

La reciente estrategia proaborto en el debate parlamentario británico

Francisco Ballesta, L.C.



Medico, Dottore di Ricerca in Bioetica; docente di "Gestione dell'Atto Medico e della Medicina", Ateneo Pontificio Regina Apostolorum

En octubre del año 2007 desapareció la Comisión de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Comunes, constituida en julio del 05 y compuesta por once parlamentarios (seis del partido laborista, tres del conservador y dos del liberal demócrata).^{1,2} Prácticamente, el último trabajo de la Comisión fue la investigación sobre desarrollos científicos en relación con la ley del aborto de 1967.³ La decisión de realizar esta investigación fue tomada en la reunión del 20 de junio 07. La Comisión recibió evidencia escrita remitida por las organizaciones y personas interesadas en el tema. Durante el mes de octubre 07 tuvo tres sesiones de intercambio oral (días 15, 17 y 24) con 21 personas (18 expertos y 3 representantes del ministerio de salud) invitadas a profundizar o dar aclaraciones sobre la evidencia escrita presentada. El día 29 la Comisión aprobó el informe presentado por su presidente, miembro del partido liberal demócrata, rechazando el informe alternativo ofrecido por dos diputados conservadores. El informe rechazado fue recogido como apéndice (pp. 71-83) en el reporte de la Comisión que fue publicado el 6 de noviembre.⁴ El gobierno respondió al informe de la Comisión el 29 de noviembre mostrando estar de acuerdo prácticamente en todo. Desde noviembre comenzó a registrarse una mayor actividad en ambas cámaras con preguntas al gobierno sobre diversos aspectos de la aplicación de la Abortion Act 1967, reflexiones sobre el elevado número de abortos que se producen en Inglaterra y un gran

número de propuestas de enmienda a diversos puntos de la ley. Se llegó a pensar en crear una comisión especial de estudio de la ley en cuestión, cosa que se descartó en la cámara alta el 14 de enero 08. En esta misma cámara, en su sesión del 28 de enero, se tuvo un debate en orden a introducir las modificaciones necesarias para evitar los abortos tardíos (de más de 24 semanas de gestación) autorizados en los casos de malformaciones. La propuesta fue rechazada con 22 votos a favor y 89 en contra. En la cámara baja, sesión del 20 de mayo, se tuvo un debate de casi cuatro horas cuyo objetivo fue analizar propuestas de enmienda relacionadas con la reducción del plazo de 24 semanas. Todas las propuestas fueron rechazadas. La que más favor encontró fue la de reducir de 24 semanas a 22, con 233 votos a favor y 304 en contra.

Desde el 12 de junio 08 hasta el 22 de julio, un día antes de que se iniciara la pausa estiva, se registró la entrada de otras 30 propuestas de enmiendas a la Abortion Act 1967, entre ellas las propuestas liberales, que hasta el momento no habían aparecido en escena. Como ejemplos de propuestas liberales tenemos las presentadas el 12 de junio por el diputado del partido liberal demócrata, miembro de la comisión, Dr. Evan Harris, orientadas a facilitar la práctica del aborto eliminando la necesidad de que dos médicos deban estar de acuerdo (la necesidad de dos firmas), quitando otros requisitos de tipo médico y metiendo a las enfermeras y comadronas dentro del grupo de personas au-

torizadas a practicarlo.

Como sucede con casi todos los trabajos parlamentarios, las historias son largas y muchos los detalles en los que uno se podría detener. Nos ocuparemos sólo de hacer una rápida comparación entre el informe de la comisión y la propuesta de informe presentada por los diputados conservadores, incluyendo algunos elementos de las sesiones de intercambio oral. Antes de comenzar podríamos hacer algunas reflexiones. Es interesante fijarse en la composición de la comisión y ver cómo los dos diputados del partido liberal-demócrata, a pesar de ser minoría, juegan un papel fundamental. Uno de ellos (Mr Phil Willis) es el presidente de la comisión y el otro (Dr Evan Harris) será un apasionado defensor de las medidas liberalizadoras durante los intercambios orales así como uno de los firmantes de las peticiones de reforma en esa línea. El informe de los diputados conservadores buscaba afrontar los temas señalados por la comisión y subrayar cómo intereses ideológicos y financieros habían influido en los resultados de la investigación. Las críticas hechas por los diputados conservadores ponen de manifiesto las usuales tácticas de manipulación que se dan en los debates en torno a temas bioéticos.

La impresión personal es que se preparan unos escenarios sofisticados en los que se siguen ritualmente todos los pasos para promover una modificación legislativa y donde los errores quedan cubiertos con el disfraz de objetividad que otorga la redacción de un informe de comisión, cuyas recomendaciones se espera que tengan un peso específico muy alto a la hora de decidir sobre posibles enmiendas. Este tipo de informes presentan datos interesantes para el investigador; además de las abundantes referencias, consiguen sintetizar datos valiosos sobre el estado de la cuestión (estadísticas, evolución de la legislación en materia...) que difícilmente se encuentran reunidos en otros documentos. Desde este punto de vista hay que reconocer su valor, pero este ropaje no debe deslumbrar al lector crítico.

El informe de la comisión presenta sus conclusiones sobre cuatro puntos generales:

edad máxima de gestación para permitir el aborto; aborto por anomalías fetales; acceso al aborto y gestión del mismo e impacto del aborto en la salud de la mujer.

Se preparan unos escenarios sofisticados donde los errores quedan cubiertos con el disfraz de objetividad que otorga la redacción de un informe de comisión

Edad máxima de gestación para permitir el aborto

Para evaluar si es necesario cambiar la edad máxima de gestación para permitir el aborto, el informe examina tres elementos: los porcentajes de supervivencia neonatal según las diferentes edades de gestación (viabilidad fetal), la ausencia de conciencia del dolor en el feto y las razones que las mujeres presentan para los abortos tardíos. Se supone que una mayor viabilidad fetal o la presencia de conciencia del dolor en el feto deberían ser causa de reducción de este límite, como sucedió en 1990 con la reducción de 28 a 24 semanas, basada en la viabilidad.

Con relación a la viabilidad, el informe se detiene en la definición del término y en ofrecer estadísticas tomadas de diversos estudios, llegando a la conclusión de que no hay que considerar avances significativos en el tema de la viabilidad de fetos de menos de 24 semanas. Los diputados conservadores descalificarán la evidencia tomada en consideración por la comisión en base a los siguientes puntos: la viabilidad de los nacidos pretérmino por algún problema, no puede ser tomada como medida de la de fetos sanos que llegarían a término si no fueran abortados; los índices de supervivencia de los fetos pretérmino son muy variables de unos centros a otros y la supervivencia es mayor en centros de nivel terciario y con un manejo proactivo de los casos.

Partir de la viabilidad para definir un límite legal al aborto procurado es un camino colateral para intentar reducir el daño de las leyes abortistas; parece que todavía es un punto de encuentro pero lo más importante es que sirve también para poner en evidencia la posición liberal, al centrar la atención en las paradojas éticas que suscita el aborto

Una medida destinada a vigilar que el recurso al aborto fuera algo muy selectivo, se aprecia como un requisito burocrático, anacrónico, inútil, cumplido sin el rigor que marca la ley y que dificulta el ejercicio del “derecho”

en sí, como muy bien se anotaría en diversos momentos del intercambio oral.⁵ Fijar la atención en la sensibilidad y conciencia del dolor por parte del feto es un error de perspectiva, derivado de la cultura utilitarista reinante, pero que también puede resultar útil en el intento de reducir el daño. Con relación a este punto, el informe comienza señalando que no podemos saber nunca si el feto siente dolor y concluye que, como no poseemos la certeza de que el feto, aunque presente reacciones reflejas ante estímulos dolorosos, sea consciente del dolor por debajo de las 24 semanas, este elemento no debe influir en la consideración de la edad gestacional límite para la práctica del aborto. Los diputados conservadores pondrán de manifiesto que otros estudios, diferentes a los tomados en consideración por la comisión, describen mecanismos que posibilitan la percepción del dolor a partir de la semana 20 y, en base a las reflexiones sobre la viabilidad y el dolor, recomendarán que se otorgue al feto el beneficio de la duda. Es interesante observar cómo en los casos en que no se tiene certeza, la mentalidad liberal abortista es tremendamente rigurosa en la exigencia de evidencia para descartar su forma de proceder. No le basta la duda; no importa que exista la posibilidad de que el feto sienta el dolor a partir de la semana 20; como no está probado, el argumento se descarta. Cuando existe evidencia en contra de su visión, el rigor sube de tono; no basta que las cosas sucedan sino que deben darse con una determinada frecuencia. Resulta que hay fetos que sobreviven cuando nacen por debajo de las 24 semanas de gestación. Esto es una evidencia que es desestimada porque el % de supervivencia es muy bajo.

Aborto por anormalidades fetales

En este campo todos están de acuerdo en que los abusos son muy grandes. Se presen-

tan argumentos a favor y en contra de definir con claridad lo que son las anormalidades que podrían entrar en este supuesto y se propone que el Parlamento decida si es necesario llegar a este tipo de determinaciones; ninguna recomendación explícita sobre la necesidad de hacerlo, a pesar de la evidencia de los abusos.

Acceso al aborto y gestión del mismo

El tema se subdivide en los siguientes puntos: el requisito de las firmas de dos médicos, la objeción de conciencia como causa de retraso en la práctica del aborto, el papel de las enfermeras, los lugares donde debe llevarse a cabo el aborto (hablando del aborto no quirúrgico).

En el tema de las dos firmas parecía que nadie sabía dar razón de por qué estaba en la ley. Durante los intercambios orales se daba vueltas sin entrar en lo esencial. Cuando un diputado conservador se decidió a poner el dedo en la llaga, la reacción liberal descalificadora no se hizo esperar.⁶ El informe recoge algunas razones, en contra y a favor, presentadas por los expertos. Concluye en la línea liberal, recomendando que desaparezca este requisito en el caso de los abortos de primer trimestre, apoyándose inocentemente en el deseo del gobierno de evitar al máximo los abortos tardíos y en que las dos firmas representan un retraso burocrático en el acceso al mismo. El informe de los diputados conservadores aclara los auténticos motivos del requisito.⁷ La reflexión es inmediata: resulta que una medida destinada a vigilar que el recurso al aborto fuera algo muy selectivo, como requería la gravedad del tema sobre el que se estaba legislando, a la distancia de 40 años, se aprecia como un requisito burocrático, anacrónico, inútil, cumplido sin el rigor que marca la ley y que dificulta el ejercicio del “derecho”. La perspectiva ha cambiado completamente y estamos ante una segunda generación de estrategias para hacer más trivial el aborto y facilitar el acceso al mismo.

Otro tema conectado con el de las dificultades para el ejercicio del “derecho” es el

asunto de la objeción de conciencia de los médicos. El informe se refiere a este punto dentro del apartado “otras causas de retraso” en el acceso al aborto y concluye en la contradicción de que respetando el derecho del médico, éste debe “ayudar” a la mujer poniéndola lo antes posible en manos de un abortista, pues de lo que se trata es de evitar retrasos. La contradicción en el texto es evidente.⁸ Estamos ante otro error de perspectiva pues se hace de la rapidez, en el acceso al aborto, el valor máximo a perseguir, dejando de lado el que sea o no conveniente, la posibilidad de cambio de opinión ante el consejo de un médico no abortista... Cabría preguntar: ¿se trata de asesorar a la mujer o de hacerla recurrir lo más rápido posible al aborto para evitar los riesgos de los abortos tardíos? A la mentalidad abortista le gustaría que todo médico tuviera la obligación de practicar el aborto a quien se lo solicitara, como si se tratara de prescribir el remedio a una enfermedad; ha conseguido introducir esta obligación en el caso de que se de una urgencia. Resulta, sin embargo, que ante la evidencia de que las prácticas abortistas no son tratamientos médicos, prohibir la objeción de conciencia sería un atentado a la autonomía de los médicos, obligados a practicar la medicina pero no otras cosas. Por este motivo, aunque por el momento no puede avanzar más en esta línea, busca aumentar la presión sobre el sector, convirtiendo la objeción en un rito carente de efecto real. Se le dice al médico que se respeta su condición de objetor, pero se le pide que actúe como si no lo fuera. Atención también a esta nueva estrategia de segunda generación. La objeción de conciencia está siendo cada vez más estrangulada, buscando obligar al médico, de diversas formas, a someterse a realizar abortos. La estrategia para salir de esa dinámica consiste no tanto en defender la objeción de conciencia, como en insistir en el siguiente punto: la práctica del aborto no es una práctica médica; el médico abortista está usando mal sus competencias; no se necesita ser objetor para no practicar el aborto, simplemente se necesita permanecer dentro de los cauces de la me-

dicina. Haberse retirado sobre la objeción de conciencia ante la ola de leyes abortistas pudo, o no, haber sido una buena estrategia en su momento; sin duda se trató de un poco de azúcar para que pasara el mal trago entre los médicos. Como el efecto ya se obtuvo, ahora se puede retirar el elemento facilitador. Lo que ahora se necesita es despertar de la anestesia y recuperar el auténtico sentido de la profesión. Esto significa que el actual objetor debe seguir negándose a las prácticas abortistas, pero no diciendo que es “objetor” sino que es “médico”.

El siguiente punto fue la consideración de la posibilidad de que personal sanitario diferente a los médicos tuviera la posibilidad de realizar abortos en el primer trimestre. La argumentación gira en torno a las cosas que las enfermeras con capaces de hacer en la actualidad y como pueden perfectamente aceptar la responsabilidad de este procedimiento, especialmente si se trata del aborto médico. La comisión aconseja que se permita a enfermeras y comadronas ser firmantes de los documentos implicados, suministrar los abortivos e incluso realizar abortos quirúrgicos tempranos. Atención a esta otra nueva línea estratégica de segunda generación orientada a trivializar y facilitar el aborto.

A continuación viene la consideración del asunto del aborto en casa. La ley señala que el aborto debe practicarse en centros sanitarios adecuados... pero la modalidad del aborto médico temprano a base de fármacos que la misma mujer podría tomar por su cuenta, en su casa... entra en contradicción con esas disposiciones legales. ¿Qué hacer? La comisión muestra los argumentos a favor y en contra, aconsejando que no se autorice el aborto en casa, coincidiendo con la visión de los diputados conservadores y, por una vez, alejándose de la posición liberal.

Los riesgos del aborto para la salud materna

Se consideraron los siguientes puntos: validez de los estudios al respecto, riesgos para la salud mental, riesgos para la salud física (partos prematuros, embarazo ectópico y pla-

Entre dos grupos de mujeres que han hecho lo que han querido en relación con la maternidad, se dan más alteraciones psicológicas entre las que abortaron: porque influye más lo que se hace para satisfacer el deseo que la satisfacción del deseo en sí

centa previa en gestaciones sucesivas, cáncer de seno, infección), consecuencias de impedir el acceso al aborto y consentimiento informado. De forma general, el informe descalifica la existencia de conexión causal entre aborto provocado y alteraciones de la salud materna. Señala que la existencia de correlaciones no indica necesariamente relación causal, pero no recoge lo que señalaba, con mucho acierto, uno de los expertos.⁹ El informe anota que es difícil realizar estudios adecuados pues los grupos que se comparan no son homogéneos: se comparan mujeres que han tenido una gestación deseada y la han llevado a término con mujeres que han tenido una gestación no deseada y la han interrumpido. Los grupos a comparar deberían ser ambos de mujeres que han tenido una gestación no deseada y la única variable, el hecho de que hayan podido recurrir al aborto, o no. Ningún estudio se ha podido realizar en las condiciones ideales señaladas y, por ello, los resultados no son rigurosos. En los intercambios orales se presenta una auténtica batalla sobre la autoridad de los estudios presentados como evidencia. Cuando se hace referencia a la existencia de estudios que cumplen los requisitos de homogeneidad en la muestra, la atención se desvía con el argumento de autoridad.¹⁰ Mirando las cosas más fríamente se descubre que, a pesar del aparente rigor lógico, la estrategia seguida para descalificar los estudios no se sostiene. Si tomamos el punto de vista liberal, es decir: lo que cuenta es el cumplimiento de los deseos de la mujer, en lo referente a una gestación ya en curso, los estudios más comunes comparan grupos de mujeres totalmente homogéneos: mujeres que han querido tener el hijo (buscado o no, pero aceptado en un momento dado) con mujeres que han llevado a la práctica su deseo de no tenerlo (recurriendo al aborto). ¿Dónde

está el error en las muestras? No hay tal error. Se busca desviar la atención con la introducción de una nueva variable: lo que sucedería si no se dejara a la mujer cumplir su deseo de abortar. Nos sigue faltando la explicación de lo siguiente: ¿por qué entre dos grupos de mujeres que han hecho lo que han querido en relación con la maternidad, tenemos uno en el que se dan con más frecuencia alteraciones psicológicas? La respuesta es sencilla: influye más lo que se hace para satisfacer el deseo que la satisfacción, o no, del deseo en sí.

Pasando a los riesgos para la salud física de la madre, la comisión no encuentra motivo para desapegarse de lo que al respecto señala el RCOG, pero reconocerá la necesidad de actualizar la información sobre riesgos, contenida en diversos documentos relacionados con el consentimiento informado, así como los mismos documentos elaborados por el RCOG, como recomendaban los diputados conservadores.¹¹ Se cede el mínimo indispensable.

En este análisis se ha puesto en evidencia la existencia, al menos, de tres nuevas estrategias de segunda generación en la difusión de la mentalidad y práctica abortista: la abolición de los requisitos legales ahora existentes (el asunto de las dos firmas), el estrangulamiento de la objeción de conciencia y el permiso de autorizar y realizar prácticas abortivas a personal sanitario diferente de los médicos. Estos elementos, unidos a la posibilidad del aborto médico, se añaden a las ya tradicionales estrategias de primera generación, basadas en la manipulación de la información, la descalificación de la postura provida y la exaltación de la libertad de la mujer.

Note

¹ La información recogida en este trabajo puede consultarse y ampliarse en diversos links contenidos en la página web del Parlamento Británico: <http://www.parliament.uk/>

² Science and Technology Committee. Sus trabajos se pueden encontrar dentro de los de la nueva comisión: Innovation, Universities, Science and Skills Committee.

³ An inquiry into scientific developments relating to the Abortion Act 1967.

⁴ Science and Technology Committee. Scientific Developments Relating to the Abortion Act 1967. Twelfth Report of Session 2006–2007 (HC1045–I).

⁵ Q264 Dr Turner: Both pro-choice campaigners and pro-life campaigners focus very heavily on the issue of viability and this becomes conflated with the upper time limit for abortions. I want to ask all of the panel what they feel is the connection between the upper time limit on abortion and the gestational age at which a live birth is considered viable?

Rev Dr Fleming (Rev Dr John Fleming, bioethics consultant representing the Society for the Protection of Unborn Children): It depends entirely on how you are going to ask this question. There is a factual base on the question of viability. You then have to move from that piece of information – let us suppose we could agree on what that viability is, 24 weeks, 23, 22, 21, whatever, and whether you can move from an “is” to an “ought”, which is an ethical question. All I have heard around the table since I have been here pretty much is ethics and speaking as a philosopher, everybody is moving from “is” to “ought”. The question is in itself a profoundly ethical question. As to a connection between the upper time limit on abortion, that is a piece of information and the gestational age at which a live body is considered viable, I do not make much connection with it at all. *It seems to me that in principle there is no real difference between what you do to a pre-viable infant or a viable infant.*

Q265 Dr Turner: Before you finish your opinion, you have stated the gestational age of viability as an accepted fact or words to that effect. Do I take it that you are content with the opinion, which others question, that 24 weeks is the generally accepted limit of viability? Rev Dr Fleming: I accept that it is a controverted question and I think there will be those in a better position scientifically than me to answer that with greater precision. *I am simply saying that from the point of view of abortion I think it is an irrelevant fact* and your question implies an ethical response because you are talking about a piece of information, a fact that “is” and making it an “ought”. Any philosopher knows that is fundamentally ethical. *In my view the abortion issue does not turn on viability [...]*

Q280 Dr Spink: Is it arbitrary and misleading to consider vitality, looking at this upper age limit, considering, of course, that almost all babies would have been viable had they not been aborted?

Rev Dr Fleming: Absolutely. I see considerations of viability and vitality as without moral significance to the fundamental question that you are addressing. There are many, many human beings who have become less vital because of accidents that they have had into life beyond birth. If a committee is purporting to say we are going to stick to the science then you are moving into immediate moral territory once you raise the eugenic question of whether or not a certain human being has too many disabilities or too

much disability to be allowed to be born. Secondly, the viability question seems to me to be again supremely irrelevant because by and large unborn children left to gestate in the normal way will come to viability. Q281 Dr Spink: They are all viable, most of them. Ms Quesney (Anne Quesney, Director of Abortion Rights): I think what is really prevalent about this is women making decisions about their bodies, about their futures, about their fertility and about their reproductive lives. I think that is probably the key for abortion rights especially. Let me just come back to those 4D pictures. Q284 Dr Spink: Let us put the morality on one side and let us look at just the science. Do you accept that the vast majority of those babies that were aborted were viable had they not been aborted, from the science viewpoint? Ms Weyman (Anne Weyman OBE, the Chief Executive of Family Planning Association): I think it is a completely irrelevant question to the debate. What we are talking about is an issue for women about what happens to them when they are pregnant. The beliefs, that obviously some people have about life and when life starts and how, it should be regarded are not those that are shared totally within our society. We live in a society in which women are able, fortunately, to be able to make a choice. Q285 Dr Spink: Did you mean it was an irrelevant question or an inconvenient question? Ms Weyman: No, I think it is irrelevant. It may be a relevant one in your beliefs system, but that is not the beliefs that are held by everybody in society about the question of life and when life starts and the relative position of a woman and a foetus. I realise we are not on the ethical issues, but this question has been very much more about ethical questions. (Intercambio oral del 17 de octubre)

⁶ Q186 [...] Dr Spink: Kathy (Kathy French, Advisor in Sexual Health from the Royal College of Nursing), in reference to two doctors, talked about the need to get two signatures being a huge burden – your words – on women and about it being very inconvenient. There was no mention at all of the health impact or the ending of a life and the moral impact of that. Dr Calland has pointed out that the BMA (British Medical Association) is focused on the health risk to the woman, not on the consequences of this unique procedure, which is one to end life rather than to save and improve the quality of life. Does the panel think that there might be other dimensions to this decision on two doctors, other than just health, that there might be moral and ethical questions as well and protection for the doctor and protection for the parent who is looking to abort, who may come across somebody with a particular view, and if they have two signatures, that will make the probability of them coming across a doctor with a particular view — Chairman: I am not allowing any questions which ask our witnesses for moral or ethical views. I am keeping purely to the facts. I am sorry, Bob. I know you are trying to get in there, but I will not allow it. Dr Spink: I regret that, Chairman, because

for the record could I just state that I believe that science must also look at the moral and ethical consequences and you can do that. Chairman: You can do but you are not going to do it in my committee at the moment. (Intercambio oral del 17 de octubre).

⁷ We were not presented with any evidence that, in the first trimester, the requirement safeguards the health of women in any meaningful way. However *we recognise that the requirement for two doctors' signatures was originally intended to ensure that an illegal abortion, outside the terms of the Act was not being performed. This provision was for the legal protection of the fetus and the doctors.* Apart from anecdotal reports, there is currently no hard evidence that the requirement for two signatures is causing delays. Whether or not the requirement for two doctors' signatures is removed is a matter for Parliament. (Informe de la Comisión, p. 76)

⁸ Professional guidance is not as clear as this and we urge the General Medical Council, *while preserving the right of doctors to conscientiously object and not to refer directly to another doctor for an abortion unless it is an emergency*, to make clear that conscientious objectors should alert patients to the fact that they do not consult on abortions and that *if the issue arises during a consultation that they have a duty immediately to refer the patient to another doctor for the consultation.* (Informe de la Comisión, p. 36)

⁹ Rev Dr Fleming: I am reminded of the analogy with smoking. When I was a student at university I regret to say that in the Sixties it was more association/correlation between health outcomes and smoking and over time we moved from association to causality. I think the submission that I am putting before you here suggests that there are significant increased risks of premature delivery. There are infections resulting from abortion. On the breast cancer thing, as I have said before, the jury is still out. I think it would be foolish not to imagine that there is enough there to suggest, at least in some areas, there is a connective relationship between abortions and outcomes. (Intercambio oral del 17 de octubre).

¹⁰ Professor Casey: There is a study looking at unwanted pregnancy by Reardon and Cool that was published in the BMJ a few years ago [...] Q98 Dr Iddon: Professor Casey, I am a scientist and if I do a piece of work I do not expect anybody to believe in it unless somebody else can reproduce it somewhere else in another laboratory. I am always sceptical of a

single publication unless someone else has brought up similar evidence somewhere else in the world.

Professor Casey: There are several studies. I have quoted them in my paper: the Reardon study published in the Journal of the Canadian Medical Association in 2003. That looked at poor women giving birth or seeking abortions and looked at their —

Q99 Dr Iddon: With respect, I do not think we have time to go into the evidence but what you are saying is these studies are repeatable? Professor Casey: Yes, and they have been repeated.

Q100 Chairman: The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists is a fairly respectable body. Do we agree on that? Professor Norman: Yes.

Professor Casey: Provided they obtain psychiatric information about it and I have read the RCOG submission. Q101 Chairman: Apart from you, Dr Casey, who does not feel they are a respectable body. Professor Casey: I do. This is quite serious, Chairman. Anybody commenting on —

Q102 Chairman: Can I just ask a question and then perhaps you will give me an answer? Professor Casey: Yes.

Q103 Chairman: The bit I do not understand is that the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists in their evidence to us say that the incidence of seeing negative reaction to abortion is low. In other words, they do not believe that there is a strong correlation between abortion and mental illness. Why have they got it so wrong? (Intercambio oral del 15 de octubre).

¹¹ We recommend the Government funds the RCOG to review its 2004 guideline as soon as possible, but that the RCOG consults more widely, hears evidence from both sides of the Scientific Developments Relating to the Abortion Act 1967 argument where experts disagree, and ensures a more even balance of pro-choice and pro-life advisors. We recommend that given the evidence regarding upper limits and health complications for women, there should be new 'right to know' provisions so that women are given all the information they need about fetal development and the degrees of risk associated with abortion in relation to psychological harm and pre-term birth. Women should also be informed with regard to the conflicting expert opinions regarding a link to breast cancer and should be given time to consider the options available - in order to empower women and enable them to make a fully informed choice. (Informe de la Comisión, pp. 80-81).