

ig



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Comitè
Consultiu
Bioètica
Catalunya

© 2009 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Producción editorial: Prous Science, S.A.U. una empresa del grupo Thomson Reuters

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización por escrito del titular del *Copyright*, bajo las sanciones establecidas por la ley, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.



ig CONTENIDO

LA ELABORACIÓN DEL INFORME	00
PRIMERA PARTE	00
ASPECTOS ÉTICOS DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN	00
El valor inviolable de la vida del feto	00
El derecho de la mujer a la autonomía procreativa	00
Autonomía y responsabilidad	00
La interrupción de la gestación, un mal menor	00
La opción de una ética laica	00
ASPECTOS JURÍDICOS DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN	00
Planteamiento	00
Diferentes alternativas a la situación vigente	00
Ampliar el sistema de indicaciones	00
Introducir un sistema de plazos	00
Un sistema de plazos con asesoramiento	00
Propuestas para una reforma	00
ASPECTOS SOCIALES DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN	00
ASPECTOS SANITARIOS RELATIVOS A LA MEJORA DE LA PRÁCTICA DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN	00
La necesidad de una terminología adecuada	00
Anotaciones históricas sobre los aspectos sanitarios en la evolución de la interrupción de la gestación (IG)	00
Los problemas más graves en la asistencia sanitaria vinculada a la interrupción de la gestación, aquí y ahora	00
La carencia de seguridad clínico-quirúrgica	00
El maltrato dentro de la red sanitaria	00
Las barreras para obtener información en la red pública y en la privada	00
Las barreras económicas	00
La carencia de respuesta ante la patología fetal grave	00
Algunas propuestas para la mejora de estos problemas	00
En el área de las políticas públicas de prevención y promoción de la salud	00
En el área de la organización institucional de la prestación de IG y su relación con otros dispositivos de la red	00
En el área de la planificación de servicios	00
En el área de la financiación directa de la prestación	00
En el seguimiento de todo el proceso	00



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ

SEGUNDA PARTE	00
CONCLUSIONES	00
Aspectos éticos	00
Aspectos jurídicos	00
Aspectos sanitarios	00
Aspectos sociales	00
TERCERA PARTE	00
RECOMENDACIONES	00
Necesidad de un cambio legislativo	00
Necesidad de una terminología adecuada	00
Una ley de plazos	00
La voluntariedad de la mujer como inspiración de la propuesta normativa	00
La viabilidad como justificación del plazo	00
Necesidad de las indicaciones	00
La realización del informe médico	00
El supuesto socioeconómico	00
El consentimiento informado	00
El consentimiento del menor maduro	00
La cobertura pública	00
La mejora de la atención de los profesionales	00
La implantación de políticas de educación sexual	00
La interrupción de la gestación en las mujeres inmigrantes	00
La Administración como garante	00
SON MIEMBROS DEL COMITÉ	00
VOTO PARTICULAR AL INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ	00
ANEXO	00
REFLEXIONES SOBRE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTARIA DEL EMBARAZO	00
La objeción de conciencia en la interrupción voluntaria del embarazo	00
La fiscalización y persecución a organizaciones, profesionales y mujeres relacionadas con el aborto	00
La revisión de la regulación legal	00
La interrupción voluntaria del embarazo como prestación pública	00
La objeción de conciencia	00
Propuesta al Departamento de Salud para la regulación de la objeción de conciencia	00
LA INTERRUPCIÓ VOLUNTARIA DEL EMBARAZO POR EL SUPUESTO DE MALFORMACIONES GRAVES MÁS ALLÁ DE LA SEMANA 22	00



ig LA ELABORACIÓN DEL INFORME

En abril del 2007, el Departamento de Salud encargó un estudio para valorar cuáles eran las opciones para mejorar la equidad en la prestación de la interrupción de la gestación. El informe¹, que realiza un análisis de diferentes aspectos acerca de cómo se presta esta atención, señala la necesidad de contar con el parecer del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña (CCBC) a fin de responder a las inquietudes planteadas por algunos profesionales.

Coincidiendo con la presentación de este informe, tuvieron lugar algunos acontecimientos de gran repercusión mediática que generaron muchas opiniones, la mayoría poco fundamentadas y aún menos contrastadas, que daban a entender que esta atención se hacía en muchos casos al margen de la ley. El CCBC, asumiendo su compromiso con la sociedad catalana, no solamente como órgano asesor del gobierno catalán en materia de bioética, sino también como impulsor del debate y la información a los profesionales sanitarios, la comunidad científica y la ciudadanía en general, creyó conveniente hacer un pronunciamiento al respecto. Al mismo tiempo, recibió el encargo del Departamento de Salud para que valorara los aspectos éticos subyacentes a la controversia generada.

En la 62.^a reunión plenaria del CCBC, de 18 de diciembre de 2007, se constituyó un grupo de trabajo que, de forma priori-

taria y según las demandas del Departamento de Salud, elaboró un primer documento, «**Reflexiones sobre la interrupción de la gestación**»², que trata sobre distintos aspectos relacionados con la objeción de conciencia y la interrupción de la gestación más allá de la semana 22 por malformaciones fetales graves, que fue aprobado en la 63.^a reunión plenaria, de 1 de abril de 2008, y que forma parte del anexo de este informe.

En el mismo pleno, se consideró adecuado ampliar la reflexión a otros aspectos que también tienen incidencia en la atención a la interrupción de la gestación: aspectos éticos, jurídicos, sociales y sanitarios. A este fin, se constituyó un ámbito de trabajo más amplio, con personas del Comité y otros profesionales con experiencia en la materia. El informe que se presenta es el resultado de este trabajo. Incluye, en una primera parte, las cuatro ponencias presentadas como punto de partida para la discusión; en la segunda, las conclusiones de las ponencias, y, en la tercera, las recomendaciones derivadas tanto de los trabajos presentados como de la discusión a que dieron lugar.

Una versión más amplia y textual de este debate se puede consultar en la dirección <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir518/doc12313.html>.

¹Se puede acceder al informe "Reflexiones sobre la interrupción de la gestación" a través de la dirección <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir518/doc12498.html>.

²En este informe, siguiendo la recomendación n.º 2 del mismo ente, nos referimos a interrupción de la gestación con las iniciales IG; la IG engloba distintos términos (IVE, ILE o aborto).



ig PRIMERA PARTE

ASPECTOS ÉTICOS DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Tradicionalmente, el problema ético de la interrupción de la gestación se ha planteado como el conflicto entre dos valores fundamentales: el derecho de la mujer a interrumpir la gestación como una de las libertades básicas y el valor inviolable de la vida del feto. Encontrar el equilibrio entre los dos valores es imposible si se entienden en un sentido absoluto. Las libertades son un bien básico que el Estado debe proteger siempre y cuando el ejercicio de la libertad no ponga en peligro otro bien básico, como lo es el de la vida de las personas. El supuesto según el cual el valor de la vida del feto debe ser protegido desde su concepción ha tenido como consecuencia la prohibición y penalización de la interrupción de la gestación, al considerarla un delito. La incapacidad de resolver la cuestión eludiendo las posiciones absolutistas ha dividido a las sociedades en dos grupos: los «pro vida» y los «pro elección», partidarios, el primer grupo, de priorizar el valor absoluto de la vida, mientras que el segundo grupo prioriza el valor de la libertad individual.

El valor inviolable de la vida del feto

La hipótesis de que la vida del feto tiene el mismo valor que la de cualquier persona y merece ser protegida desde la concepción no tiene justificación científica ni tampoco ética. La pregunta acerca del momento en el que una vida empieza a ser humana sería una pregunta científica si se pudiera resolver empíricamente, pero está claro que no es así, como lo demuestran siglos de discusión filosófica. Esto hace que la afirmación de que la persona lo es desde que es concebida deba ser considerada como una creencia religiosa o metafísica, pero no un hecho verificable. Desde el punto de vista de la ciencia, se debe concluir que no es ni verdadero ni falso que el feto sea un ser humano. La indeterminación científica sobre el comienzo de la vida humana hace que no tengamos ninguna base empírica para decidir si es correcto o incorrecto moralmente disponer del feto mientras este no es viable y no se puede desarrollar autónomamente. En cualquier caso, el juicio moral sobre la cuestión deberá de-

pende de consideraciones no científicas. La misma indeterminación al considerar el feto como una vida independiente ha llevado a afirmar que este no puede ser calificado como un sujeto de derechos, como lo es cualquier persona.

Por otra parte, la hipótesis de que el feto es un ser humano desde la concepción lleva a una serie de contradicciones que harían inmoral la interrupción de la gestación en cualquiera de los supuestos imaginables, incluidos los previstos por la legislación española. Ni las violaciones, ni el peligro grave para la vida de la madre, ni las malformaciones serían razones suficientes para interrumpir un embarazo. En cualquiera de los casos, se estaría violando el supuesto derecho a la vida del feto. Cuando el derecho a la vida no admite matizaciones de ninguna clase, se hace imposible considerar que determinadas circunstancias podrían legitimar éticamente la decisión de la mujer de interrumpir la gestación. Al contrario, al dar prioridad absoluta a la vida del feto, la mujer acaba siendo vista sólo como un medio para el fin de la reproducción y no como un fin en sí misma. La consecuencia obvia de este punto de vista es que la mujer está obligada a llevar a término el embarazo pase lo que pase. Es una posición éticamente injustificable, puesto que anula el derecho de la mujer a su autonomía sin poder aportar un fundamento científicamente sólido que avale esta limitación de un derecho básico.

El derecho de la mujer a la autonomía procreativa

Si la decisión sobre el valor intrínseco de la vida humana está privada de justificación científica y es de carácter esencialmente religioso, un estado laico no la puede imponer coartando en su nombre otro derecho fundamental como lo es el derecho de la mujer a decidir libremente engendrar o tener hijos. Como afirma Ronald Dworkin, el derecho a la autonomía reproductiva es una parte importante de la cultura política occidental según la cual «las personas tienen el derecho y la responsabilidad moral de enfrentarse, por ellas mismas, a las cuestiones fundamentales acerca del significado y valor de sus propias vidas, respondiendo a sus propias conciencias y convicciones» (*El dominio de la vida*).



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

El derecho de la mujer a la autonomía procreativa no es tampoco un derecho absoluto. A partir del momento en el que el feto es viable, el derecho de la mujer a decidir deja de ser prioritario y se produce el conflicto, ahora sí, entre la obligación por parte de los estados de tutelar la vida anterior al nacimiento y la protección de la libertad de la mujer. Precisamente para resolver este conflicto se justifica la regulación de la interrupción de la gestación, a fin de determinar hasta qué momento de la gestación y en qué circunstancias la mujer puede hacer uso del derecho a decidir sobre el embarazo.

Autonomía y responsabilidad

Puesto que no es un derecho absoluto, la decisión libre de interrumpir la gestación debe combinarse con otros valores éticos y constitucionales. La opción de interrumpir la gestación no debe implicar indiferencia respecto al valor de la vida que se está gestando, sino que la decisión de interrumpir la gestación debe verse como una cuestión de gran importancia moral. La autonomía de la madre para tomar decisiones debe ir acompañada de la responsabilidad inherente a una decisión que compromete la vida futura de otra persona. La interrupción de la gestación no debería considerarse, en caso alguno, como un método más de contracepción ni como una opción recomendable. La justificación ética de la autonomía procreativa de la madre reside en el derecho de la mujer, como el de toda persona, a la protección de la salud y a no poner en riesgo la propia vida, así como en la libertad de la mujer para interrumpir el embarazo cuando no hacerlo reduce seriamente la oportunidad de dar valor a la propia vida. El respeto a la dignidad de la mujer hace injustificable que de una manera indiscriminada se subordine su padecimiento a la culminación del embarazo.

La interrupción de la gestación, un mal menor

El objetivo de cualquier regulación de la interrupción de la gestación debe ser tanto propiciar que se lleve a cabo en un ambiente sanitario seguro como evitarla y no potenciarla. Esto implica tomar medidas de prevención de embarazos y de contracepción más eficientes que las que se han llevado a cabo hasta ahora. La educación sexual no sólo debe procurar información adecuada y rigurosa, sino que debe verse como una formación en la responsabilidad hacia la reproducción. La interrupción de la gestación será siempre un mal menor. Un mal menor forzado por la realidad estadística y humana. La constatación de que las interrupciones de la gestación son una realidad innegable no será nunca un argumento ético suficiente para la despenalización de la interrupción de la gestación. La justificación ética debe buscarse en el reconocimiento real de la dignidad y la autonomía de la mujer para tomar decisiones y hacerse responsa-

ble de las decisiones que toma. Este reconocimiento debe llevar a una regulación que dé más protagonismo a la mujer (y no a terceras personas) a la hora de determinar la interrupción del embarazo, y que, al mismo tiempo, estimule la decisión responsable (con medidas como la de suministrar información, establecer un periodo de espera obligatorio, obligar a las adolescentes a consultar con los padres o acordar la gratuidad parcial de la prestación).

La opción de una ética laica

La opción de la regulación de la interrupción de la gestación es la que conviene a una ética laica para una sociedad ideológicamente plural. Es una realidad que este es un tema que provoca visiones encontradas y que no es posible permitir y prohibir las interrupciones de la gestación a la vez. Si el Estado opta por imponer a todos los ciudadanos el principio del valor inviolable de la vida, prohibiendo la interrupción de la gestación, estará coaccionando a la mujer a no abortar y coartará su derecho fundamental a la autonomía procreativa. Esta postura no es justificable desde una ética laica. Sólo lo es desde una moral religiosa que sacrifique la vida. En cambio, las políticas a favor de la interrupción de la gestación no sólo respetan el interés y la voluntad de la madre, sino que no obligan a ninguna mujer a interrumpir su embarazo. Una legislación penalizadora de la interrupción de la gestación se justificaría por razones religiosas, no por las razones que debe aducir un estado laico.

Los juicios morales constituyen tomas de posición sobre realidades que admiten ser valoradas de diferente manera. Si no fuera así, no estaríamos ante un juicio moral, sino ante la constatación de un hecho. Esto explica que la unanimidad sobre la valoración ética de la interrupción de la gestación sea muy difícil. Siempre habrá sectores de la sociedad que tiendan a dar prioridad al valor de la vida del feto sobre el valor de la libertad de la mujer, por las razones que sean. Es este estado de opinión precisamente el que justifica la adopción por parte del Estado de una norma que respete la libertad de la mujer por encima de otra que la limite. Una ley restrictiva de la libertad que prohíba la interrupción de la gestación obligaría a generalizar una opción no compartida por todo el mundo. En cambio, la opción a favor de la libertad de la mujer hace efectiva la posibilidad de interrumpir la gestación, pero no obliga a nadie a tomar una decisión no querida o contraria a la conciencia. En cualquier cuestión de carácter moral, cuando las posturas son irreconciliables, la postura más legítima es la que da prioridad a la libertad y la responsabilidad individuales. Si tenemos en cuenta que la tolerancia es una virtud básica de la democracia, oponerse a una regulación de la interrupción de la gestación es una actitud cla-

ramente intolerante, ya que restringe la libertad de elección. La actitud tolerante, en cambio, consiste en admitir la existencia y la viabilidad de doctrinas y creencias diferentes de las propias.

ASPECTOS JURÍDICOS DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Planteamiento

La regulación jurídica de la interrupción de la gestación es muy variada en todo el mundo. Según los datos del Center for Reproductive Rights, las legislaciones más restrictivas (69 países, 26% de la población mundial) son las que la prohíben totalmente o sólo la admiten para salvar la vida de la madre. Las menos restrictivas (59 países, 39,3% de la población mundial) son las que la permiten sin tener que alegar ninguna razón dentro de un periodo de tiempo que varía en cada legislación. En una posición intermedia se encuentran aquellas que la permiten no sólo para salvar la vida de la madre, sino también para preservar su salud física (34 países, 9,4% de la población mundial), su salud mental (23 países, 4,2% de la población mundial) o por razones socioeconómicas (14 países, 21,3% de la población mundial).

Algunos de estos países, además, admiten que pueden haber otras razones para interrumpir la gestación: cuando este ha sido consecuencia de una violación, de un incesto o cuando haya posibilidades de malformaciones fetales. Por otra parte, en los países que permiten la interrupción de la gestación durante un periodo de tiempo sin tener que alegar ninguna razón también se acepta que, más allá del plazo establecido, se pueda llevar a cabo cuando concurren determinadas indicaciones.

La legislación española vigente sería un ejemplo de un sistema intermedio de indicaciones. La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, introdujo en el Código Penal el artículo 417 bis, cuando estaba en el Gobierno el PSOE. Según este artículo, la interrupción de la gestación está despenalizada en tres supuestos: cuando el embarazo suponga un grave peligro para la vida o para la salud física o psíquica de la madre, cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o cuando el feto pueda nacer con graves malformaciones físicas o psíquicas.

Sin embargo, la ley encontró obstáculos antes de su entrada en vigor. En la primera propuesta legislativa surgida del Senado el 30 de noviembre de 1983, el Partido Popular interpuso un recurso previo de inconstitucionalidad que la bloqueó. La redacción contenía los supuestos actualmente vigentes, pero sin la adición de los requisitos formales que están presentes en la norma actualmente vigente. La Sentencia del Tribunal Constitucio-

nal de 11 de abril de 1985 resolvió el recurso declarando la inconstitucionalidad del proyecto. Aunque aceptó la legitimidad del sistema de indicaciones, consideró necesario que el legislador incluyera una serie de garantías formales para evitar que se practicaran interrupciones de la gestación fuera de los casos establecidos y con garantías para la vida y la salud de las mujeres.

La sentencia no sólo possibilitó el texto legal actual, que entró en vigor en el año 1985, sino que sentó las bases del estatuto de la vida humana embrionaria, los derechos de las mujeres embarazadas implicados y la objeción de conciencia ante la interrupción de la gestación. Este marco se debe tener en cuenta de cara a una reforma del régimen legal de la interrupción de la gestación.

Según la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, la vida es un concepto indeterminado, un proceso que empieza con la gestación y en el que una realidad biológica va tomando configuración humana. Este *tertium* generado es existencialmente diferente a la madre. El nacimiento es especialmente relevante en el desarrollo del proceso vital, pero también es trascendente el momento a partir del cual el *nasciturus* puede tener una vida independiente de la madre. Sin embargo, el *nasciturus* no es titular del derecho a la vida, aunque su vida es un bien jurídico constitucionalmente protegido por el artículo 15 de la Constitución (FJ 5).

La protección constitucional de la vida del *nasciturus* comporta dos obligaciones por parte del Estado: abstenerse de interrumpir u obstaculizar el proceso de gestación y establecer un sistema legal de defensa de esta vida que incluya como última garantía las normas penales. Dicha protección no tiene un carácter absoluto, ya que, igual que en el caso de otros derechos y bienes constitucionales, puede estar sujeta a ciertos límites (FJ 7).

La dignidad de la persona está ligada al libre desarrollo de la personalidad (artículo 10), a los derechos a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad de creencias e ideas (artículo 16), y al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (artículo 18.1). La dignidad se manifiesta en la posibilidad de autodeterminarse y conducir de forma responsable la propia vida exigiendo el respeto de los demás. En la concreción de este principio no se puede ignorar la especificidad de la condición femenina y la concreción de estos derechos en el ámbito de la maternidad (FJ 8).

Desde el momento en que estos derechos de la madre puedan entrar en conflicto con la vida del *nasciturus*, el legislador puede tenerlo en cuenta para excluir la punibilidad de ciertas con-



ductas. Sin embargo, el conflicto no se puede resolver sólo desde la perspectiva de los derechos de las mujeres o de la de la protección de la vida del *nasciturus*. Esta no puede prevalecer incondicionalmente sobre aquellos ni los derechos de las mujeres pueden tener primacía absoluta sobre la vida del *nasciturus* (FJ 9).

La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución, y esta es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales. No es necesaria una regulación específica para que el derecho a la objeción de conciencia pueda ejercerse (FJ 13).

No obstante, la regulación penal que avaló el Tribunal Constitucional genera mucha inseguridad jurídica a las mujeres embarazadas y a los profesionales sanitarios. Dado que la licitud de la interrupción de la gestación depende de que se cumplan las circunstancias predeterminadas por la ley, las personas implicadas siempre están expuestas a que los tribunales puedan controlar si las razones que han alegado se han producido realmente o no.

Aunque, como ha señalado Lorenzo, el alcance de la indicación terapéutica es suficientemente amplio, en el contenido y límite temporal, como para alejar las posibilidades de una condena por interrupción de la gestación ilegal, lo que no excluye es el riesgo de verse inmerso en una investigación judicial. Así, no puede descartarse que algún juez considere que se hace, a veces, una interpretación excesivamente amplia de la indicación de grave peligro para la salud psíquica de la madre.

El sistema actual también agrava el problema derivado del ejercicio del derecho de objeción de conciencia en la sanidad pública. No es improbable que muchos profesionales sanitarios se acojan al derecho de objeción, sobre todo para evitar los problemas judiciales que se podrían derivar de la práctica de la IVE (interrupción voluntaria del embarazo).

Otro problema de la legislación vigente es que se trata de un modelo en el que la voluntad de la mujer embarazada, cuyos derechos entran en conflicto con la vida del *nasciturus*, sólo es un elemento más dentro de un sistema en el que la última palabra para decidir la IG la tienen los informes de terceras personas. En este sentido, sería una legislación muy poco sensible a los planteamientos de los que defienden que la interrupción de la gestación libre y gratuita forma parte del contenido de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ratificados en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Pekín, de 1995, derechos incluidos como derechos humanos en la Conferencia de El Cairo, de 1994.

Dejar en manos de terceros la decisión es, a la vez, una fuente de desigualdad entre las mujeres, dado que la valoración de la existencia o no de la indicación terapéutica, sobre todo en relación con la salud psíquica de la madre, por otra parte la más alegada, puede ser muy variable en función de los evaluadores. Todas estas razones hacen necesario un cambio legislativo. La nueva regulación deberá hacer compatibles, como señaló el Tribunal Constitucional, los derechos de las mujeres implicados y la protección de la vida del *nasciturus*. Una reforma satisfactoria no puede consistir únicamente en modificar el Código Penal. Debe elaborarse una ley específica en la que se regulen todas las cuestiones implicadas en esta práctica.

Diferentes alternativas a la situación vigente

Ampliar el sistema de indicaciones

Un cambio normativo que sólo optase por ampliar las indicaciones a un cuarto supuesto, por ejemplo, el económico-social, tendría ya ventajas. En primer lugar, excluiría del supuesto de riesgos para la salud psíquica de la madre muchos de los casos que actualmente se amparan en esta indicación, de la que se hace una interpretación muy extensiva. De este modo, no sólo habría más correspondencia entre la realidad y la norma legal, sino que se liberaría al personal médico de gran parte de la inseguridad jurídica actualmente existente.

Pero la nueva regulación seguiría planteando muchos problemas. Al ser una excepción al principio general de punición de la interrupción de la gestación y, por lo tanto, susceptible de control judicial, la instancia encargada de certificar la indicación económico-social estaría, también, siempre expuesta al control judicial posterior. Además, esta indicación sería muy perturbadora para la intimidad y dignidad de la mujer. Como señala Lorenzo, «en este caso no basta con valorar de modo puramente objetivo la situación económica y familiar de la embarazada, sino que es preciso determinar, además, si estas circunstancias le afectan personalmente hasta el punto de justificar la interrupción de la gestación. Por eso, para dar por concurrente esta indicación, se hace imprescindible indagar en los aspectos más íntimos de la mujer con el fin de descubrir si realmente concurre este conflicto existencial» (Lorenzo, 40s).

El problema señalado se resolvería con un sistema de indicaciones en el que la decisión de la mujer fuese especialmente relevante. El Tribunal Constitucional admite que cuando hay un conflicto entre la vida del *nasciturus* y los derechos de la madre, la vida del *nasciturus* debe ceder, pero sin desprotegerla absolutamente en ningún momento del embarazo. Se puede penalizar la IG durante todas las etapas de la gestación y admitir entre

las indicaciones un supuesto suficientemente amplio que pueda ser alegado dentro de las primeras semanas del embarazo. Pero, a diferencia del sistema puro de indicaciones, quien determinaría en este modelo la existencia de esta indicación –por ejemplo, la socioeconómica– sería la propia mujer.

Para enfatizar la existencia de conflicto en relación con la vida embrionaria y asegurar que la decisión de la embarazada sea meditada, se podría exigir, incluso, un asesoramiento previo y/o el transcurso de un periodo de tiempo desde el momento del asesoramiento y la intervención.

Este modelo comporta las ventajas del sistema de indicaciones en relación con su aceptación por el Tribunal Constitucional español, que había declarado la constitucionalidad del modelo de indicaciones y los del sistema de plazos en tanto que hace que la libre decisión de la mujer sea lo único relevante en una fase determinada del embarazo. Durante esta etapa no sería posible una revisión judicial de la IG y aumentaría la seguridad jurídica para su práctica.

Este modelo es el que hace suyo la proposición de ley de regulación de la IVE presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. El artículo 3 dice que la IVE se podrá realizar dentro de las catorce semanas de gestación cuando concurren determinadas condiciones: «c) Cuando el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito contra la libertad sexual, o reproducción asistida no consentida, o d) Cuando, a juicio de la mujer, la continuación del embarazo le suponga un conflicto personal, familiar o social que le impida proseguir dicho embarazo». Entre las otras condiciones se incluye la solicitud de la mujer y la necesidad de información a la embarazada de las circunstancias sanitarias y de los derechos y ayudas garantizados por las leyes para la familia, las madres y los hijos. La proposición, además, admite la IG en caso de malformaciones fetales dentro del plazo de 22 semanas y sin plazo cuando la continuación del embarazo ponga en grave peligro la vida o la salud física y psíquica de la madre o que esta pertenezca a un grupo considerado de riesgo por la salud pública.

Introducir un sistema de plazos

Un sistema de plazos en el que se despenalizase la IG realizada dentro de un determinado momento temporal sólo con el consentimiento de la mujer sería el más respetuoso de su autonomía reproductiva. Podrían darse todavía supuestos que, más allá del plazo, justificaran una IG –riesgos para la vida y la salud de la madre, malformaciones fetales, etc.–. Estos casos podrían determinarse, además, específicamente en el texto.

La proposición de ley orgánica sobre la IVE presentada por el Grupo Parlamentario Mixto puede ser un ejemplo. El artículo 1 considera que «no constituirá delito la IVE [...] si se cumplen los [siguientes] requisitos: [...] b) Que la interrupción voluntaria se practique dentro de las dieciséis primeras semanas de la gestación». También admite la IVE en el caso de malformaciones fetales dentro de las 22 semanas de la gestación y sin plazo cuando la continuación del embarazo ponga en peligro la vida o la salud de la embarazada, o esta pertenezca a un grupo considerado de riesgo por la salud pública.

Asimismo, el Documento del Observatorio de Bioética y Derecho propone un sistema de plazos al afirmar que «a) Durante las 14 primeras semanas de gestación, la decisión de interrumpir el embarazo corresponde libremente a la mujer». No establece ningún plazo para la IG en caso de grave peligro para la salud física y psíquica y la vida de la mujer y en el caso de graves malformaciones. Sin embargo, propone añadir, además, la indicación socioeconómica, que se podrá alegar durante las 14 y 22 semanas de gestación. En todos los casos de las indicaciones mencionadas, la existencia de la proporcionalidad de la decisión debe ser apreciada por una comisión plural, multidisciplinaria e independiente.

El inconveniente de este sistema, aun siendo es el más respetuoso de la autonomía reproductiva de las mujeres, es que puede parecer más incompatible con la doctrina asentada por el Tribunal Constitucional en la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 que el sistema de indicaciones ampliado con decisión última de la mujer.

Un sistema de plazos con asesoramiento

¿Se puede respetar la libre decisión de las mujeres y garantizar a la vez la vida embrionaria sin utilizar la vía penal? La respuesta es afirmativa. Una forma de hacerlo es la que ha seguido el Código Penal alemán a través del sistema del asesoramiento. Se trata de una modalidad del sistema de plazos en el que, aunque la decisión final siempre es de la mujer, el asesoramiento obligatorio previo está pensado para incentivar la continuidad del embarazo.

El Estado renuncia a la prohibición penal de la interrupción de la gestación en las 14 primeras semanas del embarazo, pero mediante el asesoramiento protege la vida del *nasciturus*. Para incentivar el embarazo, la ley alemana de despenalización estableció un catálogo de prestaciones sociales orientadas a facilitar la vida de las mujeres con cargas familiares. El Tribunal Constitucional alemán ha admitido la conformidad de este modelo con las normas constitucionales.



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Las ventajas de este modelo son que, a diferencia del sistema de indicaciones, se evita el riesgo de un control judicial que examine si se daban o no las razones que justifican la IG. Aunque siempre queda abierta la posibilidad de control judicial, en este modelo sólo lo es de cuestiones formales: certificación del asesoramiento, centro acreditado, declaración de voluntariedad, etc.

Una propuesta en esta línea es la que contemplaba la proposición de ley del Grupo Parlamentario Socialista. No constituiría delito la IG durante las 12 primeras semanas con el consentimiento de la mujer embarazada «cuando, a juicio de ésta, la continuación del mismo suponga un conflicto personal, familiar o social de gravedad semejante a la de cualquiera de los descritos en el apartado anterior siempre que concurren las circunstancias siguientes: [...] c) Que la mujer, tras haber sido adecuadamente oída en entrevista y haber escuchado ella las razones que asisten al Estado para tutelar la vida, sea informada de cuantas posibilidades existan para la mejor solución de su conflicto, con especial referencia a la regulación legal vigente en materia de adopción y acogimiento familiar. Igualmente, y con relación a su caso concreto, se le indicarán las ayudas familiares, económicas y sociales disponibles. El asesoramiento se extenderá, además, a los aspectos jurídicos y médicos relacionados con su situación; d) [...] haya dejado transcurrir un plazo mínimo de tres días a fin de madurar su decisión definitiva».

El problema de esta propuesta es, como bien señala Lourenzo, que más bien se trata de un modelo de indicaciones con decisión última de la mujer, dado que no renuncia a hacer mención del conflicto material que fundamenta la impunidad de la IG. Parece presuponer que sólo es compatible con la Constitución un sistema de indicaciones, cuando también podría serlo un sistema de plazos con asesoramiento previo o incluso sin asesoramiento obligatorio.

Propuestas para una reforma

En un momento histórico en el que los derechos de las mujeres empiezan a ser indiscutibles, no sólo en el contexto occidental, una reforma razonable de la IG debería acoger el sistema de plazos. Este sistema es el más respetuoso de los derechos reproductivos de las mujeres y no es incompatible con una defensa efectiva de la vida humana embrionaria que, según el Tribunal Constitucional, garantiza la Constitución en el artículo 15.

Que los derechos reproductivos de las mujeres tengan más peso que la vida del embrión, en las primeras etapas de desarrollo, está justificado, dado que la imposición de una maternidad no querida constituye un obstáculo, a veces insalvable, en rela-

ción con la constitución de un plan de vida autónomo. La libertad, además de un derecho de las personas ya nacidas, es un valor fundamental consagrado a la Constitución. El embrión no es titular del derecho a la vida, aunque esta vida sea un bien constitucionalmente protegido, merecedor de una protección diferenciada a lo largo de su desarrollo.

La defensa de la vida embrionaria no debe hacerse sólo por la vía penal, sino que puede ser más efectiva desde vertientes preventivas encaminadas a reducir los embarazos no deseados y favorecer la maternidad.

Es necesario poner en marcha políticas eficaces de educación sexual y reproductiva, facilitar el acceso real a los métodos anticonceptivos y a la anticoncepción de emergencia a todos los sectores de la población, especialmente a los que están en más situación de vulnerabilidad.

Aunque el modelo alemán del asesoramiento previo refuerza más la tutela de la vida embrionaria que el modelo de plazos sin asesoramiento, este podría ser también compatible con los preceptos de la Constitución.

El asesoramiento evidencia que la renuncia estatal a la protección *penal* de la vida embrionaria durante un periodo, para garantizar la libre decisión de las mujeres, no significa una desprotección *jurídica* del embrión. Cuando se informa de las ayudas sanitarias, legales y asistenciales existentes, antes de la práctica de la IG, no sólo se pretende favorecer una decisión responsable, sino que la embarazada decida continuar con la gestación, dado que la lesión de la vida embrionaria es desvalorada por el ordenamiento jurídico.

El inconveniente de este asesoramiento obligatorio es que no sólo puede afectar excesivamente a la intimidad de la mujer, sino que se puede convertir en un puro requisito formal. Para conseguir una tutela no penal eficaz de la vida del embrión es necesario que el Estado desarrolle políticas públicas que favorezcan la maternidad. Es más importante para la defensa de la vida embrionaria la existencia de prestaciones sociales a las madres que obligarlas a un asesoramiento previo antes de la práctica de la IG.

No debe olvidarse tampoco que, cuando el legislador da preferencia a los derechos reproductivos de las mujeres sobre la vida embrionaria en las primeras etapas, esto no significa que esta siempre se prefiera ante otros derechos en conflicto. Por ejemplo, el derecho a la salud de las personas no justifica, según el legislador español, la utilización de embriones más allá de los 14 días tras la fecundación.

Se pueden dar, también, muchas razones para reforzar la opción del sistema de plazos más allá de las estrictamente jurídico-constitucionales. En el contexto europeo, esta es una opción compartida por países en los que los textos constitucionales no son diferentes con respecto a la protección del derecho a la vida. Desde el punto de vista de los efectos sociales, esta opción no sólo comporta más seguridad jurídica, sino que es menos susceptible de distorsionarse.

El consentimiento de la embarazada debería tener preferencia absoluta durante las 16 primeras semanas de la gestación. Aunque muchas legislaciones y las proposiciones de ley mencionadas fijan el plazo de 14 semanas, 16 semanas es un plazo que acabaría con la inseguridad jurídica. Los datos de 2006 sobre la IG, del Ministerio de Sanidad y Consumo, muestran que la IVE durante las 8 primeras semanas es del 62,23%; durante las 9-12 semanas, del 25,71%, y durante las 13-16 semanas, del 6,14%.

Las menores de 18 años también deberán poder decidir libremente. Para ello, es necesario eliminar la referencia a la mayoría de edad para consentir un embarazo que ha establecido el artículo 9.4 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Las disposiciones del artículo 9.3 de la misma ley sobre el consentimiento de los menores deberían aplicarse también en el caso de la IG. En el caso de las menores sí tendría sentido el asesoramiento previo.

La garantía del derecho a decidir una maternidad responsable, el derecho a la salud y la igualdad de oportunidades aconsejarían la financiación pública de la IG.

Es necesario crear centros y servicios dedicados a la asistencia y al asesoramiento relativos a la IG, en los que se informará, además, de los recursos sociales existentes, de los recursos de planificación familiares y de los medios adecuados para prevenir embarazos. La tarea de asesoramiento se realizará a través de centros y servicios diferentes de los que intervienen en la práctica de la IG. En caso alguno podrán autorizar ni denegar la práctica de la IG ni condicionar la decisión final de la mujer. Se preservará el anonimato de las interesadas en el asesoramiento.

La protección penal de la vida embrionaria más allá de las 16 semanas no puede dejar de acoger las limitaciones relativas al peligro grave para la vida, salud física y psíquica de la madre y detección de graves malformaciones del feto físicas o psíquicas. En los dos casos no habría límite temporal para la práctica de

la IVE. Más allá del límite legal, en el caso de malformaciones o alteraciones fetales, la decisión, a partir de las 24 semanas de la gestación, requerirá el informe de una comisión plural, multidisciplinaria e independiente.

El supuesto ético de la normativa vigente quedaría subsumido en el plazo de las 16 semanas.

Una regulación adecuada de la IG, en la que predominen los conceptos de libertad, responsabilidad, prestación sanitaria respetuosa de la igualdad de oportunidades, necesidad de políticas preventivas capaces de favorecer una práctica responsable de la sexualidad, así como ayudas sociales para las mujeres con cargas familiares, no se puede conseguir sólo modificando el Código Penal, sino que sería conveniente elaborar una ley especial que contemple todos los aspectos implicados en esta realidad compleja y normalmente dolorosa.

ASPECTOS SOCIALES DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

La aplicación de la LO 9/1985, modificada por la Sentencia del Tribunal Constitucional de 11 de abril del mismo año, ha permitido que las mujeres pudieran interrumpir los embarazos no deseados durante estos 23 años, pero en unas condiciones de inseguridad jurídica que convierte la IG en una decisión de consecuencias imprevisibles.

Pese a suponer un importante avance, desde el mismo momento de su promulgación se hicieron patentes las carencias de la ley. La regulación que finalmente prevaleció resultó bastante condicionada por la resistencia a la despenalización de la IG que protagonizaron los estamentos más conservadores de la Iglesia católica, representados políticamente por Alianza Popular, antecedente del actual Partido Popular. El recurso de inconstitucionalidad que presentó AP propició la sentencia del Tribunal Constitucional, en la que se establecen los requisitos que limitan las posibilidades de interrumpir el embarazo a los tres supuestos recogidos legalmente.

Esta regulación contiene dos grandes carencias que han dificultado la aplicación de la ley desde el principio: supedita la decisión de la mujer a la aquiescencia de terceras personas (a las cuales se solicita un informe favorable) y deja las eventuales consecuencias de esta decisión sujetas a que nadie las impugne/puedan ser impugnadas por alguien ante los tribunales. La inseguridad jurídica ha afectado tanto a las mujeres como a los profesionales que las asisten. Cualquier IG es susceptible de ser denunciada, y así ha sido en muchos casos, tanto por parte de particulares –maridos y compañeros sentimentales– como de grupos organizados.



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Durante los 23 años de aplicación de la ley se han producido diferentes denuncias que han tenido una fuerte repercusión pública. Entre 1998 y 2006, un total de 30 personas, 11 de ellas mujeres, han sido condenadas por un delito de aborto ilegal, según datos del Instituto Nacional de Estadística.

La existencia de grupos activos contrarios a la despenalización de la IG condicionó en gran medida el despliegue de los dispositivos necesarios para la aplicación de la ley. La principal consecuencia fue que la prestación sanitaria de la interrupción de la gestación quedara mayoritariamente fuera del sistema público. Rápidamente quedó confinada a una red especializada ajena que, aunque ha llevado a cabo un importante servicio público que debe reconocerse, ha contribuido a mantener la percepción de la IG como una prestación anormal y a menudo problemática.

Durante el año 2006, sólo el 2,51 % de las IG se practicaron en la red pública, un porcentaje inferior incluso al de años anteriores, según datos del Ministerio de Sanidad. El resto (99.044) se practicaron en la red de clínicas privadas acreditadas, entre las que figuran loables iniciativas creadas para dar respuesta a una necesidad social, pero también otras en las que el componente lucrativo puede haber condicionado una práctica asistencial poco transparente e incluso abusiva.

Por otro lado, la masiva objeción de conciencia de carácter preventivo entre los profesionales del sector público ha propiciado la existencia de desigualdades flagrantes en el acceso a la prestación sanitaria, con casos extremos como el de la Comunidad de Navarra, donde no hay ningún servicio, ni público ni privado, que practique interrupciones de la gestación.

Pese a estas limitaciones de partida, la interpretación extensiva por parte de las clínicas acreditadas de los supuestos previstos en la ley ha permitido que las mujeres pudieran ejercer el derecho a la interrupción de la gestación sin restricciones, e incluso que España fuera el destino de un cierto número de casos procedentes de otros países con regulaciones legales más limitadas.

Sin embargo, la reactivación de campañas que utilizan la IG como ariete para la lucha ideológica ha vuelto a poner de relieve, de una manera bastante dramática, las carencias antes mencionadas, y la situación se ha convertido en políticamente insostenible. Como se ha visto en los últimos episodios de esta lucha, el principal problema de la ley es que los requisitos que establece para poder interrumpir la gestación son susceptibles de diferentes interpretaciones y, por lo tanto, de acabar ante un tribunal. Cuanto más extensiva es la interpretación de la norma, más vulnerable es a la acción de estos grupos y más alta, por lo tanto, la inseguridad jurídica. Recientes episodios judiciales han

mostrado cómo las historias clínicas de mujeres que habían interrumpido la gestación dentro de los requisitos previstos en la ley han ido a parar a los tribunales, con una clara afectación de su derecho a la intimidad.

En los últimos tiempos, una nueva circunstancia ha contribuido a agravar la situación: la existencia de instituciones públicas beligerantes en favor de las plataformas antiabortistas y el uso de los instrumentos institucionales para obstaculizar la aplicación de la ley, por ejemplo, con lo que ha sido calificado por las clínicas afectadas como *inspecciones intimidatorias*.

Dado que la fuerza política que apoya a estas iniciativas no osó modificar la ley durante los ocho años que gobernó España, debe deducirse que gran parte de la beligerancia antiabortista ha tenido en realidad una finalidad preventiva: evitar que el partido en el Gobierno modificara la norma para permitir la libre decisión de la mujer de interrumpir la gestación sin ningún requisito durante un cierto periodo de tiempo al inicio de la gestación.

El alto grado de conflictividad y la inseguridad jurídica que se deriva han provocado un retraimiento en la aplicación de la ley y un sufrimiento añadido al trance físico y psicológico que por sí mismo ya comporta la IG. Las condiciones de conflictividad social en las que la ley se aplica añaden a este sufrimiento el daño objetivo que se pueda derivar de verse sometido al escrutinio público a través de los medios de comunicación. El tratamiento que dispensan al conflicto algunos de ellos contribuye a criminalizar tanto a las mujeres como a las clínicas que practican interrupciones de la gestación. La situación ha llevado a la paradójica situación de que estas clínicas reciben una denominación, la de *clínicas abortistas*, totalmente impropia de su ideario.

En estas condiciones, la actual ley se ha convertido en totalmente insuficiente para proteger tanto a las mujeres que se ven obligadas a interrumpir la gestación como a los profesionales que las atienden. La situación se ha hecho insostenible. La reforma de la ley aparece como una necesidad urgente.

Sin embargo, tan importante como modificar la ley es arbitrar medidas efectivas para disminuir el número de embarazos no deseados. A estas alturas del siglo XXI, hay experiencia suficiente como para no creer que una regulación más clara y permisiva aumentaría el número de interrupciones de la gestación. Estas aumentan en todas partes, independientemente de si la legislación es más o menos restrictiva, lo cual quiere decir que para reducirlos debe irse a las raíces sociales que hacen posible los embarazos no deseados más que a la regulación legal de la IG. No por tener una legislación más restrictiva se consigue evitar que las mujeres interrumpan el embarazo. Lo único que se consigue es que lo hagan en peores condiciones.

En una resolución aprobada el pasado 16 de abril por 102 votos contra 69, el Consejo de Europa recomienda a los 47 países miembros una regulación que «respete la autonomía de las mujeres para decidir» y permita una IG sin riesgos y garantizada por el Estado de manera accesible y segura. El Consejo de Europa apuesta concretamente por una ley de plazos que permita a las mujeres interrumpir la gestación libremente durante un determinado periodo de tiempo en condiciones de plena seguridad jurídica y sanitaria. 32 de los 47 países representados en el Consejo ya han regulado la IG por una ley de plazos.

Sin embargo, el Consejo añade que esta política debe ir acompañada de campañas más efectivas en la prevención de los embarazos no deseados. La IG debe considerarse un último recurso y se debe hacer todo lo posible para evitarla.

Las cifras son muy preocupantes. En el año 2006 se produjeron en España 101.592 interrupciones de la gestación, un 10,8% más que durante el año anterior y el doble que diez años atrás. Según datos del Ministerio de Sanidad, el 96,98% de los casos (98.523) se realizaron dentro del supuesto de afectación grave para la salud física o psíquica de la madre, el 2,83% (2.875 casos) por graves malformaciones en el feto y el 0,01 (13 casos) por violación.

Si en el año 2006 hubiese estado en vigor en España una ley de plazos que permitiese interrumpir la gestación libremente durante las primeras 14 semanas de embarazo, esta habría cubierto la mayor parte de los casos que se produjeron. De todas las interrupciones de la gestación, 92.460 se practicaron antes de las 14 semanas y sólo 9.132 después. En la mayoría de países con una ley de plazos, el límite para abortar sin requisitos oscila entre 12 y 18 semanas, excepto en los Países Bajos, que llega hasta 24.

Especialmente preocupante es el aumento de los embarazos no deseados entre las jóvenes. De hecho, el grupo de edad donde más se ha incrementado la interrupción de la gestación es el de las menores de 19 años. El 14% de las mujeres que interrumpieron la gestación en el 2006 tenían menos de esta edad y un 40%, menos de 25.

La tendencia al aumento de los embarazos no deseados entre las adolescentes debe ser considerado un grave fracaso educativo y asistencial. En España, la tasa de embarazos no deseados entre las adolescentes se ha duplicado en 15 años, al pasar del 7,4 por mil jóvenes en 1996, al 14,4 por mil de 2005.

Algunos datos indican, además, que la IG se utiliza por un reducido pero creciente número de jóvenes como un recurso an-

ticconceptivo, lo cual indica que las campañas de información han fracasado estrepitosamente con respecto a este objetivo. El 9% de las mujeres que interrumpieron la gestación en el año 2006 lo habían hecho ya dos o más veces anteriormente.

Las jóvenes son más libres a la hora de tener relaciones sexuales, pero es evidente que no se han logrado los objetivos de una mejor educación sexual, seguramente porque en cuestiones como esta, con un fuerte componente emocional, la mera información no es suficiente.

ASPECTOS SANITARIOS RELATIVOS A LA MEJORA DE LA PRÁCTICA DE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

La necesidad de una terminología adecuada

Es necesaria una terminología adecuada para referirnos a aquello sobre lo que estamos reflexionando. Las palabras son importantes o pueden dar lugar a confusión. La resolución 461 de la OMS dice que: «aborto es la finalización de la gestación previa a la viabilidad fetal». En nuestro entorno, el término empleado es el de *interrupción voluntaria del embarazo* (IVE), que hace énfasis en el carácter de voluntario; sin embargo, tiene el inconveniente de que parezca que se refiere sólo a las interrupciones que se practican cuando no hay daño fetal, ya que en este último caso se acostumbra a denominarlas *interrupciones legales del embarazo* (ILE). La utilización de este lenguaje parecería inferir que el resto de interrupciones o IVE no son legales o no son «tan legales», y esto no ha hecho ningún bien a la normalización de este tipo de asistencia. El término que se considera más idóneo es el de *interrupción de la gestación* (IG), que habitualmente se utiliza en distintos países, como por ejemplo en Francia. Esta expresión tiene la ventaja de ser una descripción relativamente neutra, y que engloba cualquier interrupción de la gestación, incluidas, por ejemplo, las producidas espontáneamente en un cierto porcentaje de todos los embarazos.

Anotaciones históricas sobre los aspectos sanitarios en la evolución de la interrupción de la gestación (IG)

El origen histórico del despliegue de la atención a la salud sexual y reproductiva en Cataluña, de la que la IG forma parte, se debe situar en los años setenta. Por un lado la IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) empezó a ofrecer ayuda a los países, entre ellos Cataluña, que tenían problemas en la difusión de lo que entonces se conocía como planificación familiar, que en España, en el régimen político anterior, era ilegal. Esto significó que un reducido número de profesionales empezaron a formarse y se establecieron los primeros dispensarios públicos de con-



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

tracción en el Hospital Clínico, en el Hospital de Sant Pau y en el primer centro de planificación familiar de Barcelona. De la mano del movimiento feminista y de otros movimientos asociativos, se continuó con la creación de más centros de planificación familiar (CPF) con el apoyo de algunas y algunos profesionales de la salud, entre los que se cuentan algunas de las personas que todavía hoy lideran y trabajan en unidades de atención a la salud sexual y reproductivas (ASSIR) y en centros y unidades hospitalarias que ofrecen IG. En estos espacios se posibilitó la reflexión y la formación en torno a la sexualidad, la maternidad y el papel de la mujer en la sociedad, y se avanzó en la oferta de una atención integral y en la creación de equipos interdisciplinarios. Estos CPF aumentaron hasta establecerse como una red amplia representada por la Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares (APFCB). La APFCB sigue siendo hoy en día muy activa, es parte de la Federación Española de Planificación y su último congreso se celebró precisamente en Barcelona, el pasado mes de noviembre, donde se debatió sobre la situación de la IG. Posteriormente, los CPF se integrarían finalmente en la red pública de atención primaria del ICS, primero bajo el nombre de Programa de Atención a la Mujer (PAD) y después bajo el nombre de unidades de salud sexual y reproductiva (ASSIR).

Asimismo, a principios de los años ochenta, se constituyó, dentro de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y de Baleares, la Sociedad Catalana de Contracepción con un objetivo científico y de promoción del conocimiento. Los pasados días 23 y 24 de mayo celebró su 21.º Simposio Anual, que precisamente dedicó una mesa al tema: «Atención al aborto en la sanidad pública: situación actual y retos de futuro».

En el año 1985, se despenalizó el aborto. Aunque Cataluña fue de las últimas comunidades en desarrollar normativa para acreditar centros para la IG, distintos profesionales, que habían sido testigos de la inequidad social y de la alta morbilidad provocada por la ilegalidad y la clandestinidad del aborto, dan salida a la necesidad de una IG segura y en libertad en algunos hospitales y en centros extrahospitalarios que se acreditan según la normativa vigente y donde se considera una opción más dentro de la atención a la salud sexual y reproductiva.

Durante estos veinte años, pese a que se ha aprendido mucho de la experiencia, la situación se ha deteriorado en varios aspectos que comentaremos más adelante, por ejemplo en la IG en los hospitales públicos. No obstante, ha habido varios intentos fallidos de mejorarla, de equiparar definitivamente la IG a cual-

quier otra prestación y de establecer un diálogo honesto y fructífero con la administración sanitaria. Un primer intento de diálogo entre las unidades que practicaban IG y la administración pública de servicios de salud y el resto de la red se produjo en la segunda mitad de los años ochenta, precisamente cuando se intentaba encontrar un sistema efectivo de acreditación, más allá de lo que pedía la legislación vigente. No fue hasta finales de los años noventa cuando el Departamento de Sanidad retomó el tema y solicitó a algunas de las clínicas extrahospitalarias acreditadas, entre otras instituciones, qué recomendaciones se debían hacer para mejorar la calidad asistencial y la prevención de las interrupciones voluntarias del embarazo. Existe un documento³ del año 1999, que a su vez recoge otros documentos anteriores, en el que se mencionan una serie de recomendaciones realizadas hasta entonces y nunca atendidas. Muchas de ellas siguen siendo válidas y se reanudan en el presente texto. Podría hacerse la hipótesis de que cada vez que había una cierta presión mediática por parte de grupos religiosos más beligerantes y contrarios al aborto o que el problema del aborto se convertía en una fuente de enfrentamiento político, la administración sanitaria hacía algún gesto, aunque sin querer intervenir directamente en la situación de la relación entre la IG y el resto de la red y mirando hacia otro lado.

Finalmente, en el año 2007 se produjo una intervención policial (y judicial) por una sospecha de abortos ilegales que ha sido especialmente dramática en Cataluña y que ha generado también una inspección por parte de la administración sanitaria de todos los centros extrahospitalarios autorizados (y no de los centros hospitalarios), y esto ha coincidido en el tiempo con un nuevo encargo que la administración había hecho para replantear cómo la administración se enfrentaba a la situación de las IG. La confluencia de ambos hechos ha llevado al CCBC a estudiar este tema. Este texto es, por lo tanto, parte de este proceso. No obstante, se debe recordar la frustración que los procesos anteriores han provocado y los riesgos de no afrontar ya, ahora, las recomendaciones con las que concluimos el documento.

Los problemas más graves en la asistencia sanitaria vinculada a la interrupción de la gestación, aquí y ahora

En relación con la asistencia sanitaria vinculada a la interrupción de la gestación, los problemas más graves los podríamos resumir en unos puntos clave (véanse más adelante, en este mismo apartado). Sin embargo, no podemos evitar referirnos a la poca consideración, rozando incluso la deslegitimación, que este tipo

³Novo Ualde R. Plan Operativo de Medidas para Mejorar la Calidad Asistencial y la Prevención de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo: Proyecto de Mejora del Abordaje de las IVE en Cataluña. Barcelona: Mimeo, mayo de 1999.

de asistencia ha tenido y todavía tiene. Gran parte de los dispositivos de la red asistencial y de sus estructuras de gestión, y esto se refiere también a los profesionales y las demás personas que trabajan en la misma, no se relacionan todavía de forma profesional con los servicios que ofrecen y prestan la asistencia y el acompañamiento a las mujeres que deciden interrumpir su gestación. Esto también es cierto, y es especialmente grave, en aquellas autoridades institucionales que deberían garantizar la coordinación y/o la integración que se espera de la calidad de la relación entre las partes de una red de atención a la salud, más allá de su carácter público o privado. Concretamente, nos referimos a la poca calidad de la relación entre los centros y las unidades hospitalarias que practican IG y (la gran mayoría de): a) los servicios de urgencias, que deben atender cualquier complicación real o percibida de una IG; b) los servicios de diagnóstico prenatal, que deben ofrecer la interrupción de la gestación como una posibilidad ante un diagnóstico desfavorable, c) los servicios de obstetricia, que deben asegurar el deseo reproductivo previo o posterior a una IG; d) (muchos de los) servicios de atención primaria y PASSIR y e) los otros muchos servicios clínicos especializados (hematología, psiquiatría, medicina interna...), que deben requerirse ante cualquier patología acompañante, etc. La responsabilidad de esta situación reside en muchos factores, incluidos muchos de los propios profesionales que tienen tendencia a mirar hacia otro lado y eludir su propia tarea cuando se enfrentan a una paciente en la que la IG es parte de las actuaciones posibles. Más allá de las creencias personales que lleven a declararse objetor en la práctica individual de la IG, la asistencia profesional, es decir efectiva y correcta, a una mujer a quien otro profesional le ha practicado o tiene previsto practicarle una IG entra dentro de las obligaciones contractuales y éticas de cualquier profesional de la salud y de cualquier persona que trabaje en el sector y, por lo tanto, le es exigible por su contratante. Además de la responsabilidad de los profesionales y trabajadores de la salud, es obvio que la autoridad sanitaria catalana, en su triple función de financiadora de los servicios públicos, de reguladora del sistema y de prestamista directo de muchos de los servicios hospitalarios y de atención primaria⁴, puede y debe hacer mucho más porque los profesionales de la salud comprendan mejor el problema y cooperen profesionalmente en la asistencia a las mujeres que se someten a una IG, como, de hecho, la mayoría hace en cualquier otro problema de salud. Esta connivencia entre profesionales y autoridades institucionales en la poca consideración hacia la salud sexual y reproductiva en general (y a la interrupción de la gestación en

particular) que hemos descrito es la que explica los problemas graves que se mencionan a continuación. Cualquier actuación que tienda a mejorarlos debe tener presente la normalización de esta asistencia y no tender a marginar, es decir a apartar de la vista, este tipo de prestación que es legítima y legal⁵. Esto no haría sino agravar los problemas que mencionamos.

La carencia de seguridad clínico-quirúrgica

Tanto si se trata de una IG de pocas semanas como de una en gestación más avanzada, estamos hablando de una intervención, instrumentación o administración farmacológica que presenta un porcentaje pequeño, pero inevitable, de complicaciones que requerirán la participación de otros especialistas o de un servicio de urgencias. El número de estas complicaciones se ha ido reduciendo a medida que las técnicas instrumentales, quirúrgicas y farmacológicas han ido avanzando, y depende de muchos factores, como el estado de salud previo de la mujer y, especialmente, el tiempo de gestación. Hay más complicaciones de este tipo a medida que la IG se hace en momentos más avanzados. En IG en mujeres que están embarazadas de pocas semanas estas complicaciones son muy poco frecuentes (más cercanas al 1 por mil que al 1 por ciento), pero debe recordarse que en Cataluña se practican cercas de 20.000 IG de estas características cada año y esto significa que se pueden esperar, entre estas mujeres, algunas decenas de casos. La red sanitaria debe estar preparada para atender correctamente a estas mujeres en el supuesto de que se presenten en los servicios de urgencias. Disponemos de pruebas de que si bien la capacidad tecnológica existe, las mujeres reciben un tratamiento no adecuado, o sea un maltrato, aumentando las secuelas de este tipo de intervención. Pero, sobre todo, para no llegar a este punto y para prevenir, es muy importante que los profesionales que practican IG tengan asegurado el apoyo (que no se niega casi nunca en cualquier otra prestación) del resto de la red y el acceso a los cuidados especializados (por ejemplo, el acceso a la gammaglobulina RH en los casos de mujeres que necesitan vacunación) y las exploraciones complementarias (por ejemplo, analíticas, consultas con especialistas de hematología, cardiología, endocrinología o psiquiatría. por mencionar los casos más frecuentes) cuando un caso se complica. Esta carencia de apoyo afecta tanto a las clínicas extrahospitalarias como a las unidades que practican dentro de los hospitales públicos, y pone en riesgo la seguridad clínica de las mujeres que se someten legítimamente a una IG.

⁴Ya sea a través del ICS o de otras entidades donde la participación de la administración es mayoritaria.

⁵No tratamos aquí el problema de las actividades ilegales, es decir, practicadas fraudulentamente.



El maltrato dentro de la red sanitaria

Sin embargo, el maltrato no se limita a poner en riesgo la seguridad clínico-quirúrgica (por ejemplo, a no ofrecer el tratamiento hemostático adecuado a la mujer en el raro caso de una hemorragia o el apoyo especializado adecuado al profesional que ha practicado la IG) y se amplía a la carencia de consideración y respeto ante la opción que ha tomado o quiere tomar la mujer. Disponemos de casuística amplia de cómo muchos servicios adoptan una actitud culpabilizadora y deslegitimadora ante la mujer que ha optado o considera optar por una IG y que acude a los servicios de la red sanitaria buscando consejo o apoyo antes o tras una IG en un centro autorizado. La iatrogenia que estas conductas comportan para la evolución de la mujer y para su salud reproductiva futura han sido lamentablemente poco evaluadas, pero los psicólogos que trabajan en este sector han identificado claramente la tendencia.

Las barreras para obtener información en la red pública y en la privada

Una parte específica de este maltrato es la dificultad para obtener información sobre la IG en la red sanitaria. Llama la atención que la multitud de información disponible en los centros públicos sobre cualquier problema de salud, desde el recambio de rodilla a la diabetes, no tenga equivalente en información gráfica, escrita o audiovisual sobre la interrupción de la gestación, en la mayoría de centros donde las mujeres acuden. En los pocos centros donde se da información, esta sólo se da verbalmente o en hojas elaboradas artesanalmente por la enfermera que atiende a las mujeres y que no puede disponer, sin un apoyo permanente de la red, de todos los datos actualizados. Este hecho no hace sino aumentar, por un lado, la culpabilización de la mujer que ha decidido optar por una posibilidad completamente legítima y legal en nuestro país y, por el otro, la morbilidad y las complicaciones asociadas, como comentábamos antes, a una edad más avanzada de gestación al retrasarse la asistencia.

Las barreras económicas

Es obvio que la situación actual presenta, para una parte de las mujeres que deciden interrumpir su gestación, una barrera económica difícil o imposible de superar. Los casos más dramáticos afectan (1) a las interrupciones por malformación en momentos avanzados de la gestación cuando el hospital de referencia no se hace cargo; (2) las interrupciones en semanas avanzadas por esta o cualquier otra causa, y (3) las interrupciones en personas con graves problemas económicos. Como mínimo en estos tres casos, debe admitirse que el sistema público debería

resolver urgentemente la situación, ya fuera mediante (a) la intervención para que los hospitales públicos no dejaran a las mujeres a quienes han diagnosticado malformaciones graves sin cobertura, o (b) la concertación pública, a través del procedimiento establecido por la legalidad vigente, con los centros extrahospitalarios que quisieran colaborar con un volumen de casos que debería acabarse de estimar con la información actualmente disponible.

La carencia de respuesta ante la patología fetal grave

Una situación específica que afecta a (relativamente) pocas mujeres (entre 600 y 800 de las cerca de 20.000 mujeres que se someten a IG anuales) se refiere a las IG posteriores al diagnóstico de una malformación fetal grave consecuencia del diagnóstico prenatal al cual se someten virtualmente y bajo cobertura y financiación pública todas las embarazadas del país, cada año (82.077 nacimientos, en el año 2006). Estos casos presentan unos problemas muy peculiares, una complejidad tecnológica especial y una conflictividad psicológica específica. Todos los problemas que hemos mencionado más arriba deben aplicarse también en este caso con el agravante de que: (a) las posibilidades de complicaciones médico-quirúrgicas graves son mayores (más del 1%); (b) el impacto psicológico se caracteriza por una interrupción no deseada tras una experiencia de coexistencia con el feto y del deseo consciente y prolongado del nacimiento; (c) el coste económico, en el caso frecuente de que el hospital donde se ha realizado el diagnóstico no se haga cargo, es muy superior al que la mayoría de mujeres y familias pueden hacer frente, y (d) la interpretación que algunos hospitales hacen sobre la imposibilidad de aplicar el supuesto de riesgo para la salud psíquica de la madre en el centenar de casos en los que el diagnóstico de malformación fetal se produce tras la semana 22⁶.

En general, la detección final de estos casos se realiza en alguno de los grandes hospitales de referencia del país, que deberían tener resueltos los recursos humanos, tecnológicos y de acogida para hacerles frente. La realidad, lamentablemente, no es esta. Muchos hospitales dejan a la mujer con la indicación de IG y la declaración de que aquel centro no practica o no practica la interrupción en aquel momento de la gestación. Otros pueden ofrecerla, pero con todos los problemas de seguridad y calidad que mencionábamos antes. La evidencia psicológica disponible, comprobada también en otros países, alerta sobre el impacto negativo que supone para las mujeres no entender que su IG no pueda ser practicada por el mismo equipo que le ha diagnosticado la malformación o por una unidad de IG con quien aquella esté con-

⁶Recientemente, el CCBC ha encargado un documento sobre este problema específico.

venientemente coordinada. Como ya hemos dicho, cuando, además, el diagnóstico se hace tras la semana 22, el problema se agrava, puesto que algunos centros tienden a hacer creer a la mujer que la IG en este caso no es legal. Este problema será seguramente tratado por otras aportaciones dentro de esta jornada.

Algunas propuestas para la mejora de estos problemas

Se sugiere priorizar las actuaciones (y por lo tanto la financiación) en los siguientes puntos:

En el área de las políticas públicas de prevención y promoción de la salud

- Que, por un lado, se evalúen, se mantengan y/o se ajusten las iniciativas existentes para que los niños aprendan sobre su sexualidad en los colegios, que puedan expresar sus dudas, que sean escuchados y que reciban respuestas claras. Por la otra, que se incrementen y favorezcan nuevas iniciativas en la promoción de la salud sexual y reproductiva. Es muy recomendable que se asocie la sexualidad con la afectividad.
- Que se publique más material gráfico y audiovisual sobre educación sexual pensado para niños y jóvenes, que sea relevante para ellos y fácilmente accesible.
- Que se mantengan y se incrementen los espacios de atención a los jóvenes, ya sea en los centros de atención a la salud o en otros espacios donde el acceso sea más fácil.
- Que se publique material gráfico y audiovisual dirigido a las mujeres que informe sobre la interrupción de la gestación: su legitimidad, sus características, los servicios de apoyo existentes y la forma de dirigirse a ellos. El material debería ser variado, según las diferentes tipologías, edades y culturas de las usuarias de los servicios de atención a la salud, y debería considerar el carácter preventivo (para una buena salud sexual y reproductiva futura) que toda IG debe tener. Este material debería estar disponible en toda la red de atención a la salud de financiación pública (CAP, ASSIR, hospitales...) y debería poder facilitarse también a las redes privadas y a las asociaciones profesionales y científicas.

En el área de la organización institucional de la prestación de IG y su relación con otros dispositivos de la red

- Que se garantice la continuidad entre la IG y cualquier otra intervención que se requiera del sistema sanitario público o

privado mediante el contacto regular entre los responsables de los centros extrahospitalarios (o de las unidades intrahospitalarias) autorizadas para realizar IG y todos los centros hospitalarios o de atención especializada con quien el contacto sea clínicamente necesario (esto incluye, aunque no únicamente, unidades de urgencias, servicios de obstetricia y ginecología, unidades de ASSIR y equipos de AP correspondientes y servicios especializados, tales como medicina interna, hematología, psiquiatría y otros). Estos contactos deben permitir reflexionar sobre las dificultades existentes, ya sea por prejuicios, desconocimiento o carencia de vínculos entre profesionales. Deben promoverse y arbitrarse por la autoridad sanitaria de cada zona territorial (por ejemplo, los gobiernos territoriales) y requerirán seguramente la elaboración o la puesta al día de protocolos (de traslados urgentes, de circuitos para la práctica de exploraciones complementarias, etc.).

- Que se acuerde y se norme un informe de alta estandarizado y obligatorio, tanto en los centros hospitalarios como en los extrahospitalarios⁷, y tanto para las IG que hayan necesitado ingreso como para las que no, en colaboración con los centros implicados. Se sugiere que contemple, como mínimo, las siguientes variables:
 - Tiempo de gestación.
 - Patologías detectadas (comorbilidad, en el argot sanitario), codificadas de acuerdo con la CIE.
 - Intervención o instrumentación específica practicada.
 - Evolución tras la intervención, instrumentación o tratamiento farmacológico.
 - Tratamientos pautados.
- En el caso de los hospitales implicados en el diagnóstico prenatal avanzado, **dejar bien clara en la relación contractual** (entre la autoridad sanitaria, DGPA, DGSP y/o CatSalut y el centro hospitalario/ICS) la responsabilidad y la obligación del hospital de hacerse cargo de todas las IG que se prescriban en unos niveles de calidad y seguridad que incluyan la atención psicológica y el seguimiento. Como ya se ha dicho en otros documentos, la objeción de conciencia no puede ser de la institución, que debe encontrar la forma de gestionar la prestación respetando los derechos de los profesionales objetores.
- La calidad y la seguridad en las IG prescritas tras el diagnóstico de malformación fetal implica, entre otros, los siguientes aspectos:
 - Un registro centralizado de casos.
 - Acceso a los servicios adecuados de anatomía patológica.

⁷En el caso de los centros hospitalarios donde el informe de alta es ya obligatorio y estandarizado, debería ajustarse la normativa para incorporar las variables que no aparecen.



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

- La existencia de comisiones en los centros y su supervisión.
- El cierre clínico de los casos (incluidos los resultados de patología).

Esto implicará una planificación y negociación entre las distintas alternativas de organización posible.

- Incorporar progresivamente la atención psicológica como parte integrante del circuito de IG, sea cual sea la causa, el supuesto y/o la complejidad tecnológica de la intervención quirúrgica, instrumental o farmacológica.

En el área de la planificación de servicios

- Realizar un análisis de situación de las posibilidades de:
 - Los cerca de setenta hospitales públicos del país, para hacer frente a las necesidades de IG teniendo presente, entre otros factores, el volumen de sus programas de diagnóstico prenatal, la actitud y percepción de los responsables del centro y de los servicios de obstetricia y de salud de atención a la mujer, el nivel de conocimientos de sus profesionales y sus características estructurales y tecnológicas;
 - Las cerca de cuarenta unidades de ASSIR actualmente desplegadas en el país, mediante el estudio específico del volumen de recursos que pueden dedicar a tareas de asesoría, acompañamiento y seguimiento posterior de las IG (además de las otras muchas tareas que tienen adscritas);
 - Los centros extrahospitalarios privados acreditados actuales que quisieran abrirse a una colaboración y concertación con el sector público.
- Elaborar un **plan de sectorización** de la asistencia, conjuntamente con los dispositivos implicados, que delimite los casos que deban ser atendidos en cada nivel de complejidad, con especial referencia a las IG por daño fetal y las IG de elevado tiempo de gestación o de alta complejidad clínico-quirúrgica.
- Elaborar, en colaboración con las asociaciones profesionales, los centros implicados y sus asociaciones, un estudio de las necesidades de recursos humanos y un plan de acción para su formación, incluidos la formación y rotación en IG de los MIR en ginecología y obstetricia; el entrenamiento a profesionales que ya están ejerciendo pero que no han tenido la oportunidad de formarse en IG. Debe ir dirigido no sólo a aquellos profesionales que se especializan en IG, sino también a ginecólogo-obstetras y a otros profesionales que trabajan en salud sexual y reproductiva y personal que atiende urgencias.

En el área de la financiación directa de la prestación

- Las recomendaciones que se han hecho hasta aquí para la transformación de la atención en los hospitales de la red de utilización pública implican que deben reflejarse, en dichos hospitales, en aumentos y/o ajustes en sus presupuestos, tanto en el capítulo de personal, como en los de gasto corriente y e inversiones.
- Asimismo, una vez elaborado el plan anterior, se podría iniciar, si fuese necesario, la experiencia de concertación con los centros extrahospitalarios u hospitalarios concertados que se avinieran, para que estos pudieran practicar algunas de las IG de poco tiempo de gestación con cargo a fondos públicos, especialmente en las mujeres para quienes la barrera económica significa un problema grave y/o en las IG de gestación avanzada que no cubran los hospitales públicos. Esto significaría que el concierto debería cubrir el acompañamiento y consejo, la evaluación de los supuestos, la evaluación de la capacidad económica (debe recordarse que los centros extrahospitalarios ya disponen de asistente social), la práctica de la IG y su seguimiento.
- Sugerimos que, tras un periodo de tiempo, cuando se dispusiera ya del plan de sectorización mencionado en el punto anterior, se evaluara la experiencia para diseñar un sistema de financiación más definitivo que tuviera en cuenta la capacidad de la red para ofrecer este tipo de prestación.

En el seguimiento de todo el proceso

- Finalmente, sugerimos que el Departamento de Salud organice en un breve periodo, por ejemplo, tres meses, una nueva reunión participativa para evaluar los progresos en estas recomendaciones y estudiar e identificar los obstáculos y dificultades que se hayan encontrado. No hacerlo equivale a dejar pasar la oportunidad de normalizar esta prestación y de hacer prevención del tipo de problemas que han afectado a este tema en los últimos seis meses.

Cada una de estas sugerencias necesita una elaboración más detallada, que incluya los objetivos que deben lograrse, el tiempo necesario para ello y el presupuesto adecuado. El solo hecho de poner en marcha el proceso puede provocar variaciones en las dinámicas entre los factores, que pueden llevar a que algunas de estas sugerencias se conviertan rápidamente en irrelevantes y que aparezcan otras que sean percibidas, entonces, como más urgentes. Esta es la dinámica propia de cualquier proceso de transformación que debe iniciarse ya en este sector.



ig SEGUNDA PARTE

CONCLUSIONES

Aspectos éticos

El problema ético de la interrupción de la gestación enfrenta a dos posiciones irreconciliables: la que defiende la autonomía reproductiva de la mujer y la que defiende el valor inviolable de la vida del feto desde el momento de la concepción.

La hipótesis del valor inviolable del feto desde la concepción no tiene justificación científica y lleva a contradicciones que hacen imposible cualquier regulación de la interrupción de la gestación.

La autonomía reproductiva de la mujer es un derecho, pero no un derecho absoluto. La decisión de abortar debe ser responsable y coherente con otros valores constitucionales, puesto que compromete la vida futura de otra persona.

La regulación de la interrupción de la gestación debe tener como finalidad tanto propiciar la interrupción segura como evitar los embarazos no deseados con políticas de promoción, prevención y educación sexual.

Un estado laico, ante la confrontación de opiniones igualmente legítimas, debe optar por la tolerancia. No es justo imponer a todo el mundo una determinada concepción de la vida humana que no puede ser compartida, ni dejar de respetar el derecho de la mujer a la autonomía reproductiva, mediante la regulación de la forma en la que debe ser ejercida.

Aspectos jurídicos

La Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985 declaró que el *nasciturus* no es titular del derecho a la vida, aunque es un bien

jurídico que debe protegerse. Al mismo tiempo, el Estado no puede ignorar el derecho de la mujer a decidir como un aspecto de su dignidad, del derecho a la integridad física y moral, a la libertad de creencias e ideas y el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar.

La regulación penal actual genera una gran inseguridad jurídica tanto a las mujeres que quieren interrumpir el embarazo como a los profesionales sanitarios. Esta inseguridad provoca inhibición de los profesionales sanitarios, que se acogen a la objeción de conciencia para evitar problemas.

En la legislación actual, la decisión de la mujer de interrumpir el embarazo está condicionada por la intervención de terceras personas, lo cual es una falta de reconocimiento del derecho de la mujer a la autonomía reproductiva.

Es necesario cambiar el actual marco legislativo por una nueva norma que contemple los siguientes aspectos:

- a) La introducción de un sistema de plazos que permita interrumpir libremente el embarazo dentro de un plazo no inferior a 16 semanas ni superior a 24⁸, con el consentimiento de la mujer como único requisito⁹.
- b) La posibilidad de interrumpir la gestación sin que exista un límite de tiempo para hacerlo en el supuesto de que exista riesgo para la salud física o psíquica de la mujer o existan malformaciones fetales graves.

Aspectos sanitarios

Debe superarse la situación que se produce en algunas comunidades autónomas en las que se constata la dificultad para desarrollar la normativa vigente en España, que despenaliza la

⁸El CCBC considera conveniente establecer este límite a semejanza de lo que han hecho países como los Países Bajos y el Reino Unido, que recientemente han revisado su legislación.

⁹En el CCBC se manifiestan dos opiniones: por un lado, la posibilidad de que exista un asesoramiento previo obligatorio a la interrupción de la gestación y, por el otro, la opinión de que este asesoramiento puede coaccionar en exceso y limitar la libertad, por lo que no se cree conveniente.



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

interrupción de la gestación. Esto debe permitir equiparar definitivamente la interrupción de la gestación a cualquier otra prescripción, y establecer un diálogo honesto y fructífero con la administración sanitaria.

A día de hoy, se debe mejorar la poca consideración, que roza la deslegitimación, que tiene este tipo de asistencia. La atención profesional es mejorable, como lo son también los dispositivos que deberán garantizar la coordinación entre las unidades hospitalarias y extrahospitalarias que pueden atender a estas pacientes en diferentes momentos.

En general, la convivencia entre profesionales y autoridades institucionales en la poca consideración a la salud sexual y reproductiva explica los problemas graves que se detallan a continuación:

- a) Carencia de seguridad clínico-jurídica: las mujeres no reciben el tratamiento adecuado y los profesionales que las atienden no tienen asegurado el apoyo del resto de la red.
- b) Maltrato a la mujer dentro de la red sanitaria y carencia de consideración y respeto por su opción.
- c) Barreras para obtener información tanto en la red pública como en la privada, lo que incrementa la culpabilización de la mujer que toma una decisión legítima y legal.
- d) Barreras económicas, que afectan especialmente a las interrupciones en semanas avanzadas, por malformación u otra causa y las interrupciones en personas con graves problemas económicos.
- e) Carencia de respuesta ante la patología fetal grave, situación que incrementa los riesgos, complicaciones y traumas intrínsecos a los problemas mencionados.

Ante la situación analizada, conviene tomar una serie de medidas:

- a) Políticas de educación sexual, prevención y promoción de la salud más integrales y efectivas.
- b) Garantía por parte de la autoridad sanitaria de la continuidad entre la interrupción de la gestación y cualquier otra intervención que se requiera del sistema sanitario público o privado.
- c) Establecimiento de una regulación sobre los siguientes aspectos:
 - Informe de alta estandarizado y obligatorio en los centros.
 - Obligación de los hospitales que realizan diagnóstico prenatal de hacerse cargo de todas las interrupciones de la gestación que prescriban.

- Asegurar la calidad y seguridad en la interrupción de la gestación prescrita tras el diagnóstico de malformación fetal.
 - Incorporar la atención psicológica como parte integrante del circuito de la interrupción de la gestación.
 - Establecer protocolos que garanticen la confidencialidad de toda la información sobre las personas atendidas.
- d) Llevar a cabo un estudio de planificación de los servicios sanitarios hospitalarios y extrahospitalarios a fin de evaluar sus posibilidades.
 - e) Elaborar un plan de sectorización de la asistencia que delimite los casos que deben ser atendidos en cada nivel de complejidad.
 - f) Elaborar un estudio de las necesidades de recursos humanos y un plan de acción para su formación.

Aspectos sociales

Más allá del cambio normativo y de la mejora de la práctica de la prestación desde la vertiente social, son necesarias una serie de medidas:

- a) Garantizar la cobertura de la prestación sanitaria de interrupción de la gestación en la red pública hospitalaria y extrahospitalaria.
- b) Revisar el enfoque y la metodología de las campañas de prevención de los embarazos no deseados, especialmente entre las adolescentes y los colectivos en los que este tipo de embarazo es más elevado. Con respecto a los embarazos en adolescentes, los padres, colegios y servicios sanitarios deben asumir que los jóvenes tendrán relaciones sexuales a edades muy precoces. Más efectivo que intentar retrasar la edad de inicio es asumir la realidad y facilitar los medios para que estas relaciones sean lo más seguras posible.
- c) Creación de mecanismos de colaboración entre el sistema educativo y el sanitario a fin de conseguir que al inicio de su vida sexual todos los jóvenes tengan acceso a servicios específicos de educación y orientación sexual culturalmente adaptados a sus necesidades. Dado que la edad de inicio se está adelantando, parece conveniente proporcionar estos servicios a partir de los 11 años.
- d) Facilitar mecanismos especiales de acceso a los medios anti-conceptivos durante la etapa de la adolescencia y primera juventud.



ig TERCERA PARTE

RECOMENDACIONES

El CCBC considera que el ideal de una política de salud reproductiva debe ser que la interrupción de la gestación no exista, no porque esté prohibida, sino porque las políticas de prevención de embarazos indeseados son efectivas y, por lo tanto, hacen innecesaria la IG. Dado que la realidad está lejos de este ideal, es necesario dar una respuesta adecuada para desarrollar y mejorar las políticas de salud sexual y reproductiva, y fundamentar un nuevo marco legal que establezca unos plazos en los que la voluntad de la mujer sea el único requisito para su práctica y unas indicaciones para cuando, agotado este plazo, exista riesgo físico o psíquico para la salud de la madre o malformaciones o alteraciones en el feto.

Por este motivo, deberán tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones:

Necesidad de un cambio legislativo

Es necesaria una legislación que regule cómo se realizará la interrupción de la gestación y vaya más allá de la despenalización de esta práctica.

Necesidad de una terminología adecuada

Una nueva legislación deberá discutir qué expresión es la más adecuada para referirse al aborto, a fin de superar la confusión actual que a menudo se produce al utilizar términos como *interrupción voluntaria del embarazo* (IVE) o *interrupción legal del embarazo* (ILE). Se recomienda utilizar el término *interrupción de la gestación* (IG).

Una ley de plazos

En la línea del documento «Acceso a un aborto sin riesgo y legal en Europa»¹⁰, del Consejo de Europa, es necesaria una ley

de plazos que haga menos restrictiva la regulación actual, que solvete el problema de los embarazos no deseados, así como el de la incertidumbre jurídica.

La voluntariedad de la mujer como inspiración de la propuesta normativa

La nueva ley debe reconocer explícitamente que las mujeres tienen derecho a la autonomía reproductiva; de acuerdo con este derecho, la voluntad de la mujer es la única condición necesaria para realizar la interrupción de la gestación en el plazo establecido por la ley.

La viabilidad como justificación del plazo

Las propuestas más avanzadas en el establecimiento del límite temporal máximo para abortar tienen en cuenta el criterio de la viabilidad fetal. La nueva ley deberá establecer este límite, que no debe ser inferior a las 16 semanas ni superior a las 24.

Necesidad de las indicaciones

La ley debe posibilitar también que la interrupción de la gestación se pueda realizar más allá del plazo establecido cuando exista riesgo para la salud física o psíquica de la mujer o existan malformaciones o alteraciones fetales graves. En estos casos, a fin de compaginar el derecho de la mujer, con la especial protección que merece el *nasciturus*, esta indicación deberá ser valorada y autorizada, ya sea con el informe médico que certifique el sufrimiento físico o psíquico o por una comisión ad hoc que valore la gravedad de la lesión fetal. En cualquier caso, las condiciones de calidad de la vida futura deben ser otro de los criterios que determine la viabilidad fetal en caso de malformaciones fetales graves.

¹⁰Resolución 1607 del Consejo de Europa (2008). Acceso a un aborto sin riesgo y legal en Europa.



La realización del informe médico

Es conveniente ampliar a los médicos de familia la posibilidad de valorar el padecimiento psicológico de la mujer y realizar el informe pertinente, pues a menudo este profesional está más próximo a la realidad de la mujer, y tiene más conocimiento de las causas y motivaciones que la llevan a solicitar la IG, más que un psiquiatra que visita de manera puntual a una paciente desconocida.

El supuesto socioeconómico

Algunas propuestas de la regulación del aborto introducen las razones socioeconómicas, la muerte o incapacidad de la pareja como motivo para interrumpir la gestación. Dado que esta posibilidad se puede producir pasado el plazo establecido y que las posibles situaciones se prestan a interpretaciones muy subjetivas por parte de quien las deba valorar, no es conveniente introducir este supuesto, y se recomienda que la administración facilite la ayuda económica y social para que las mujeres que quieran tener un hijo no deban renunciar a ello por estas razones.

El consentimiento informado

Se considera suficiente la realización cuidadosa de un procedimiento de información amplio y detallado para obtener el consentimiento, que es un requisito legal ya previsto. Por otro lado, se recuerda la conveniencia de proporcionar un consejo sobre salud sexual y reproductiva tanto antes como tras la IG. El asesoramiento debería ser lo más neutro posible, limitándose a informar sobre las diferentes opciones.

El consentimiento del menor maduro

Aunque la Ley de Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica permite interpretar que la persona menor de 18 años no puede dar el consentimiento para interrumpir una gestación aunque su grado de madurez le permita entender la trascendencia y consecuencias de su decisión, el CCBC entiende que la mayoría de edad en interrupción de la gestación queda establecida a los 16 años.

La cobertura pública

La interrupción de la gestación es una prestación que el sistema público catalán debe garantizar independientemente de que sea dentro de una red pública propia o concertada. Para que esta cobertura sea realmente equitativa, debe eliminarse la estigmatización y marginalización que se da actual-

mente y garantizarse un buen acompañamiento por parte de los profesionales que intervienen en las diferentes fases del proceso.

La mejora de la atención de los profesionales

El hecho de que sólo el 2,6% de las interrupciones de la gestación se hayan realizado en el ámbito público ha comportado un desconocimiento más o menos generalizado en este ámbito de cuál es el procedimiento que debe seguirse. Muchos de los residentes formados durante los últimos años no han asistido a la práctica de ninguna interrupción de la gestación. Consecuentemente, la mejora de la cobertura de esta prestación debe tener en cuenta la necesidad de formar adecuadamente a los profesionales.

La implantación de políticas de educación sexual

En nuestro país no está todavía implantada, de forma efectiva, la educación sexual y reproductiva en los colegios, y este es un grave déficit que tiene consecuencias en la prevención de embarazos no deseados y la promoción de la salud sexual y reproductiva saludable y segura. Un paso previo en nuestro entorno es preparar adecuadamente a quienes deben educar sobre este aspecto, ya sean educadores o profesionales sanitarios del ámbito de la planificación.

La interrupción de la gestación en las mujeres inmigrantes

La información disponible sobre el seguimiento de las interrupciones de la gestación¹¹ evidencia que las tasas de IG son mucho más elevadas entre las mujeres que hace poco tiempo que residen en Cataluña y que provienen de países donde no existen programas de salud sexual reproductiva y en los que en algunos casos la IG es vista como un método más de planificación familiar. Esta realidad debe tenerse en cuenta a la hora de planificar campañas y estrategias de prevención de embarazos no deseados. Al mismo tiempo, deben adoptarse medidas para evitar que el hecho cultural o de procedencia no provoque la estigmatización y marginalización de las mujeres inmigrantes.

La Administración como garante

La administración velará por el cumplimiento estricto de la ley y establecerá mecanismos de evaluación sistemática de todas las medidas que se implanten.

¹¹Informe sobre los abortos en Cataluña 2006. Registro de abortos del Departamento de Salud.

En la elaboración de este informe han participado: Francesc Abel, Josep R. Arisa, Santiago Barambio, M. Assumpció Benito, Margarita Boladeras, Marc A. Broggi, Montserrat Busquets, Victòria Camps, Elena Carreras, Maria Casado, Pablo M.

Hernando, Francesc José María, María Luisa de la Puente, Raquel Novo, Carme Ollé, Milagros Pérez Oliva, Teresa Pi i Sunyer, Joan M. Pons, Francesca Puigpelat, Oriol Ramis y Josep M. Busquets.



ig

SON MIEMBROS DEL COMITÉ

Este informe ha sido aprobado en la 64.ª reunión plenaria del CCBC del día 16 de septiembre de 2008, por la mayoría de sus miembros, y ha recibido dos votos particulares. El primero del Sr. Francesc Borrell i Carrió i del Josep Ramon Arisa i Clusella. Y el segundo del Sr. Francesc Abel i Fabre i del Sr. Joan Viñas i Salas.

Sra. Victòria Camps i Cervera, presidenta; Sr. Marc Antoni Broggi Trias, vicepresidente primero, Sr. Rogeli Armengol i Millans, vicepresidente segundo; Sra. Maria Assumpció Benito i Vives, coordinadora; Sra. Dolors Canals i Ametller, Sr. Josep Ramon Arisa i Clusella, Sra. Montserrat Artigas Lage, Sr. José Luís Ausín i Herbellà, Sr. Màrius Morlans i Molina, Sr. Joan Maria Pons i Rafols,

Sra. Maria Luisa de la Puente Martorell, Sra. Maria Eugènia Sala i Gómez, Sr. José-Pascual Ortuño i Muñoz, Sra. Rosa Sales i Guàrdia, Sra. Mireia Cañellas i Grifoll, Sr. Juan Rodés i Teixidor, Sr. Alfons Vilarrasa i Cagigós, Sr. Joan Viñas i Salas, Sra. Montserrat Busquets i Surribas, Sra. Pilar Salvador i Collado, Sr. Pablo Hernando i Robles, Sr. Xavier Carné i Cladellas, Sr. Francesc Abel i Fabre, Sra. Margarita Boladeras i Cucurella, Sra. Maria Casado González, Sr. Francesc Borrell i Carrió, Sra. Milagros Pérez i Oliva, Sr. Jordi Varela i Pedragosa, Sr. Francesc José María i Sánchez, Sra. Francesca Puigpelat i Martí, Sra. Virtudes Pacheco i Galván, Sra. Maria Josep Borràs i Pascual, Sra. Montserrat Boada i Palà, Sra. Anna Veiga i Lluch, vocales, y Sr. Josep M. Busquets i Font, secretario.



ig

VOTO PARTICULAR AL INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

La recomendación 6 debería quedar redactada de la siguiente forma: «La ley ha posibilitado también que la interrupción voluntaria del embarazo se pueda realizar más allá del plazo establecido cuando exista grave riesgo para la salud física o psíquica de la mujer o existan malformaciones fetales graves. En estos casos, a fin de compaginar el derecho de la mujer con la especial protección que merece el *nasciturus*, esta indicación deberá ser valorada y autorizada por una comisión ad hoc».

JUSTIFICACIÓN.- El documento del CCBC apoya una ley de plazos. Si por una parte la ley de plazos da una máxima accesibilidad a la interrupción de la gestación en los primeros meses, parece razonable que superadas las 24 semanas se proteja al *nasciturus* (ya viable fuera del seno materno). Por lo tanto, una comisión ad hoc que examine todas las peticiones fuera del plazo establecido:

- a) hará que disminuya la presión sobre los médicos a los que se les solicite un certificado;
- b) proporcionará seguridad ética al médico que deba practicar la IG;
- c) proporcionará seguridad moral a la sociedad, en el sentido de que no se aprueba una reglamentación indiscriminada;
- d) proporcionará una mayor seguridad jurídica a las instituciones que realicen las IG;
- e) proporcionará una mayor seguridad jurídica al *nasciturus*;
- f) ayudará a conocer con más profundidad las demandas que se produzcan, a fin de dar una respuesta institucional.

Con la redacción actual, estos aspectos no quedan suficientemente cubiertos.

FRANCESC BORRELL I CARRIÓ | JOSEP RAMON ARISA I CLUSELLA



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

Los abajo firmantes, miembros del CCBC, manifiestan el desacuerdo con los siguientes puntos del texto final:

1. Con el derecho de la mujer a la autonomía reproductiva como requisito único que legitime la decisión de interrumpir la gestación. Se debe tener en más consideración la protección de la vida del *nasciturus* no dejando que la decisión dependa exclusivamente de la libre voluntad de la mujer
2. Con que se pretenda establecer una ley de plazos, sin otra motivación que la demanda, permitiendo interrumpir la gestación entre la semana 16 y la 24.
3. Con que se pretenda mantener la regulación de interrupción de la gestación por riesgo para la salud física o psíquica de la madre o graves malformaciones del feto sin establecer ningún plazo de tiempo, dado que ya se ha demostrado el incumplimiento de estos criterios y el fraude de ley que comporta.

FRANCESC ABEL I FABRE I EL SR JOAN VIÑAS I SALAS



REFLEXIONES SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Documento aprobado en la 63.^a reunión plenaria del Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, del día 1 de abril de 2008.

La objeción de conciencia en la interrupción voluntaria del embarazo

La despenalización del aborto en el ordenamiento jurídico español, en los tres supuestos previstos por la ley, está teniendo una aplicación insatisfactoria, derivada de una serie de indeterminaciones que generan inseguridad tanto a la administración, que es la proveedora directa o financiadora de servicios de salud públicos y la garante de la calidad de los servicios privados, como a los ciudadanos que esperan de la administración sanitaria un compromiso claro sobre las prestaciones relacionadas con la interrupción.

Durante los últimos meses, estamos asistiendo a una serie de hechos preocupantes en torno al tema del aborto en nuestro país. Como Comité Consultivo de Bioética de Cataluña, queremos hacer mención a una serie de cuestiones que nos parecen clave para un debate social que precisa de su revisión:

La fiscalización y persecución a organizaciones, profesionales y mujeres relacionadas con el aborto

La práctica de interrupciones voluntarias del embarazo está regulada por ley en la forma de despenalizar determinados supuestos. Esta despenalización legitima un seguimiento que asegure que la práctica de abortos es respetuosa con el contenido y la forma que describe la norma legal.

Pese a lo anterior, la ley actual posibilita la realización de abortos que, desde posiciones ideológicas extremas, pueden ser calificados como punibles. Así, las mujeres y las organizaciones profesionales están siendo objeto de una persecución desmesurada. Un seguimiento más adecuado de la administración con

respecto a los requisitos formales para la realización de abortos hubiese sido necesario para evitar ciertas situaciones como la firma de certificados en blanco. Unos hechos concretos presuntamente delictivos como los anteriores no se pueden utilizar para fiscalizar y perseguir a toda una práctica derivada de una situación muy dolorosa y traumática, especialmente para las mujeres, pero, también, para los profesionales. La realización de un aborto nunca es la decisión mejor, sino la menos mala. Criminalizar de forma generalizada esta práctica perjudica a las mujeres y aumenta la inseguridad de profesionales y organizaciones. La experiencia traumática de un aborto se acentúa con judicialización cuando las mujeres están inmersas en el proceso.

La revisión de la regulación legal

Las reflexiones que motivan este documento hacen necesaria la revisión de la actual regulación, que ha dado respuesta durante un tiempo a las necesidades de interrupción voluntaria del embarazo, pero que se evidencia como insuficiente. Esta revisión debería suplir las carencias de la actual regulación y situarse en la línea de otros países de nuestro entorno.

Una sociedad plural debe convivir con creencias diversas, que tienen un papel esencial en el tema del aborto. En estas sociedades habrá temas de difícil acuerdo racional, porque precisamente es la diversidad de creencias lo que sustenta las diferentes posturas. Y una de las características de las sociedades plurales es el respeto a las creencias de cada persona. Como dice R. Dworkin «la tolerancia es el coste que debemos pagar por nuestra aventura de libertad». Esto no significa que el acuerdo posible deba ser irracional o arbitrario, sino razonable, entendiendo por razonable todo aquello que tiene en cuenta, además de los hechos científicos, la realidad social, cultural y emocional de las personas. La situación en que nos encontramos es consecuencia de una legislación que no aporta suficiente seguridad a los profesionales dispuestos a aplicarla, lo cual produce una inhibición por parte de estos y la negativa, en muchos ca-



tos, a practicar abortos. La falta de compromiso de los centros sanitarios o de los profesionales con la obligatoriedad de realizar determinadas prestaciones no se explica tanto por una posible objeción de conciencia como por la inseguridad jurídica producida por la aplicación de una legislación que plantea muchas dudas. La administración no puede eludir este problema, sino que debe intentar dejar claros todos los supuestos de la ley proporcionando pautas y criterios a fin de facilitar la óptima práctica médica.

Pese a lo anterior, sean cuales sean las creencias personales de cada uno, debe recordarse que, en un estado de derecho, el ordenamiento jurídico vincula a todo el mundo sin excepción.

La interrupción voluntaria del embarazo como prestación pública

El enunciado que figura en este apartado es, en nuestra realidad catalana, meramente un enunciado formal, sin correspondencia en el mundo real. Aunque se trate de una prestación pública, en muy pocos casos se materializa. Si la atención sanitaria es una forma de hacer efectiva la igualdad de oportunidades y de garantizar un derecho fundamental, la desprotección pública con respecto a la financiación de la interrupción voluntaria del embarazo genera inequidades.

Dado que el interés público del paciente es prioritario, la administración no puede permitir que los intereses personales de los profesionales, en forma de objeción de conciencia, obstaculicen el servicio debido a los ciudadanos que dicha administración tiene la obligación de garantizar si previamente se ha comprometido a hacerlo. En consecuencia, debe proponer y arbitrar soluciones destinadas a asegurar que los pacientes sean debidamente atendidos.

Parece urgente que este problema no deba esperar a una resolución del punto anterior (revisión de la norma legal) y se busquen alternativas que hagan posible la financiación pública. La solución de este tema pasa también por la consideración del siguiente punto:

La objeción de conciencia

Más allá de la inseguridad jurídica inevitable en muchas áreas de la sanidad, parece bastante evidente que la despenalización del aborto no está aceptada por una parte de la ciudadanía, que considera ilícita la interrupción voluntaria del embarazo,

especialmente en el supuesto que contempla la salud física o psíquica de la madre. Nos encontramos ante la paradoja de que, por un lado, se produce un crecimiento constante del número de mujeres que desean abortar y, por el otro, la sociedad se niega a hacerse cargo de esta realidad intentando encontrar las soluciones más razonables y coherentes con el ordenamiento jurídico.

Considerando la confusión existente entre un supuesto derecho universal a la objeción de conciencia, es urgente hacer una reflexión, como la ya realizada por el OBD¹² sobre los fundamentos éticos de objetar a la prestación de un servicio sanitario que está efectivamente amparado por la ley. Al mismo tiempo, deben establecerse las obligaciones de las administraciones sanitarias a fin de garantizar al máximo las previsiones derivadas de la despenalización del aborto.

1. Fundamento de la objeción de conciencia en los profesionales sanitarios:

La Constitución Española reconoce el derecho fundamental a la libertad ideológica, religiosa y de culto. Este hecho significa la asunción de uno de los derechos reconocidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos: el derecho de libertad de conciencia. De este derecho se desprende la posibilidad de que los ciudadanos ejerzan la objeción de conciencia cuando se ven forzados a hacer alguna acción que juzgan incompatible con las propias creencias. No obstante, la posibilidad de objetar en conciencia puede topar con otros derechos fundamentales que deben garantizarse a todas las personas. Esta circunstancia obligaría a un desarrollo legal de la objeción de conciencia que determinase las condiciones en que se podría permitir la objeción. En el ámbito de la atención sanitaria no se ha realizado este desarrollo legal.

2. Conflicto a la hora de ejercer el derecho:

A diferencia de lo que sucede en otros ámbitos de actuación, en el caso de la sanidad, la existencia de profesionales objetores que reclaman poder hacer uso de su derecho a la libertad religiosa o ideológica entra en conflicto con otro derecho fundamental: el derecho de los pacientes que, haciendo uso igualmente de su autonomía y del derecho a la protección de la salud, reclaman ser atendidos por el personal sanitario. En consecuencia, el profesional sanitario objetor se encuentra con que, como individuo, debe permanecer fiel a sus creencias, pero, como ciudadano, está obligado a acatar la ley. Forma parte de las obligaciones del profesional

¹²Observatorio de Bioética y Derecho. Objeción de conciencia en sanidad. Barcelona: noviembre de 2007.

atender a cualquier paciente que reclame una prestación sanitaria amparada por la ley mientras que, de acuerdo con la ley, no pueda objetar realizar esta prestación. El interés del paciente, en este caso, está por encima del interés del profesional, puesto que el interés del paciente debe ser considerado como un interés público, mientras que el interés del sanitario, derivado exclusivamente de su ideología, es un interés privado. Sin embargo, se debe aceptar la posibilidad de una objeción legalmente establecida. Ahora bien, no se podría alegar la objeción si no hay otro profesional que facilite la prestación a la cual el paciente tiene derecho. Debe recordarse que la posibilidad de objetar es de todos los profesionales sanitarios que resultan imprescindibles para la realización de la intervención.

La bioética ha establecido el principio básico de la autonomía del paciente como un valor tan importante como el principio tradicional de la beneficencia. Frente a una medicina anacrónica y paternalista, en la que las decisiones las tomaba el facultativo unilateralmente, la nueva atención sanitaria, inspirada por los principios de la bioética, da prioridad a los deseos y a la voluntad del paciente que solicita atención médica.

Propuesta al Departamento de Salud para la regulación de la objeción de conciencia

Como consecuencia de las consideraciones anteriores, es urgente que el Departamento de Salud proponga una regulación a fin de dirimir el conflicto entre el derecho a la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios y el derecho de la usuaria a recibir una prestación establecida legalmente por el Sistema Nacional de Salud. No puede ser que los valores o las creencias privadas de los profesionales generen situaciones de inequidad e ineficiencia al negarse a atender las personas que solicitan un aborto bajo los supuestos legales.

Es necesario regular urgentemente la objeción de conciencia para que el ejercicio de este derecho sea compatible con el deber de dar una prestación sanitaria jurídicamente legítima. Esta regulación debería tener en cuenta lo siguiente:

- Se debe recordar a los profesionales que la atención a las personas es un deber y que en determinadas situaciones –cuando no existe otra posibilidad– este deber debería prevalecer por encima del derecho de objeción y, en consecuencia, no se podrá alegar cuando la interrupción voluntaria del embarazo fuera necesaria para evitar a la mujer embarazada un peligro de muerte u otro perjuicio grave para la salud que no se puede evitar de otro modo. Si la situación no es urgente,

se puede valorar el traslado a otro centro si en el centro sólo hay profesionales objetores.

- Únicamente pueden ser sujetos que aleguen objeción de conciencia las personas físicas y no las jurídicas ni otros colectivos.
- Pueden alegar objeción únicamente aquellas personas cuya intervención signifique la cooperación necesaria para la realización del procedimiento, y por lo tanto queda excluida de la objeción la atención a la mujer.
- El personal sanitario debe formular la objeción de conciencia de manera previa ante la autoridad sanitaria y de su colegio profesional para garantizar su derecho como profesional que no objeta de manera irregular. Esta objeción quedará documentada en un registro que cada centro debe habilitar a tal efecto. El documento reflejará el acto específico que se objeta que, en cualquier caso, no podrá ser ni la atención previa ni la atención posterior al procedimiento.
- La práctica o cooperación en abortos en instituciones privadas deja sin efecto la posible objeción del mismo profesional en el ámbito de la atención pública.

La interrupción voluntaria del embarazo por el supuesto de malformaciones graves más allá de la semana 22

La IVE (interrupción voluntaria del embarazo) es una opción para muchas gestantes con alguna enfermedad importante o portadoras de un feto con una anomalía. Las situaciones en las que cabe la posibilidad de plantearse una IVE más allá de la semana 22 de gestación son las siguientes:

- a) Malformaciones que no se han diagnosticado por alteraciones administrativas (no se ha realizado la exploración dentro del plazo legal, la paciente no acude a la cita, etc.). Esto no excluye la necesidad de que el sistema sanitario siempre ofrezca la posibilidad de realizar las pruebas en el momento oportuno.
- b) Malformaciones que no se hayan diagnosticado antes porque en el momento de la exploración la malformación todavía no era visible.

Esta última situación es la que se da con más frecuencia. Corresponden habitualmente a alteraciones del sistema nervioso central y acostumbran a producir graves secuelas neurológicas y una gran afectación de la calidad de vida del bebé. Además, la limitación a las 22 semanas conlleva otras consecuencias tan-



INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓN DE LA GESTACIÓN

to o más graves: la interrupción de gestaciones de manera «profiláctica», por la incertidumbre del resultado (ventriculomegalias leves, megacisternas magnas, etc.). Si el impacto físico y, especialmente, emocional de una IVE siempre es grande, todavía lo es más en estas situaciones.

Cuantificar el número de casos al año en que debe tomarse una decisión más allá de las 22 semanas es difícil. En el Hospital de la Vall d'Hebron se han dado 30 casos en el último año (lisencefalías, agenesias de cuerpo caloso, esclerosis tuberosas, etc.). Realizando un estudio aproximado de Cataluña y Baleares, y sólo contabilizando los casos que vivirían con secuela grave (se han excluido los que morirán tras el nacimiento), se han calculado unos 60 casos al año.

En estos momentos, las pacientes que se encuentran en esta situación sólo pueden solicitar realizar una IVE acogiéndose al primer supuesto de nuestra regulación legal, lo cual, en la práctica, es muy difícil. La solución más habitual es interrumpir la gestación fuera del Estado español y, naturalmente, a su cargo económico. Si no, deben seguir adelante. La experiencia de sufrir un embarazo con la previsión de tener un bebé con grave secuelas físicas o psíquicas se reconoce como traumática y podría justificar la utilización del argumento del primer supuesto a falta de una mejor regulación de la IVE donde reconozca de una forma explícita esta situación excepcional. Esta última solución sería la mejor, y se reconoce que los padres podrían utilizar la IVE de igual forma que se limitan tratamientos en bebés con graves malformaciones o secuelas psíquicas y/o físicas.

Esta situación excepcional, que mayoritariamente tendría que atenderse en centros públicos, debe tener algunas garantías que se explicitan a continuación:

- a) Que estas situaciones sean sometidas a grupos ad hoc de un comité de ética asistencial con la participación predominante de profesionales especialistas (pediatras, genetistas obstetras, psiquiatras y otros), que realizarán las siguientes funciones:
 - Establecer el riesgo de secuela de forma individual (afectación de la calidad de vida del bebé, por parte tanto de los padres como de los profesionales).
 - Asegurar que existe un proceso de información a la madre o a la pareja a fin de que pueda tomar la decisión de seguir

adelante con la gestación o no. El proceso de información debe poner énfasis en el consejo genético y el asesoramiento reproductivo de cara a una nueva gestación. Es importante destacar que en este proceso la justificación legal para la realización de la IVE es la afectación de la salud física o psíquica de la madre, por lo que es necesario que los dictámenes previos sobre la salud psíquica de la madre que se solicitan en el primer supuesto sean amplios y rigurosos.

La justificación ética no se agota en la regulación legal, que en este caso se reconoce como insuficiente, pero que se debe respetar en un estado de derecho como el nuestro. Por lo anterior, en los criterios anteriores también se señala como importante, además de la afectación de la salud psíquica y/o física de la madre, la evaluación de la calidad de vida del futuro bebé.

- b) Que el Departamento de Salud lleve a cabo un reconocimiento expreso de apoyo a los centros y a los profesionales que actúan dando respuesta a estas situaciones. Un seguimiento de la actuación de los diferentes centros sería aconsejable.

Una última cuestión sería muy deseable: que se haga una interpretación más real de la ley, en el sentido de que el límite del tercer supuesto se establezca en las 24 semanas desde la concepción, no a las 22 semanas de gestación.

Resulta difícil establecer una lista detallada de los casos que son susceptibles de indicar una IVE; hay algunas malformaciones congénitas graves que pueden presentar diferentes grados de complejidad y siempre es necesaria una valoración específica tanto de la malformación como de su severidad. Existen una serie de enfermedades que, en atención a la incapacidad de valerse por un mismo, o la importante limitación de la inteligencia, suponen una «grave alteración de la calidad de vida», por lo tanto, pueden ocasionar un gran padecimiento.

En la elaboración de este documento han participado Pablo Hernando, Victòria Camps, Francesca Puigpelat, Elena Carreras, Alfons Macaya, Miguel del Campo, Ricardo Rubio y Josep M. Busquets.

