

## Promoción institucional del aborto, e 'invierno demográfico'

Íñigo Barreda Cabanillas, Director de Actualidad del Derecho Sanitario.

La promoción del aborto voluntario desde autoridades de salud pública -como la OMS o el Ministerio de Sanidad en España- y otras instituciones no sanitarias -Unicef, Parlamento Europeo- implica una estrategia errática y silencia un problema epidemiológico mundial de primer nivel.

Cada año se practican 73 millones de abortos en el mundo, según la [OMS](#), institución que, en lugar de adoptar soluciones para mitigarlo, aboga en sus comunicados por "ampliar el aborto de calidad" financiando además un [programa](#) específico para lograr el objetivo<sup>1</sup>.

En España, las cifras oficiales del Ministerio de Sanidad hablan por sí mismas del panorama en términos sólo epidemiológicos y endémicos: 1.491.534 abortos provocados en el periodo 2010- 2024 desde la vigencia de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, LO 2/2010) y hasta el 2024. La media por año supera los cien mil desde el 2023 (106.172 en 2024) y sigue *in crescendo* desde 2016, según los [registros](#) del Ministerio de Sanidad<sup>2</sup>.

Si al cerca de millón y medio que se realizaron en el periodo 2010-2024 se añaden los practicados desde la ley despenalizadora de 1985 y hasta el 2010, año de publicación de la LO 2/2010, [758.600](#) según Sanidad<sup>3</sup>, la cifra resultante sería de 2.250.134 abortos, aunque probablemente el número sea muy superior por la infranotificación.

Otros datos que no se registran son los abortos químicos (píldora abortiva, incremento del 15% en menores de 16 y 17 años en España en 2024) y los que suceden en el domicilio de la mujer.

En 2024, un año después de la reforma legal de 2023 (LO 1/2023), se contabilizaron 11.699 abortos en menores de 20 años, lo que representa un aumento del 6,99% respecto a 2023, cuando se registraron 10.934 casos.

Este grupo de edad supone aproximadamente el 11% del total de abortos de ese año, que superaron los 106.000. La gran mayoría de las mujeres (94,62 % de los casos) que se sometió a esa práctica en el 2024 lo hizo de forma voluntaria, es decir, no por supuestos previstos por el Legislador supuestamente necesitados de regulación o de exención penal como el compromiso de la salud de la madre o el de anomalías graves del neonato.

La cifra de 2.250.134 abortos en España supone un reto epidemiológico por sí solo y comparado con otras causas de muerte: véase que el número total de defunciones en un solo año, el 2024, fue de 433.547, lo que frente a los 106.072 abortos en el mismo periodo nos sitúa en la dimensión del problema, aunque sólo lo sea en términos cuantitativos, sin ahondar en la gran repercusión social, bioética, jurídica, moral y profesional de la ley que lo ampara y su aplicación en la práctica.

Probablemente sea un número muy superior, pues se trata de registros oficiales a partir de datos recopilados con fines estadísticos y epidemiológicos para los que el propio Ministerio reconoce la falta de notificación por temor de las mujeres y de los facultativos intervinientes a que no se respete su confidencialidad.

La situación nacional es una mínima muestra de lo que sucede en el mundo. Si los 73 millones de abortos que refiere la OMS se multiplican por 10

<sup>1</sup> *Programa Especial PNUD/UNICEF/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

<sup>2</sup> Disponibles en <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>

<sup>3</sup> <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/anterioresIVEs.htm>

años, por ejemplo, se obtendrá una cifra abrumadora de vidas humanas segadas en fuerte contraste con el invierno demográfico debido al bajo índice de natalidad que es acuciante y que otras naciones afrontan institucionalmente y responsablemente con acciones y recursos económicos para el apoyo de la mujer y de las familias (entre otras Dinamarca, Finlandia, Suecia, Noruega, Alemania, Hungría, Japón, Italia, Turquía).

En España se ha emprendido el camino contrario, llegando incluso a derogar leyes de maternidad autonómicas (en Baleares, en Valencia) por considerar los políticos responsables que son contrarias a un presunto e inatacable "derecho de aborto".

Existe alguna excepción como, últimamente, en la Comunidad de Madrid, donde se acaba de publicar que se ha conseguido en un año aumentar la natalidad un 4,7% por encima de la media nacional gracias a la *Estrategia de protección a la maternidad y paternidad y de fomento de la natalidad y conciliación 2022-2026*, que cuenta con una inversión pública de más de 272 millones de euros<sup>4</sup>.

La última reforma legal contempla, además, no dar información por defecto a la mujer sobre alternativas al aborto si no lo solicita, eliminar días de reflexión y suprimir el consentimiento paterno para las menores de 16 años.

Contribuye a tal estrategia político social la [página web](#) publicada al efecto por el Ministerio de Sanidad dentro del área titulada Prevención, en la que afirma que el aborto es un acto *preventivo y interruptivo* de la gestación cuando, como es obvio, no es ni una cosa ni la otra -ni tampoco una enfermedad-, pues el embarazo una vez iniciado ya no se puede prevenir ni interrumpir, sino sólo finalizar ya sea de una forma natural o bien provocada como la que se propone. Como refuerzo de su estrategia, el Ministerio de Sanidad acaba de publicar una nota de prensa en la que difunde la puesta en marcha de la página web [www.quieroabortar.org](http://www.quieroabortar.org) como "un es-

pacio de referencia" y de "experiencias de mujeres que permiten normalizar al aborto (...)", la disponibilidad de una línea telefónica y de *Whatsapp*, y además "un servicio de apoyo jurídico, emocional y técnico a mujeres que desean *interrumpir* el embarazo pasada la semana 22 de gestación"<sup>5</sup>.

Otra acción reciente de la ministra de Sanidad en comparecencia pública ante medios de comunicación es afirmar que el aborto "tiene efectos beneficiosos para la mujer" y que no hay literatura científica que respalde la existencia de un *síndrome postaborto*, sin hacer una mínima mención a los riesgos de secuelas físicas y psicológicas conocidas en la práctica por el colectivo médico, al que ella pertenece, y por las mujeres que tienen que pasar por ese trance.

### La prohibición de anunciar que el aborto no tiene secuelas

Sobre esta cuestión cabe recordar que la Audiencia de Oviedo prohibió anunciar a la Asociación de la red de clínicas abortistas ACAI que la práctica del aborto no tiene secuelas para la mujer, obligando a publicar la resolución judicial íntegra en su web<sup>6</sup>.

Su sentencia, confirmada por el Supremo, calificó de "publicidad falsa y engañosa" que ACAI informara en su web que el aborto no tiene secuelas mediante este mensaje: "(...) es una operación que no deja secuelas, por eso cuando te quedes embarazada será como si no hubieses tenido un aborto anterior. Tampoco hay ningún riesgo de esterilidad por someterse a uno o más abortos. El aborto es la intervención quirúrgica más frecuente en España que no deja secuelas y la incidencia de complicaciones es bajísima".

La Audiencia tomó declaración a un ginecólogo y a una cirujana, quienes se remitieron a la obligación médica de prestar consentimiento informado a las

<sup>4</sup> Casi 24.500 madres de la Comunidad de Madrid menores de 30 años han recibido 14.500 euros por hijo en ayudas directas. La estrategia incluye 80 medidas que se vertebran en torno a tres ejes u objetivos estratégicos: apoyo a la natalidad, protección de la maternidad y la paternidad, y conciliación de la vida laboral, familiar y personal.

<sup>5</sup> <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6755>

<sup>6</sup> ADS nº 306 / Sept. 2022. TS / Prohibición de publicar que la práctica del aborto no tiene secuelas para la mujer.

pacientes informando al Tribunal de la "alta probabilidad de secuelas psicológicas" y afirmando que esas "expresiones en la web son tendenciosas y pueden inducir a error, porque el aborto sí puede tener secuelas, no hay ninguna intervención ginecológica que no las tenga, para eso existen los consentimientos informados ante cualquier complicación que pueda surgir".

Tales declaraciones se vertieron en juicio a partir de su experiencia profesional, por referencia al conocimiento científico y la literatura médica disponible para ilustrar a la Audiencia sobre la cuestión planteada en el litigio, en el que otra profesional, terapeuta de la demandante, calificó su padecimiento de *síndrome postaborto* manifestando que "los porcentajes de remordimiento y tristeza en los meses siguientes son altísimos" por alusión a "numerosos estudios científicos internacionales".

No entraré en la discusión abierta recientemente entre políticos sobre los efectos del aborto volunta-

rio en la mujer (síndrome postaborto vs. estrés post-traumático), pues es costumbre de ADS acudir primero a fuentes primarias especializadas como, en este caso, de la psiquiatría y de la salud mental para tomar un conocimiento lo más aproximado que sea posible a algo que ha sido investigado en estudios, revisiones sistemáticas y metaanálisis y llegan a conclusiones basadas en la evidencia científica.<sup>7,8</sup>

### Síndrome postaborto y trastorno de estrés postraumático

Por su repercusión médico legal y para el Derecho Sanitario consideramos que tiene interés que exponamos dos teorías que se manejan en distintos trabajos científicos de revisión.

Una teoría definida por la psicóloga Brenda Major y otros investigadores es la referida al *trauma del aborto*, que se identifica como "una experiencia ex-

<sup>7</sup> Sobre secuelas psicológicas y síndrome postaborto véase, *ad exemplum*:

- 'Abortion and Mental Health: What Can We Conclude?'. Aaron Kheriaty, M.D. May 5, 2025. *Spring* 2025. Vol. 40. <https://doi.org/10.70257/STNB5981>

- 'Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009'. Priscilla K. Coleman, *British Journal of Psychiatry* 199, nº 3 (2011). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>

- 'Protocol: Abortion and mental health outcomes, a systematic review and meta-analysis'. Julia H. Littell, Sarah Young, Teresa D. Pigott, Antonia Biggs, Trine Munk-Olsen, Julia R. Steinberg. En la revisión sistemática se analiza la **teoría del trauma del aborto y la del síndrome postaborto**. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cl2.1410>

- 'Aborto y salud mental de la mujer', Justo Aznar, German Cerdá. *Acta bioética*. Vol. 20 n.º 2, nov. 2014. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2014000200006>.

- '¿Reduce el aborto los riesgos para la salud mental de un embarazo no deseado o no planeado?. Una reevaluación de la evidencia'. DM Fergusson, LJ Horwood y JM Boden, *Aust NZJ Psychiatry* 47, n.º 9 (2013).

<https://doi.org/10.1177/0004867413484597>- Este trabajo concluye que el aborto no es terapéutico desde una perspectiva de salud mental. Sus investigaciones no encontraron que el aborto confiera beneficios para la salud mental mientras que a menudo encontraron que confiere riesgos para la salud mental.

- 'Efectos del aborto voluntario sobre la mujer (II)', por Antonio Piga Rivero. Prof. Emérito de la Universidad de Alcalá. Gobernador honorario en World Association for Medical Law. *Actualidad del Derecho Sanitario* nº 328 y nº 328 / 2024.

- 'Bases fenomenológicas del derecho de la mujer a ser madre', por Antonio Piga Rivero. Presidente del Consejo Editorial de Actualidad del Derecho Sanitario (ADS). *Actualidad del Derecho Sanitario* nº 310 / Enero 2023.

<sup>8</sup> Singularmente, el alto porcentaje e incremento de casos de depresión y de conductas suicidas, véase:

- 'Suicidios tras el embarazo en Finlandia, 1987-94: estudio de vinculación de registros'. M. Gissler, E. Hemminki y J. Lonnqvist, *BMJ* 313, nº 7070 (1996). <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1431>

- 'Reacciones psicóticas posparto y posaborto', HP David, NK Rasmussen y E. Holst, *Fam Plann Perspect* 13, nº 2 (1981). <https://doi.org/10.2307/2134703> - Este estudio realizado en Dinamarca muestra que las mujeres que se habían sometido a abortos tenían un mayor riesgo de ser ingresadas en hospitales psiquiátricos dentro de los tres meses que las mujeres que llevaron sus embarazos a término. Otro estudio sobre 173.000 mujeres en California expone que las que se habían sometido a intervenciones de aborto tenían un 154% más de probabilidades de suicidarse en comparación con las mu-

jes que dieron a luz.

cepcionalmente traumática porque implica una vivencia de muerte humana, específicamente, la destrucción intencional del feto y ser partícipe de una muerte violenta, así como una violación del instinto y la responsabilidad parental, la ruptura de los vínculos maternos con el feto y un dolor no reconocido"<sup>9</sup>. Por su parte, los psicoterapeutas Vincent Rue y Anne Speckhard definen en un trabajo publicado en 1992 el *síndrome postaborto* (SPA) como un tipo de trastorno por estrés postraumático (TEPT)<sup>10</sup>.

Posteriormente, en 2011, estos mismos autores publicaron otro estudio<sup>11</sup> en el que examinan las formas en que el aborto puede actuar como un factor estresante traumático indicando que "si bien se cree que la mayoría de las mujeres obtienen buenos resultados después de un aborto, hay evidencia clara de que para algunas mujeres el aborto precipita consecuencias psicosociales negativas con síntomas que van desde una leve angustia a corto plazo hasta trastornos psicológicos importantes que incluyen: depresión, ansiedad, trastorno de pánico, trastorno de estrés postraumático y agudo (TEPT) e incluso respuestas psicóticas".

### Política, ley y consentimiento

En el primer trabajo Rue y Speckhard consideran que el impacto psicológico del trauma del aborto en mujeres, hombres y niños es mucho más complejo

de lo que se creía. Afirman que "estudios deficientes y presiones políticas han generado un déficit de información sobre el trauma postaborto. Es fundamental reexaminar a fondo las secuelas del aborto. De no hacerlo, las mujeres pueden tomar decisiones sobre el aborto que podrían ser muy perjudiciales para ellas, decisiones que carecen de **consentimiento informado y de libre elección**"<sup>12</sup>.

En un estudio reciente, de mayo de 2025, el psiquiatra Aaron Kheriaty concluye, después de analizar revisiones y metaanálisis publicadas por otros autores, que "no existen beneficios empíricamente establecidos del aborto para la salud mental".

Kheriaty desmiente argumentos legales que sostienen que el aborto es terapéuticamente necesario para abordar o tratar a mujeres con problemas de salud mental. Sus conclusiones tienen relación con una demanda reciente contra la ley de aborto de Indiana, ya que comparece como perito de la defensa de ese Estado en el juicio<sup>13</sup>.

Según Kheriaty, "el cuerpo actual de investigación sugiere que un número significativo de mujeres sufren consecuencias negativas para la salud mental a causa del aborto, con algunos factores de riesgo identificables". En su trabajo hace referencia a una sentencia de la Corte Suprema de los Estados Unidos sobre el asunto *Gonzales v. Carhart* en la que se hace referencia a casos de depresión grave y pérdida de autoestima<sup>14</sup>.

<sup>9</sup> 'Abortion and mental health: Evaluating the evidence'. *American Psychologist*, 64(9), 863–890. Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009).

<sup>10</sup> 'Postabortion syndrome: an emerging public health concern'. Anne C. Speckhard, Vincent M. Rue. *Journal of Social Issues*. Volume 48, Issue 3 pp. 95-119. <https://www.standapart.org/admin/uploads/file/speckhard-and-rue-post-abortion-syndrome-1992.pdf>

<sup>11</sup> 'Abortion trauma'. *Encyclopedia of Trauma*. Enero 2011. Anne Speckhard, Vincent M. Rue. [https://www.researchgate.net/publication/271195098\\_ABORTION\\_TRAUMA](https://www.researchgate.net/publication/271195098_ABORTION_TRAUMA)

<sup>12</sup> 'Postabortion syndrome: an emerging public health concern'. Anne C. Speckhard, Vincent M. Rue. *Journal of Social Issues*. Volume 48, Issue 3 pp. 95-119. <https://www.standapart.org/admin/uploads/file/speckhard-and-rue-post-abortion-syndrome-1992.pdf>

<sup>13</sup> 'Abortion and Mental Health: What Can We Conclude?'. Aaron Kheriaty, M.D. May 5, 2025. Spring 2025. Vol. 40. <https://doi.org/10.70257/STNB5981>

<sup>14</sup> En el asunto *Gonzales v. Carhart*, 550 US 124 (2007, <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/550/124/>), la Corte Suprema de los Estados Unidos confirmó la constitucionalidad de la Ley de Prohibición del Aborto por Nacimiento Parcial de 2003, procedimiento quirúrgico atroz e inhumano que plantea a largo plazo graves riesgos para la salud de las mujeres y, en algunas circunstancias, para sus vidas. Según esta sentencia "es precisamente esta falta de información sobre la forma en que se matará al feto lo que preocupa legítimamente al Estado (...). El Estado tiene interés en garantizar que

La psicóloga Priscilla Coleman ha publicado la investigación cuantitativa más amplia disponible en la literatura mundial sobre los riesgos para la salud mental asociados al aborto<sup>15</sup>.

Coleman muestra que las mujeres con antecedentes de aborto experimentaron un 81% más de riesgo de sufrir problemas de salud mental de diversos tipos, en comparación con las mujeres que no se habían sometido a un aborto. Su trabajo encontró efectos estadísticamente significativos en cinco áreas analizadas: los trastornos de ansiedad aumentaron un 34%, la depresión un 37%, el abuso de alcohol un 110%, el abuso de marihuana un 220% y las conductas suicidas un 155%.

Otros riesgos posibles son los iatrogénicos, que se producen independientemente de los anteriormente citados (hemorragia, infección, perforación o desgarro del útero, daño en el cuello uterino y también reacciones a la anestesia o a los medicamentos). ADS ha venido informando de sentencias que condenan por perforación uterina en el transcurso de operación de legrados por aborto, o por esterilidad, e incluso por omitir información que afecta a la mujer para decidir si se somete o no a la intervención.

## Epidemiología e 'invierno demográfico'

La utilización de eufemismos por los políticos sirve al propósito dulcificador de leyes que dan la espalda al invierno demográfico y al bajo índice de natalidad sin ofrecer alternativas ni ayudas sociales, ni económicas, para adoptar una decisión informada sobre la continuidad del embarazo, la maternidad y la paternidad.

Cabría preguntarse, por ello, si quienes tienen la responsabilidad -política, de salud pública- emprenderán alguna acción para corregir una tendencia demográfica que es altamente preocupante.

Pero el siguiente paso anunciado por nuestro Gobierno este mismo mes es intentar convencer a la sociedad de que el aborto es un derecho humano de categoría fundamental y constitucional, como se ha hecho con celeridad inusitada en Francia y se negocia ahora a escala UE por la Comisión Europea y el Parlamento Europeo.

La Comisión Europea estudia, además, una propuesta para crear un fondo que sufrague a las mujeres el viajar a otros países para abortar cuando en el suyo la legislación es restrictiva.

La OMS llega incluso a informar en una nota oficial en su [web](#) que las políticas de fecundidad o maternidad de la mujer son negativas: "la reglamentación que restringe el aborto en favor de la fecundidad afecta a la formación de las mujeres, a su participación en el mercado laboral y a las contribuciones que pueden hacer al crecimiento del PIB"<sup>16</sup>.

## Conclusiones

De lo anteriormente expuesto cabe extraer algunas conclusiones de interés desde una perspectiva médica legal, bioética, deontológica y social a observar por los responsables de políticas y normativas de salud pública. Los **estudios, revisiones y metaanálisis** expuestos coinciden en señalar que el aborto voluntario:

- no tiene efectos terapéuticos ni beneficiosos para la mujer. No los tiene en los casos de abortos

---

una elección tan grave esté bien informada. Es evidente que una madre que llega a arrepentirse de su decisión de abortar debe luchar con un dolor más angustioso y una pena más profunda cuando se entera, solo después del evento, de lo que una vez no supo: que permitió que un médico perforara el cráneo y aspirara el cerebro en rápido desarrollo de su hijo no nacido, un niño que asume la forma humana".

<sup>15</sup> La muestra comprendió 22 estudios, 36 medidas de efecto y 877.181 participantes de las que 163.831 experimentaron un aborto. Uno de los objetivos fue medir la asociación entre el aborto y los indicadores de salud mental adversa, calculando los efectos de subgrupos según los grupos de comparación (sin aborto, embarazo no deseado que dio a luz, embarazo que dio a luz) y los resultados específicos. 'Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009'. Priscilla K. Coleman, *British Journal of Psychiatry* 199, nº 3 (2011). <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.077230>

<sup>16</sup> <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

espontáneos ni tampoco en comparación con las mujeres que deciden continuar con el embarazo y alumbrar al hijo.

- Presenta un alto riesgo de secuelas psicológicas que pueden ser postparto y/o de por vida, independientemente de su definición como trauma psicológico o como síndrome postaborto en los distintos estudios consultados.

Adicionalmente hay que considerar que cualquier intervención quirúrgica tiene riesgos yatrogénicos, a los que se añaden los psicológicos propios que puede sufrir la madre que lleva a cabo una decisión tan compleja y de compromiso vital trascendental.

Por tanto, desde su consideración médico legal y jurídica, el **consentimiento informado** que se traslada a la paciente:

- no debe sustraer información de riesgos descritos y conocidos por la comunidad médica y por las propias mujeres que los han sufrido.

- como en cualquier intervención quirúrgica de riesgo: no debe entregarse el mismo día de la intervención ni tres días antes, sino con el tiempo suficiente para adoptar una decisión libre e informada, como informa la jurisprudencia consolidada .

Desde una **perspectiva ética, médico social y de salud pública**, la comunicación y publicación de mensajes públicos sobre prevención y salud sexual y reproductiva debe:

- Ser veraz y coherente con la terminología utilizada sin eufemismos, omisiones o falsedades que pueden producir confusión en el receptor.

- Responder de forma responsable al problema endémico del invierno demográfico y la baja natalidad, garantizando la maternidad y la paternidad como un derecho que es fundamental para la humanidad.

- Ser respetuoso con posibles objetores de conciencia concernidos por el compromiso deontológico profesional e hipocrático *primum non nocere*, sin crear listas negras en registros oficiales.

Como apreciación final para quienes en la práctica ordinaria de la Medicina y del Derecho son aplicadores o espectadores de la ley, procede recordar algunos **derechos fundamentales en juego** que la **doctrina constitucional** ha fijado y que considero importante destacar:

- el del consentimiento informado-definido por primera vez en nuestra jurisprudencia como fundamental por el ilustreD. José Manuel Martínez Pereda (RIP)<sup>17</sup>-, que debe ser pleno y garantista para la mujer no sólo en cuanto a información de riesgos, sino también sobre alternativas, como en cualquier intervención quirúrgica. Con mayor motivo en la operación de aborto, en la que hay dos intereses vitales a considerar.

- Consecuentemente, el de la vida -de la mujer, del *nasciturus*-, prius constitucional y clave de bóveda y valor superior de nuestro sistema jurídico que sirve de presupuesto y soporte de todos los derechos.

- Finalmente, el de objeción de conciencia de los profesionales de la salud (además, en su caso, de la objeción de ciencia).

## Referencias de interés en ADS

ADS nº 331 / Dic. 2024. *Sanidad aprueba un protocolo de registro de objetores para "garantizar" abortos*

ADS nº 328 / Septiembre 2024. *Efectos del aborto voluntario sobre la mujer (II)* Antonio Piga Rivero. Profesor Emérito de Medicina Legal. Universidad de Alcalá Gobernador Honorario de la Asociación Mundial de Derecho Médico.

ADS nº 327 / Julio Agosto 2024. *Efectos del aborto voluntario sobre la mujer (I)* Antonio Piga Rivero. Profesor Emérito de Medicina Legal. Universidad de Alcalá.

<sup>17</sup> Magistrado del Tribunal Supremo (TS), y, hasta su muerte, presidente de nuestro Consejo Editorial, señaló por primera vez en nuestra jurisprudencia que el consentimiento informado es un derecho humano fundamental (vid. TS 12.01.2001, Civil. Ponente: Martínez-Pereda, José Manuel. Sentencia publicada en *Actualidad del Derecho Sanitario* nº 68 / 2001.

ADS nº 326 / Junio 2024. TC rechaza recursos contra la reforma del aborto y la pena de prisión para los provida.

ADS nº 324 / Abril 2024. VATICANO / Aborto, eutanasia y cambio de sexo vulneran Derechos Humanos

ADS nº 323 / Marzo 2024. Reflexiones a partir de la inclusión del aborto como un 'derecho' de la mujer en la Constitución francesa en marzo de 2024. Antonio Piga. Prof. Emérito Medicina Legal y Forense. Universidad de Alcalá

ADS nº 315 / Jun. 2025. TEDH rechaza que prohibición del aborto por anomalía fetal produzca víctimas

314 / Mayo 2024. Polémica sentencia TC sobre la ley de aborto, con votos discrepantes

312 / Marzo 2023. Ley sobre salud sexual, reproductiva y aborto. ¿Cómo se podría mejorar?

311 / Feb. 2023. ABORTO / No dar información, eliminar días de reflexión, sin permiso paterno.

ADS nº 310 / Enero 2023. 'Bases fenomenológicas del derecho de la mujer a ser madre'. Antonio Piga Rivero. Prof. Emérito de la Universidad de Alcalá. Gobernador honorario en World Association for Medical Law. Presidente del Consejo Editorial de Actualidad del Derecho Sanitario (ADS).

306 / Sept. 2022 / COFM / La reforma del aborto, contra normas éticas y profesionales de farmacia.

ADS nº 306 / Sept. 2022. TS / Prohibición de publicar que la práctica del aborto no tiene secuelas para la mujer.

304 / Jun. 2022. EEUU / Supremo: "No existe un derecho fundamental ni constitucional al aborto".

ADS nº 303 / Mayo 2022. Oklahoma y el Senado de EEUU rechazan amparar el aborto.

ADS nº 303 / Mayo 2022. España / Aborto libre de menores, eliminar días de reflexión, no dar información.

ADS nº 293 / Jun. 2021. Demandan al TC por no pronunciarse sobre la ley de aborto en dos lustros.

ADS nº 250 / Jul. – Ag. 2017. No existe un derecho de aborto por malformación facial del no nacido.

ADS nº 216 / Jun. 2014. Informe del Comité de Bioética de España sobre la reforma legal del aborto.

ADS nº 190 / Feb. TSJA / Suspensión de la resolución que denegaba objetar al aborto.

ADS nº 191 / Marzo. 2012. TSJM / La objeción a informar del aborto, derecho directamente aplicable.

ADS nº 191 / Marzo, 2012. INFORME ICOMEM: "La ley de aborto compromete la lex artis médica".

ADS nº 181 / Abril 2011. ABORTO / Reacción colegial ante el Auto de Málaga que restringe la objeción.

ADS nº 176 / Nov. 2010. NAVARRA / Registro de objetores al aborto (Pág. 890).

ADS nº 175 / Oct. 2010. Auto del TC sobre la ley del aborto y votos discrepantes (Pág. 769).

ADS nº 175 / Oct. 2010. CASTILLA-LA MANCHA / Modificación de Orden de objeción al aborto (Pág. 818).

ADS nº 175 / Oct. 2010. CONSEJO DE EUROPA / Protección de objeción de conciencia al aborto (Pág. 819).

ADS nº 175 / Oct. 2010. SUPREMO: 'El derecho de objeción de conciencia al aborto del personal sanitario es indiscutible' (Pág. 701).

ADS nº 173 / Jul. Ag 2010. SESCOAM / Procedimiento de objeción de conciencia al aborto (Pág. 638).

