	0
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND enfermería AND conciencia 	0
	<ul style="list-style-type: none"> ○ (bioética OR legislación) AND conciencia 	0
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND legislación AND conciencia 	0

<p>Cochrane</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND inducido 	<p>0/1</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND bioética 	<p>0</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND bioética AND inducido 	<p>0</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ (bioética OR legislación) AND (aborto) 	<p>0</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ (Aborto AND inducido) AND (legislación AND España) 	<p>0</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND conciencia 	<p>0</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND enfermería 	<p>1/1</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND enfermería AND conciencia 	<p>0</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ (bioética OR legislación) AND conciencia 	<p>0</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND legislación AND conciencia 	<p>0</p>
<p>Scielo</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND inducido 	<p>2/5</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND bioética 	<p>5/16</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND bioética AND 	<p>0</p>

	<ul style="list-style-type: none"> inducido ○ (bioética OR legislación) AND (aborto) 1/4 ○ (Aborto AND inducido) AND (legislación AND España) 0 ○ Aborto AND conciencia 0 ○ Aborto AND enfermería 2/3 ○ Aborto AND enfermería AND conciencia 0 ○ (bioética OR legislación) AND conciencia 0/2 ○ Aborto AND legislación AND conciencia 0 	
Dialnet	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND inducido 8/103 ○ Aborto AND bioética 15/44 ○ Aborto AND bioética AND inducido 2/7 ○ (bioética OR legislación) AND (aborto) 13/63 ○ (Aborto AND 	

	<p>inducido) AND (legislación AND España)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND conciencia ○ Aborto AND enfermería ○ Aborto AND enfermería AND conciencia ○ (bioética OR legislación) AND conciencia ○ Aborto AND legislación AND conciencia 	<p>0</p> <p>14/34</p> <p>2/15</p> <p>0/1</p> <p>9/140</p> <p>1/2</p>
Lilacs	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND inducido ○ Aborto AND bioética ○ Aborto AND bioética AND inducido ○ (bioética OR legislación) AND (aborto) ○ (Aborto AND inducido) AND (legislación AND España) ○ Aborto AND conciencia 	<p>7/78</p> <p>0/13</p> <p>1/2</p> <p>4/39</p> <p>0</p> <p>1/3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND enfermería ○ Aborto AND enfermería AND conciencia ○ (bioética OR legislación) AND conciencia ○ Aborto AND legislación AND conciencia 	<p style="text-align: right;">0/5</p> <p style="text-align: right;">0/1</p> <p style="text-align: right;">0/3</p> <p style="text-align: right;">0/1</p>
<p>Google académico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aborto AND inducido ○ Aborto AND bioética ○ Aborto AND bioética AND inducido ○ (bioética OR legislación) AND (aborto) ○ (Aborto AND inducido) AND (legislación AND España) ○ Aborto AND conciencia ○ Aborto AND enfermería ○ Aborto AND enfermería AND conciencia 	<p style="text-align: right;">4/34</p> <p style="text-align: right;">9/56</p> <p style="text-align: right;">1/3</p> <p style="text-align: right;">11/70</p> <p style="text-align: right;">0</p> <p style="text-align: right;">3/29</p> <p style="text-align: right;">2/30</p> <p style="text-align: right;">0</p>

Entre el aborto y la bioética, ¿algo que objetar?

	<ul style="list-style-type: none">○ (bioética OR legislación) AND conciencia○ Aborto AND legislación AND conciencia	<p>3/76</p> <p>1/3</p>
--	--	------------------------

ANEXO III: Resumen artículos seleccionados

AUTOR/ES	FECHA	TÍTULO	RESUMEN
<p>Susana Ortega Larrea Rosa García Orellán Ana Ortega Larrea</p>	2016	El silencio social que se construye en torno al aborto inducido	<p>Analiza la experiencia de las mujeres que han tenido un aborto y las consecuencias dolorosas que dicha práctica produce en la vida y en el cuerpo de las mujeres.</p> <p>¿Existe un apoyo social para la mujer que ha abortado, y un marco para afrontar sus consecuencias?</p>
<p>Érica de Brito Pititín Ana Claudia Banazeski Rafaela Bedín Vanessa Gasparín</p>	2016	Cuidados de enfermería en situaciones de aborto inducido / provocado: una revisión integral de la literatura	<p>Identifica en la literatura científica sobre cuidados de enfermería en los casos de aborto inducido / provocado.</p>
<p>Alfredo Benavides Zúñiga</p>	2017	Bioética en sexualidad y reproducción humana	<p>Orienta en la necesidad de atender y educar en sexualidad humana.</p>
<p>Pablo Gudiño Bessone</p>	2017	Activismo católico antiabortista en Argentina: performances, discursos y prácticas	<p>Sobre la forma en que los grupos autodenominados provida mantienen un discurso de oposición a la legalización del aborto, con base en el despliegue de argumentaciones científicas y bioéticas</p>
<p>Isabel Fanlo Cortés</p>	2017	Derechos reproductivos y libertad de las	<p>Reflexión sobre el tema de los derechos reproductivos, asumiendo</p>

		mujeres. Observaciones sobre el debate feminista	como perspectiva de análisis el debate feminista occidental contemporáneo.
María José Miranda Lucas Dolors Comas d'Argemir	2016	Discursos de profesionales de la salud y de mujeres sobre el aborto voluntario	Indaga en los significados del aborto voluntario desde el discurso de los profesionales sanitarios involucrados en ello y de mujeres que han experimentado una interrupción voluntaria del embarazo.
Roberto Germán Zurriarán	2015	La cuestión de fondo sobre el tema del aborto	Sobre la necesidad de un cambio en la Constitución española para defender la vida, la salud y la dignidad del embrión y del feto humano desde su concepción.
Macklin R.	2014	Judicial, Legislative, and Professional Attempts to Restrict Pregnant Women's Autonomy	Reflexión para que las mujeres tengan la última palabra en asuntos relacionados con sus embarazos.
Savulescu J, Schuklenk U.	2017	Doctors Have no Right to Refuse Medical Assistance in Dying, Abortion or Contraception	Reflexión para mejorar las protecciones de los pacientes frente los valores personales de los médicos y restricciones más severas sobre el derecho a la objeción de conciencia
Lamas M	2014	Between the stigma and the law	Explora los efectos en el personal sanitario de la

			implementación de la Terminación Legal del Embarazo.
Aníbal Faundes	2015	Malentendidos sobre el efecto de la legalización del aborto	¿Qué ocurre cuando se legaliza y hace accesible el aborto seguro?
José Manuel Moran Faundes	2014	La valoración de la vida, la subjetivación del embrión y el debate sobre el aborto: aportes desde una perspectiva crítica	Analiza críticamente la forma en la que se planteado el debate ético y jurídico en torno al aborto, como un conflicto de derechos entre el embrión y la mujer, mostrando los modos en los que se ha construido la figura del embrión, como un sujeto susceptible de valoración moral y protección jurídica.
Sharmani Barnard Caron Kim	2018	Médicos o profesionales de nivel medio para el aborto	Entrenamiento de profesionales de nivel medio para realizar abortos por aspiración durante el primer trimestre como una vía para aumentar el acceso de las pacientes a los procedimientos de aborto seguro
Elsa López	2014	Aborto inducido: ¿ignorancia o negación de una tragedia?	Clarifica lo que para ella es el concepto errado de que liberalizar la ley va a llevar a un aumento en el número de abortos, lo que

			casi todos prefieren evitar. Las evidencias son que no hay menos aborto donde las leyes son restrictivas y no aumentan los abortos cuando las leyes se hacen más liberales.
Marian Uría Urraza	2014	Yo decido: Por la libertad de las mujeres	Expone la situación actual de la legislación en materia del aborto y salud sexual y reproductiva y las actividades que se están realizando en el marco del Programa de educación afectivo-sexual, desarrolladas en gran parte por enfermeras, para la promoción de una sexualidad saludable.
Mercedes D'Aubarede Núñez-Iglesias	2014	Raíces del desprecio actual a la vida humana incipiente y retos que plantea a la educación	Sobre la consideración del embrión humano por una gran parte de la sociedad occidental El objetivo de este artículo es analizar las causas históricas que desembocaron en la mentalidad e ideología causante de dicha situación y los retos que se plantean a la educación
Rosana Triviño Caballero	2014	Bioética feminista y objeción de conciencia al aborto	Identifica profundamente los problemas y dota de los argumentos necesarios para la lucha por el respeto a la capacidad decisoria de las mujeres.

María Areli Osorio Santiago	2017	Objeción de conciencia	Defiende que objetar conciencia, no sólo implica la libertad de una persona para expresar sus ideas o elegir la actitud religiosa o filosófica ante determinadas situaciones de la vida esto también con lleva no dañar bienes socialmente protegidos.
Claudia Pecorella	2014	La objeción de conciencia en el ámbito sanitario tratamiento legal y jurisprudencial en una perspectiva comparada	Condiciones de legitimidad de las leyes sobre la objeción de conciencia que permiten evaluar la posible responsabilidad penal del sanitario que rehace una intervención.
Gloria Patricia Navarro Ramírez Luis Fernando Fernández Ochoa	2014	El respeto a la vida	Habla sobre una sociedad que legitima el aborto y la eutanasia, amparándose en falsas piedadades, siendo una sociedad que está proclamando su ineptitud para ofrecer reconocimiento, solidaridad y afecto.
Ana Cristina González Vélez	2018	Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos	La autora discute la noción de conciencia para distinguir entre aquellas prácticas que se ajustan a la objeción y aquellas que son barreras de acceso, abordando distintas tesis bioéticas sobre la objeción de conciencia
Soledad Deza	2017	Objeción de	Analiza las

		conciencia y aborto creencias propias, violencias ajenas	potencialidades de la objeción de conciencia en profesionales sanitarios, busca visibilizar el contexto que precede a las mujeres y que subyace a la relación médico-paciente que enmarca la problemática, para evidenciar que esas asimetrías impiden el uso de esta herramienta en la atención pública.
Juan María Martínez Otero	2015	El derecho a la objeción de conciencia sanitaria en las últimas reformas	Analiza la configuración del derecho a la objeción de conciencia en el derecho español, deteniéndose en los dos últimos textos legislativos que han regulado la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios al aborto.