



# BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES

# CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

## IX LEGISLATURA

Serie D:  
GENERAL

25 de febrero de 2009

Núm. 154

## ÍNDICE

Páginas

### Composición y organización de la Cámara

#### PERSONAL

<b>299/000003</b>	Personal eventual como Asistente para la atención de los señores Diputados de los Grupos Parlamentarios del Congreso. <i>Nombramiento</i> .....	3
-------------------	---	---

### Control de la acción del Gobierno

#### PROPOSICIONES NO DE LEY

##### Pleno

<b>162/000225</b>	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), relativa a la protección de la infancia frente a los actos de explotación y abuso sexual. <i>Enmienda</i> .....	3
	<i>Aprobación</i> .....	4
<b>162/000286</b>	Proposición no de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), sobre reestructuración del Instituto de Crédito Oficial (ICO). <i>Enmiendas</i> .....	5
	<i>Aprobación con modificaciones</i> .....	6

#### INTERPELACIONES

##### Urgentes

<b>172/000065</b>	Interpelación formulada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV), sobre el funcionamiento de los mecanismos de colaboración entre la autoridad aeronáutica y las administraciones urbanísticas en relación con los aeropuertos de interés general .....	6
<b>172/000066</b>	Interpelación formulada por el Grupo Parlamentario Catalán (Convergència i Unió), relativa al funcionamiento del Fondo de Garantía de Alimentos .....	7
<b>172/000068</b>	Interpelación formulada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre la posición del Gobierno ante la fuerte pérdida de puestos de trabajo, el incremento del paro y la caída de la afiliación a la Seguridad Social .....	7

## MOCIONES CONSECUENCIA DE INTERPELACIONES

**Urgentes**

<b>173/000048</b>	Moción consecuencia de interpelación urgente presentada por el Grupo Parlamentario Mixto, sobre previsiones del Gobierno respecto a las autopistas de peaje pertenecientes a la Red de Carreteras del Estado que discurren íntegramente por el territorio gallego. <i>Texto de la moción, así como enmiendas formuladas</i> .....	8
	<i>Aprobación con modificaciones</i> .....	9
<b>173/000049</b>	Moción consecuencia de interpelación urgente presentada por el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds, relativa a las garantías del Gobierno para que las ayudas prestadas a la banca fluyan hacia la economía real y el crédito llegue a familias y empresas. <i>Texto de la moción, así como enmiendas formuladas</i> .....	10
	<i>Aprobación con modificaciones</i> .....	13
<b>173/000050</b>	Moción consecuencia de interpelación urgente presentada por el Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, sobre las razones que están provocando la drástica restricción de liquidez a autónomos y a pequeñas y medianas empresas. <i>Texto de la moción, así como enmiendas formuladas</i> .....	13
	<i>Aprobación con modificaciones</i> .....	15

**Otros textos**

## COMISIONES, SUBCOMISIONES Y PONENCIAS

<b>154/000004</b>	Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo. <i>Informe de la Subcomisión</i> .....	16
	<i>Votos particulares</i> .....	30

2. Que encargue a la Comisión Nacional de la Competencia la elaboración de un informe sobre las situaciones de abuso en la dilación de los pagos en las operaciones comerciales de PYMES y autónomos.»

Se ordena la publicación de conformidad con lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara.

Palacio del Congreso de los Diputados, 17 de febrero de 2009.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

OTROS TEXTOS

COMISIONES, SUBCOMISIONES  
Y PONENCIAS

154/000004

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 97 del Reglamento de la Cámara, se ordena la publicación en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, del Informe aprobado por la Subcomisión para realizar un estudio y elabo-

rar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo, constituida en el seno de la Comisión de Igualdad, así como de los votos particulares presentados al mismo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 18 de febrero de 2009.—P. D. El Secretario General del Congreso de los Diputados, **Manuel Alba Navarro**.

SUBCOMISIÓN CREADA EN EL SENO DE LA COMISIÓN DE IGUALDAD PARA REALIZAR UN ESTUDIO Y ELABORAR UNAS CONCLUSIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

INFORME

ÍNDICE

	Páginas
I. GUIÓN DE ACTIVIDAD DE LA SUBCOMISIÓN.....	17
1. Antecedentes de creación de la Subcomisión .....	17
2. Composición .....	17
3. Comparecencias solicitadas .....	17
4. Sesiones celebradas .....	19
5. Documentación .....	20
5.1 Documentación elaborada por la Dirección de Documentación, Biblioteca y Archivo de la Secretaría General del Congreso de los Diputados .....	20
5.2 Documentación aportada por los comparecientes .....	23
5.3 Otra documentación .....	25
II. CONCLUSIONES .....	25
1. La regulación actual: el enfoque punitivo de la interrupción voluntaria del embarazo .....	25
2. Las dificultades y los problemas planteados en la práctica de la IVE bajo su actual regulación ....	26
3. Las carencias en materia de derechos y salud sexual y reproductiva.....	27
4. El desfase con el modo de entender el papel de las mujeres en lo relativo a los derechos sexuales y reproductivos .....	27
5. Las recomendaciones de conferencias y organizaciones internacionales y la regulación de la IVE en los países de nuestro entorno .....	27
6. Propuestas .....	28
6.1 Líneas del modelo .....	29
6.2 Cuestiones complementarias .....	29
6.3 La IVE, en el marco de una nueva normativa sobre derechos y salud sexual y reproductiva ....	30

## I. GUIÓN DE ACTIVIDAD DE LA SUBCOMISIÓN

### 1. Antecedentes de creación de la Subcomisión

La Comisión de Igualdad, en su sesión del día 24 de septiembre de 2008, tras debatir conjuntamente las solicitudes de creación de una Subcomisión sobre la interrupción voluntaria del embarazo (G.P. Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds) (núm. expte. 158/000001), y de una Subcomisión que realice un estudio y elabore unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo (G.P. Socialista) (núm. expte. 158/000013), ha aprobado, de conformidad con lo dispuesto en el apartado tercero de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996, la propuesta de creación de una Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo con las siguientes características:

#### «A) Composición.

La Subcomisión, que estará presidida por la Presidenta de la Comisión, estará integrada por 3 representantes de cada uno de los Grupos Parlamentarios con más de 100 Diputados en la Cámara y 1 representante de cada uno de los Grupos restantes.

#### B) Adopción de acuerdos.

En la adopción de acuerdos por la Subcomisión se aplicará el criterio del voto ponderado y se incluirán los votos particulares oportunos de los Grupos Parlamentarios discrepantes, tal y como establece la Resolución.

#### C) Objeto de la Subcomisión.

La Subcomisión deberá:

1. Realizar el estudio y evaluar la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo.
2. Evaluar las experiencias más innovadoras de las leyes europeas de indicaciones y plazos en esta materia.
3. Analizar el funcionamiento, la equidad territorial y la accesibilidad en la prestación de este servicio en la red sanitaria pública y concertada.
4. Evaluar la observancia de las condiciones de seguridad jurídica y de respeto a los derechos funda-

mentales de las mujeres y de las y los profesionales en la prestación de este servicio, así como si en el mismo se respeta de manera suficiente la voluntad de las mujeres y el derecho de éstas a decidir sobre el control de su maternidad.

5. La Subcomisión elaborará unas conclusiones que contengan las distintas recomendaciones y propuestas de modificaciones legislativas que se consideren necesarias.

#### D) Plazo para la realización de los trabajos de la Subcomisión.

La duración de los trabajos de la Subcomisión será de hasta 6 meses desde su constitución.»

El Pleno del Congreso de los Diputados, en su sesión del día 16 de octubre de 2008, ha acordado de conformidad con lo dispuesto en el Punto Segundo.1 de la Resolución de la Presidencia del Congreso de los Diputados de 26 de junio de 1996, la creación, en el seno de la Comisión de Igualdad, de una Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo, en los términos de la propuesta de la citada Comisión.

### 2. Composición de la Subcomisión

Calvo Poyato, Carmen (GS).  
 Montón Giménez, Carmen (GS).  
 Villarrubia Mediavilla, Julio (GS).  
 Cabezón Ruiz, Soledad (GS).  
 Moneo Díez, María Sandra (GP).  
 Méndez Monasterio, Lourdes (GP).  
 Rodríguez Maniega, María del Carmen (GP).  
 Pigem i Palmés, Mercè (GC-CiU).  
 Llamazares Trigo, Gaspar (GER-IU-ICV).  
 Agirretxea Urresti, Joseba (GV-EAJ-PNV).  
 Fernández Davila, María Olaia (GMx).

### 3. Comparecencias solicitadas

Se abre un plazo de presentación de solicitudes de comparecencia y documentación en la Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo (154/000004) que finalizará en la sesión de la Subcomisión prevista para el día 30 de octubre de 2008, al finalizar el Pleno. Si algún Grupo Parlamentario quisiera presentar dicha documentación con anterioridad a esa fecha, podrá hacerlo en el Registro de la Dirección de Comisiones.

RELACIÓN DE SOLICITUDES DE COMPARECENCIA PRESENTADAS EN RELACIÓN CON LA SUBCOMISIÓN PARA REALIZAR UN ESTUDIO Y ELABORAR UNAS CONCLUSIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (NÚM. EXPTE. 154/000004)

COMPARECIENTES	SOLICITANTES
REPRESENTANTES DEL SECTOR DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	
Directora General para Europa de IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar) (D. <sup>a</sup> Marie Rose Claeys)	GS
Presidenta de la Federación de Planificación Familiar de España (D. <sup>a</sup> Isabel Serrano Fúster)	GS
Fundador y Director del Centro de Planificación la Cagiga, Santander (D. Domingo Álvarez González)	GS
Vicepresidenta de la Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (D. <sup>a</sup> Isabel Iserte Hernández)	GER-IU-ICV
REPRESENTANTES DEL SECTOR MÉDICO-HOSPITALARIO	
Presidente de ACAI (Asociación de Clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo) (D. Santiago Barambio Bermúdez)	GS
Presidente del Consejo de Administración Clínica Dator (D. Guillermo Sánchez Andrés)	GS
Presidente de la Comisión central de deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España (D. Rogelio Altisent Trota. Sustituye a D. Isacio Siguero)	GP
Presidente de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (D. José Zamarriego)	GP
Cofundadora de la Comisión Feminista pro-derecho al aborto (D. <sup>a</sup> Empar Pineda Erdozia. Sustituye a D. <sup>a</sup> Elisa Sesma Sánchez)	GER-IU-ICV
Médico ginecólogo Complejo Hospitalario Cristal-Piñor, Orense (D. José Luis Doval Conde)	GMx
REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE MUJERES/FAMILIA	
Directora Fundación Mujeres (D. <sup>a</sup> Maria Luisa Soletto Ávila)	GS
Presidenta Federación de Asociaciones de Mujeres Progresistas (D. <sup>a</sup> Yolanda Besteiro de la Fuente)	GS
Presidenta Asociación Mujeres Juristas (THEMIS) (D. <sup>a</sup> Altamira Gonzalo Valgañón)	GS
Directora General Asociación Salud y Familia (D. <sup>a</sup> Elvira Méndez Méndez)	GS
Presidente del Foro Español de la Familia (D. Benigno Blanco)	GP
Presidente del Instituto de Política Familiar (D. Eduardo Hertfelder)	GP
Portavoz de la Red Madre (D. <sup>a</sup> Esperanza Puente)	GP
Doctor en Bioética y Biojurídica Presidente de la Fundación Madrina (D. Conrado Jiménez Agrela)	GP
Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado Español (D. <sup>a</sup> Justa Montero)	GER-IU-ICV
REPRESENTANTES DE LA UNIVERSIDAD/JURISTAS	
Catedrático de Derecho Constitucional. Universidad de Sevilla (D. Javier Pérez Royo. Sustituye a D. Tomás Salvador Vives Antón)	GS
Catedrático de Derecho Constitucional. Universidad de Granada (D. Francisco Balaguer Callejón.)	GS

COMPARECIENTES	SOLICITANTES
Catedrático de Derecho Constitucional. Rector de la Univ. Rey Juan Carlos (D. Pedro González-Trevijano)	GP
Catedrático de Derecho Procesal de la Univ. Complutense de Madrid (D. Julio Banacloche Palao)	GP
Catedrática de Microbiología de la Univ. de Granada. Miembro de la Real Academia de Medicina (D. <sup>a</sup> Carmen Maroto Vela)	GP
Directora del Departamento Interfacultativo de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Navarra. Presidenta de la Asociación Española de Bioética y Ética (D. <sup>a</sup> Natalia López Moratalla)	GP
Académica de número de la Real Academia de la Historia. Sillón E de la Real Academia Española. (D. <sup>a</sup> Carmen Iglesias Cano)	GP
Director del Estudio «Impacto económico del Aborto: evaluación basada en el valor del capital humano» del Instituto del capital social de la Universitat Abat Oliba CEU (D. Josep Miró i Ardevol)	GP
Catedrática de Derecho Penal de la Universidad Autónoma de Barcelona (D. <sup>a</sup> Mercedes García Aran)	GER-IU-ICV
REPRESENTANTES DE LA ADMINISTRACIÓN	
Investigadora del CSIC (D. <sup>a</sup> Margarita Delgado Pérez)	GS

## 4. Sesiones celebradas

22 de octubre	Sesión de constitución.
30 de octubre	Ordenación de los trabajos de la Subcomisión.
10 de noviembre	Celebración de las siguientes comparecencias: D. <sup>a</sup> Justa Montero, Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas del Estado Español. D. Benigno Blanco, Presidente del Foro Español de la Familia. D. <sup>a</sup> María Luisa Soletto Ávila, Directora Fundación Mujeres.
18 de noviembre	Celebración de las siguientes comparecencias: D. Francisco Balaguer Callejón, Catedrático de Derecho Constitucional de la Universidad de Granada. D. Guillermo Sánchez Andrés, Presidente del Consejo de Administración de la Clínica Dator. D. Julio Banacloche Palao, Catedrático de Derecho Penal de la Universidad Complutense de Madrid. D. <sup>a</sup> Mercedes García Aran, Catedrática de Derecho Penal de la Universidad Autónoma de Barcelona.

25 de noviembre Celebración de las siguientes comparecencias:

D.<sup>a</sup> Marie Rose Claeys, Directora General para Europa de IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar).  
D. Eduardo Hertfelder de Aldecoa, Presidente del Instituto de Política Familiar.  
D.<sup>a</sup> Isabel Iserte Hernández, Vicepresidenta de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.  
D. Santiago Barambio Bermúdez, Presidente de ACAI (Asociación de Clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo).

3 de diciembre Celebración de las siguientes comparecencias:

D.<sup>a</sup> Isabel Serrano Fúster, Presidenta Federación de Planificación Familiar de España  
D.<sup>a</sup> Esperanza Puente Moreno, Portavoz de la Red Madre.  
D.<sup>a</sup> Yolanda Besteiro de la Fuente, Presidenta Federación de Asociaciones de Mujeres Progresistas.



	D. José Zamarriego Crespo, Presidente de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. D. Domingo Álvarez González, Ginecólogo. Fundador y Director del Centro de Planificación la Cagiga, Santander.	19 de diciembre	Celebración de las siguientes comparecencias: D. <sup>a</sup> Altamira Gonzalo Valgañón, Asociación de mujeres juristas Themis. D. Conrado Jiménez Agrela, Doctor en Bioética y Biojurídica. Presidente de la Fundación Madrina. D. Josep Miró i Ardevol, Director del Estudio «Impacto económico del Aborto: evaluación basada en el valor del capital humano» del Instituto del capital social de la Universitat Abat Oliba CEU.
3 de diciembre	Ordenación de los trabajos de la Subcomisión		
9 de diciembre	Celebración de las siguientes comparecencias: D. <sup>a</sup> Elvira Méndez Méndez, Directora General. Asociación Salud y Familia. D. José Luis Doval Conde, Médico ginecólogo Complejo Hospitalario Cristal-Piñor, Orense. D. <sup>a</sup> Carmen Maroto Vela, Catedrática de Microbiología de la Univ. de Granada. Miembro de la Real Academia de Medicina. D. <sup>a</sup> Natalia López Moratalla, Directora del Departamento Interfacultativo de Bioquímica Molecular de la Universidad de Navarra. Presidenta de la Asociación Española de Bioética y Ética.	4 de febrero de 2009	Ordenación de los trabajos de la Subcomisión de cara a la elaboración del Informe.
		12 de febrero	Continuación de los trabajos para elaborar el Informe de la Subcomisión de cara a las propuestas formuladas por los Grupos Parlamentarios.
12 de diciembre	Celebración de las siguientes comparecencias: D. <sup>a</sup> Empar Pineda Erdozia, Cofundadora de la Comisión Feminista pro-derecho al Aborto. D. Rogelio Altisent Trota, Presidente de la Comisión Central de Deontología del Consejo General del Colegio de Médicos de España. D. <sup>a</sup> Margarita Delgado Pérez, Investigadora del CSIC.	5. Documentación	
16 de diciembre	Celebración de las siguientes comparecencias: D. <sup>a</sup> Isabel Estapé Tous, Notaria y miembro de la Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras. D. José Gabaldón López, Presidente honorario del Foro Español de la Familia. D. Javier Pérez Royo, Catedrático de Derecho Constitucional, Universidad de Sevilla.	5. 1 Documentación elaborada por la Dirección de Documentación, Biblioteca y Archivo de la Secretaría General del Congreso de los Diputados	
			Dossier núm. 148 (IX Legislatura) sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo:
			Documentación española
			Legislación:
			Código Penal:
			— Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. Código Penal [arts. 144-146 y disposición derogatoria única 1.a)].
			— Código Penal de 1995 concordado con el Código Penal derogado de 1973 (Título II. Del aborto. arts. 144-146).
			— Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal [vigente por L.O. 10/1995, disposición derogatoria única 1.a)].
			Registro Civil:
			— Ley del Registro Civil de 8 de junio de 1957 (art. 45).
			— Reglamento del Registro Civil de 14 de noviembre de 1958 (arts. 20, 21.5. <sup>a</sup> , 71-77, 98.2, 116 y 171-174).

## Otras disposiciones:

— Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

— Código de Ética y Deontología Médica. Consejo General de Colegios Médicos (art. 26).

— Resolución de 27 de julio de 2007, de la Secretaría General de Sanidad, sobre estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo realizadas conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

## Estadística:

— Interrupción voluntaria del embarazo. Datos estadísticos 1996-2006. Ministerio de Sanidad y Consumo.

— Abortos voluntarios realizados por CC.AA., período, grupo de edad y motivo de la interrupción. Instituto Nacional de Estadística, 2005.

— Abortos voluntarios realizados por CC.AA., período, grupo de edad y motivo de la interrupción. Instituto Nacional de Estadística, 2006.

— Abortos voluntarios realizados por tipo de centro, titularidad del centro y período. Instituto Nacional de Estadística, 1997-2006.

— Abortos por países, edad y período. Datos europeos. Instituto Nacional de Estadística, 1992-2006.

## Jurisprudencia:

— Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 75/1984, de 27 de junio.

— Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 53/1985, de 11 de abril.

— Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 70/1985, de 31 de mayo.

— Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 38/1994, de 15 de febrero.

— Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 36/1996, de 11 de marzo.

— Sentencia del Tribunal Constitucional núm. 116/1999, de 17 de junio.

## Documentación extranjera

## Legislación:

Alemania: Strafgesetzbuch in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. November 1998. Vierter Titel. Sechzehnter Abschnitt: «Straftatengegendasleben» (arts. 218 a 219d).

Bélgica: Code Pénal. Livre 2: «Des infractions et de ley repression en particulier». Titre VII: «Des crimes et des delits contre l'ordre des familles et contre la moralité publique». Chapitre I: «De l'avortement» (arts. 348 a 352).

Finlandia: Law num. 239 of 24 March 1970 on the interruption of pregnancy, as attended through Law num. 572 of 24 July 1998.

Francia: Code de la Santé Publique. Partie Législative. Deuxième Partie: Santé de la famille, de la mère et de l'enfant. Livre II: «Interruption volontaire de grossesse» (arts. L2211-1 a L2223-2).

Code de la Santé Publique. Partie Réglementaire. Quatrième Partie: Professions de santé. Livre I<sup>er</sup>: «Professions médicales» (arts. R41127-18).

Gran Bretaña: Abortion Act 1967.

The Law and Ethics of Abortion. British Medical Association Views. December 1999.

Irlanda: Offences against the person Act 1861. «Attempts to procure abortion» (arts. 58 y 59).

Abortion. Factsheet by the Health Promotion Agency for Northern Ireland. October 2008.

Italia: Legge 22 maggio 1978, n. 194. Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.

Código de deontología médica. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. 16 dicembre 2006 (art. 43).

Luxemburgo: Code Pénal. Titre VII: «Des crimes et des délits contre l'ordre des familles et contre la moralité publique». Chapitre 1.º: «De l'avortement» (arts. 348 a 351-1).

Países Bajos: Q&A Aborto Provocado 2008. Una publicación del Ministerio de Asuntos Exteriores de los Países Bajos.

Polonia: Abortion Policy. Department of Economic and Social Affairs. United Nations Secretariat 2000.

Portugal: Lei núm. 59/2007. DR 170 SÉRIE I de 2007-09-04. Vigésima terceira alteração ao Código Penal, aprovado pelo Decreto-Lei núm. 400/82, de 23 de Setembro. Livro II. Parte especial. Título I. «Dos crimes contra as pessoas». Capítulo II. «Dos crimes contra a vida intra-uterina» (arts. 140 a 142).

Código Deontológico. Artigo 30.º: Objecção de conciencia. Ordem dos Medicos, 2008.

Suecia: The Abortion Act 1974: 595. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden. Date of entry into force: 1 July 2005.

## Jurisprudencia:

Alemania: German Constitutional Court Abortion Decision of the 25 of February, 1975. [Translation by Robert E. Jonas and John D. Gorbey] The John Marshall Journal of Practice and Procedure (Vol. 9:605).

Francia: Décision núm. 74-54 DC du 15 janvier 1975. Loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse. Conseil Constitutionnel.

Décision núm. 2001-446 DC du 27 juin 2001. Loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse et à la contraception. Conseil Constitutionnel.



Décision núm. 2001-449 DC du 4 juillet 2001. Loi relative à l'interruption volontaire de la grossesse et à la contraception. Conseil Constitutionnel.

Italia: Sentenza 18 febbraio 1975 nel giudizio di legittimità costituzionale dell' art. 546 del codice penale. Corte Costituzionale.

Portugal: Acórdão núm. 288/98. Tribunal Constitucional. Procede à fiscalização preventiva da constitucionalidade e legalidade e apreciação dos requisitos relativos ao universo eleitoral da proposta de referendo constante da Resolução da Assembleia da República núm. 16/98. [Despenalização da interrupção voluntária da gravidez].

#### Organismos internacionales

##### Consejo de Europa:

Asamblea Parlamentaria. Resolution 1607 (2008). Access to safe and legal abortion in Europe.

Doc. 11537 rev-8 April 2008. Access to safe and legal abortion in Europe: Report Committee on Equal Opportunities for Women and Men.

Doc. 11576. 15 April 2008. Access to safe and legal abortion in Europe: Opinion Committee on Social, Health and Family Affairs.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos: Case of open door and Dublin well woman v. Ireland. 29 October 1992.

Case of Tysiac v. Poland 24 September 2007.

Naciones Unidas: Programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Capítulo VIII-C. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgos. Secciones 8.19 y 8.25. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994.

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Capítulo IV. Objetivos estratégicos y medidas. C. La mujer y la salud. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer Reunida en Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995.

Organización Mundial de la Salud: Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud. Ginebra 2003.

Preguntas clínicas frecuentes acerca del aborto farmacológico. Ginebra, 2007.

##### Estudios:

El aborto en la legislación española: una reforma necesaria. Debate de expertos. Seminarios y jornadas 14/2005. Fundación Alternativas, 2005.

Aborto provocado: incidencia y tendencia. Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo (ACAI). Granada, 2 y 3 de marzo de 2007.

Acceso al aborto en el Estado español: un mapa de inequidad. Grupo de interés español en población, desarrollo y salud reproductiva. Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo (ACAI), 2005.

García Pascual, Cristina. Cuestiones de vida y muerte: los dilemas éticos del aborto (en Derechos y libertades, N-16 (en 2007) pp 181-209).

La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo. Observatorio de la Salud de la Mujer [2005].

Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2006. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.

Lacalle Marcos, Manuel: Seguimiento posterior al aborto provocado. Ponencia del 8.º Congreso de la Sociedad Española de Contracepción. Barcelona, 2006.

Laurenzo Copello, Patricia: Otra vez el aborto: el inevitable camino hacia un sistema de plazos. En Teoría & Derecho: revista de pensamiento jurídico. N. 3 (jun. 2008). pp. 234-247.

Documentación complementaria al Dossier núm. 148 (IX Legislatura) sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo:

Rapport interruption grossesse, de la Asamblea Nacional Francesa.

Evolución del aborto en España 1985-2005, del Instituto de Política Familiar (IPF).

Review of Ethical Issues in Medical Genetics. Report of Consultants to WHO Professors D.C. Wertz, J.C. Fletcher y K. Berg. World Health Organization. Human Genetics Programme.

Guidelines on Ethical Issues in Medical Genetics and the provision of genetics services. Professors D.C. Wertz, J.C. Fletcher y K. Berg in cooperation with the World Health Organization.

Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. Naciones Unidas.

Legislación sobre la situación europea en materia de ayudas a la mujer embarazada. Se adjuntan textos de los ordenamientos jurídicos de Francia y Reino Unido. Otras normas relativas a esta materia, como las del ordenamiento italiano, se encuentran recogidas en el Dossier de información elaborado sobre la materia por la Dirección de Documentación del Congreso de los Diputados entregado en su momento a los miembros de la Subcomisión:

##### Francia:

Code de la famille et de l'aide sociale. Titre 1; Protection sociale de la famille. Chapitre 2; Protection matérielle de la famille. Section 2; Carte nationale de priorité des mères de famille (art. 22)

Code de la santé publique. Partie législative. Deuxième partie: Santé de la famille, de la mère et de l'enfant. Livre I<sup>er</sup>: Protection et promotion de la santé maternelle et infantile. Titre I<sup>er</sup>: Organisation et missions. Chapitre I<sup>er</sup>: Dispositions générales (art. L2111-1)

Code de la santé publique. Partie réglementaire. Première partie: Protection générale de la santé. Livre I<sup>er</sup>: Protection des personnes en matière de santé. Titre I<sup>er</sup>:

Droits des personnes malades et des usagers du système de santé. Chapitre II: Service départemental de protection maternelle et infantile. Section 1: Missions et organisation (art. R2112-1).

Reino Unido:

Health and Social Care Act 2008 (chapter 14)

The health in pregnancy grant (Entitlement and Amount) regulations 2008. Statutory Instruments, 2008 n 3108. Social Security.

Alemania:

Mutterschutz-gesetz. Leitfaden zum Mutterschutz. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Gesetz zum Schutz der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz)

Bélgica:

Arrête royal du 2 mai 1995 concernant la protection de la maternité.

Clés pour... devenir parent tout en travaillant. Avril 2008. Direction générale Relations individuelles du travail. Direction générale Humanisation du travail.

Finlandia:

Finland's Family Policy. Brochures of the Ministry of Social Affairs and Health 2006.

Italia:

Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n.151

Países Bajos:

Pregnancy and maternity leave. Ministry of Social Affairs and Employment.

Polonia:

Act of 25th June 1999 on insurance benefits in illness and maternity.

Sickness and maternity insurance. Ministry of Labour and Social Policy.

Portugal:

Decreto-Lei n. 105/2008, de 25 de Junho. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.

Protecção na maternidade, paternidade e adopção. Subsídios sociais. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social. Instituto da Segurança Social, I.P. Julho 2008.

## 5. 2 Documentación aportada por los comparecientes

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> María Luisa Soleto Ávila, directora de la Fundación Mujeres, en su comparecencia ante la Subcomisión el día 10 de noviembre de 2008:

- Presentación en Power Point de su intervención ante la Subcomisión.
- Estudio sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana. Observatorio de salud de la mujer.
- La interrupción del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Aborto sin riesgos. Organización Mundial de la Salud.
- Ética, aborto y democracia. Debora Diniz.
- Entre la «vida» y la «elección». Carl Sagan.

— Documentación aportada por D. Guillermo Sánchez Andrés, Presidente del Consejo de Administración de la Clínica Dator, en su comparecencia ante la Subcomisión el día 18 de noviembre de 2008.

- Presentación en Power Point de su intervención ante la Subcomisión: Información para la Subcomisión Parlamentaria. Guillermo Sánchez Andrés.
- Estudio. Interrupción del embarazo en menores de 21 años. Tú decides. Clínica Dator.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Marie Rose Claeys, Directora General para Europa de IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar) en su comparecencia ante la Subcomisión el día 25 de noviembre de 2008.

- Presentación en Power Point de su intervención ante la Subcomisión.
- Folleto «From Choice, a World of Possibilities» editado por IPPF (International Planned Parenthood Federation).
- «At a glance 2007-2008» editado por IPPF (International Planned Parenthood Federation).
- A guide for developing policies on the sexual and reproductive health and rights of young people. The SAFE project, editado por IPPF (International Planned Parenthood Federation).

— Documentación aportada por D. Eduardo Hertfelder de Aldecoa, Presidente del Instituto de Política Familiar, en su comparecencia ante la Subcomisión el día 25 de noviembre de 2008.

- El aborto en España 23 años después (1985-2008). Instituto de Política Familiar.

— Documentación aportada por D. Santiago Barambio Bermúdez, Presidente de ACAI (Asociación

de Clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo), en su comparencia ante la Subcomisión el día 25 de noviembre de 2008:

- Presentación para la subcomisión parlamentaria sobre interrupción de la gestación.
- Folleto «Prevención, información y seguridad», publicado por ACAI.
- Propuestas programáticas sobre la interrupción del embarazo. Asociación de clínicas acreditadas para la interrupción del embarazo. Madrid, 20 de mayo de 2008.
- Acceso al aborto en el Estado Español. Un mapa de inequidad. Grupo de interés español en población, desarrollo y salud reproductiva. ACAI.
- La interrupción de la Gestación: Un Derecho Sexual y Reproductivo Básico. Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo.
- Psicopatología en la interrupción del embarazo. Trabajo realizado en la Clínica d'Ara-agrupación Tutor Médica, por el Instituto de Atención Psiquiátrica: Salud mental y toxicomanías del Hospital del Mar, Universitat Autònoma de Barcelona.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Isabel Iserte Hernández, Vicepresidenta de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears, ante la Subcomisión el día 25 de noviembre de 2008:

- Presentación de su intervención ante la Subcomisión.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Isabel Serrano Fúster, Presidenta de la Federación de Planificación Familiar de España, ante la Subcomisión el día 3 de diciembre de 2008:

- Presentación de su intervención ante la Subcomisión.
- Currículum vitae.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Esperanza Puente Moreno, Portavoz de la Red Madre, ante la Subcomisión el día 3 de diciembre de 2008:

- Presentación de su intervención ante la Subcomisión: Testimonio de Esperanza Puente.

— Documentación aportada por D. José Zamarriego Crespo, Presidente de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, ante la Subcomisión el día 3 de diciembre de 2008:

- Presentación de su intervención ante la Subcomisión. Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo.

- Informe jurídico respecto a la objeción de conciencia.

• Algunas consideraciones sobre la inconstitucionalidad de una ley de plazos en la reforma de la legislación sobre el aborto. Comité de expertos de la iniciativa Derecho a Vivir (DAV).

• Aborto y políticas públicas. Dirigido por Josep Miró i Ardevol. Instituto del Capital Social. Universitat Abat Oliba CEU.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Elvira Méndez Méndez, Directora General de la Asociación Salud y Familia, ante la Subcomisión el día 9 de diciembre de 2008:

- Presentación en Power point de su intervención ante la Subcomisión. Evolución de la Interrupción Legal del Embarazo. España (2005-2007).

— Documentación aportada por D. José Luis Doval Conde, Médico ginecólogo Complejo Hospitalario Cristal-Piñor, Orense, ante la Subcomisión el día 9 de diciembre de 2008:

- El Libro Blanco de la anticoncepción en España.
- Evolución de la Anticoncepción en España: Sociedad, Salud y Medios de Comunicación.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Natalia López Moratalla, Catedrática de Bioquímica y Biología Molecular y Presidenta de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, ante la Subcomisión el día 9 de diciembre de 2008:

- Presentación de su intervención ante la Subcomisión.
- Material Bibliográfico: Comunicación materno-filial; aborto y aumento del riesgo de alteraciones psíquicas; aborto bajo el tercer supuesto.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Empar Pineda Erdozia, Cofundadora de la Comisión Feminista pro-derecho al Aborto, ante la Subcomisión el día 12 de diciembre de 2008:

- La formación de la persona durante el desarrollo intrauterino, desde el punto de vista de la neurobiología.

— Documentación aportada por D. Rogelio Altisent Trota, Presidente de la Comisión Central de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos de España, ante la Subcomisión el día 12 de diciembre de 2008:

- Intervención ante la Subcomisión.
- The British Journal of Psychiatry (2008): Invited commentaries on... Abortion and mental health disorders.

- The British Journal of Psychiatry (2008): Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Margarita Delgado Pérez, Investigadora del Consejo Superior de Investigaciones Científicas, ante la Subcomisión el día 12 de diciembre de 2008:

- Presentación en Power Point de su intervención ante la Subcomisión.

— Documentación aportada por D.<sup>a</sup> Altamira Gonzalo Valgañón, Presidenta de la Asociación de mujeres juristas Themis, ante la Subcomisión el día 19 de diciembre de 2008:

- Intervención ante la Subcomisión.

— Documentación aportada por D. Conrado Jiménez Agrela, Doctor en Bioética y Biojurídica y Presidente de la Fundación Madrina, ante la Subcomisión el día 19 de diciembre de 2008:

- Intervención ante la Subcomisión.
- Presentación en Power Point (en papel y en soporte informático).
- CD con el siguiente contenido: Presentación en Power Point, «Propuestas sociales de conciliación e igualdad» y «Aspectos jurídicos de la comparecencia» (también en papel).
- DVD de la Fundación Madrina.

— Documentación aportada por D. Josep Miró i Ardevol, Director del Estudio «Impacto económico del aborto: evolución basada en el valor del capital humano», del Instituto del capital social de la Universitat Abat Oliba CEU, ante la Subcomisión el día 19 de diciembre de 2008:

- Informe a la Subcomisión (en soporte papel e informático).

### 5.3 Otra documentación:

— Documentación aportada por el Ministerio de Sanidad y Consumo: Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2007.

— Documentación aportada por la Federación Internacional de Farmacéuticos Católicos (FIPC): Acuerdo de la Federación en relación con la Subcomisión que está estudiando la ampliación de la Ley de Despenalización del Aborto.

— Documentación aportada por el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad): Dossier sobre el aborto eugenésico.

## II. CONCLUSIONES

### Constitución y objeto de la Subcomisión

El Pleno del Congreso de los Diputados aprobó, en su sesión de 16 de octubre de 2008, la creación de la Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esta Subcomisión se constituye por iniciativa del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds y Grupo Parlamentario Socialista. Tras su constitución, se inició una intensa labor de reuniones internas de trabajo, recopilación y estudio de documentación y una ronda de comparecencias que finalizaron el pasado 19 de diciembre de dicho año.

En estas comparecencias se ha dado audiencia a distintos representantes de la sociedad civil, instituciones y organizaciones, para conocer la pluralidad de posiciones con el fin de hacer un balance sobre la aplicación, durante más de dos décadas, de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.

En el desarrollo de su trabajo, ha elaborado unas conclusiones y recomendaciones examinando cuatro aspectos fundamentales:

1. Análisis de la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE) teniendo en cuenta la evolución de los derechos de las mujeres y los cambios sociales producidos en los últimos veinte años.

2. Evaluación de la idoneidad de la legislación vigente en relación a las condiciones de seguridad jurídica y de respeto a los derechos de las mujeres a decidir sobre el control de su maternidad, y de las y los profesionales que intervienen en las interrupciones voluntarias del embarazo, practicadas de acuerdo a la ley.

3. Análisis de los aspectos básicos de funcionamiento y práctica de la IVE referidos a la equidad territorial y la igualdad en el acceso a la prestación de este servicio, en la red sanitaria pública, concertada y privada.

4. Análisis y valoración del derecho comparado y, en particular, de las leyes europeas más innovadoras de indicaciones y plazos en esta materia atendiendo, en especial, a las instancias realizadas por organizaciones internacionales a favor de regulaciones que aseguren la práctica de la IVE en condiciones seguras y legales.

### 1. LA REGULACIÓN ACTUAL: EL ENFOQUE PUNITIVO DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La práctica actual de la IVE viene determinada por un marco normativo de carácter penal. En efecto, la IVE configura el tipo del delito de aborto previsto en el artículo 145 del Código Penal. Este artículo prevé una



deslegitimación genérica de la IVE, de manera que sanciona con distintas penas de prisión o multa, tanto a quien produzca el aborto de una mujer con su consentimiento, como a la mujer que produjera su aborto o consintiera que otra persona se lo causara. Como excepción, la pena prevista en el Código Penal no se aplica a los supuestos de aborto que se encuadran en las tres indicaciones o causas de despenalización que la Ley Orgánica 9/1985, de 17 de julio, introdujo en el artículo 417 bis del Código Penal anteriormente vigente, es decir, que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación, o que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación.

Junto a ello, la Ley Orgánica 9/1985 estableció unos requisitos comunes a los tres supuestos de IVE permitida, como son que el aborto fuera practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, y la necesidad de la mujer de someter su caso al dictamen de médicos especialistas previamente a la práctica de la IVE, en los supuestos primero y tercero, o bien de denunciar con anterioridad a dicha práctica la violación sufrida, en el segundo de dichos supuestos.

El régimen jurídico de la IVE se completó con la aprobación del Real Decreto 2409/1986, de 21 de enero, sobre Centros Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la práctica legal de la IVE.

## 2. LAS DIFICULTADES Y LOS PROBLEMAS PLANTEADOS EN LA PRÁCTICA DE LA IVE BAJO SU ACTUAL REGULACIÓN

En los más de veinte años transcurridos desde entonces, la aplicación de la actual regulación de la IVE ha planteado dificultades y problemas de diversa índole, muchos de los cuales han sido confirmados por las y los comparecientes en las sesiones de la Subcomisión. Entre los más relevantes, merecen citarse:

a) La inseguridad que se deriva del margen de interpretación inherente a los supuestos en los que se permite la IVE. Esta inseguridad afecta, ante todo, a las mujeres, ya que pone la decisión sobre la IVE en manos de otras personas, pero afecta también a las y los facultativos que emiten los dictámenes previos o que realizan la IVE, ya que en los supuestos conflictivos, la determinación de la licitud o no de la IVE previamente practicada depende de la decisión del órgano judicial que examine cada caso controvertido a posteriori.

b) La inequidad en el acceso a la IVE. Las posibilidades de acceder a la IVE son muy diferentes en las

distintas Comunidades Autónomas. Se dan Comunidades en las que no existe ningún centro, ni público, ni concertado, ni privado, que practique la IVE. En otras, la IVE es practicada en centros privados, pero no públicos ni concertados. Junto a ello, existen grandes diferencias en la financiación pública de la IVE en las distintas Comunidades Autónomas. Así, la situación puede variar desde la financiación total con cargo al presupuesto público de la IVE practicada en centros concertados, a casos en los que la financiación pública se encauza a través de un sistema de subvenciones que no asegura el apoyo público a todas las mujeres demandantes de este servicio y que, en todo caso, fuerza a las mujeres en la mayoría de los casos a abonar una parte del coste de la intervención.

La citada inequidad territorial en la práctica ha causado una patente desigualdad en la situación de las mujeres que desean acceder a ella, ya que son las mujeres en situación socio-económica más desfavorable, las que sufren, con particular intensidad, los problemas que dificultan el acceso a la IVE. En la actualidad, esta desigualdad se agrava en grupos de especial vulnerabilidad como mujeres jóvenes o inmigrantes.

c) Carencias a la hora de preservar convenientemente la confidencialidad de los datos de carácter personal de las mujeres que se someten a la IVE.

d) La invocación de la objeción de conciencia en el personal sanitario, favorecida por la falta de regulación, que ha dado lugar a prácticas abusivas, ya que en muchos casos se acogen a la objeción centros sanitarios o profesionales que, prestando sus servicios en el área de la sanidad, no tienen participación en la práctica directa de la intervención en que consiste la IVE. Al mismo tiempo, la falta de apoyo de las Administraciones sanitarias a la IVE hace que sobre su práctica recaiga una cierta desvalorización social, que desincentiva a las y los facultativos.

e) Las circunstancias antes señaladas hacen que, a día de hoy, la gran mayoría de las IVEs sean practicadas en centros privados, siendo el porcentaje de las que se practican en centros sanitarios públicos inferior al 3%, con lo que ello supone en cuanto a la desigualdad en el acceso a la IVE.

f) Existen restricciones en relación con el acceso a la IVE de las mujeres menores de edad. Mientras que la Ley 41/2002 reconoce como norma general a los menores emancipados o con dieciséis años cumplidos una amplia capacidad para dar su consentimiento a las intervenciones clínicas que les afecten, sin embargo exceptúa de dicha regla la IVE, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida. Esta excepción carece de justificación en el caso de la IVE por cuanto no reviste una gravedad mayor que otras intervenciones clínicas y, en la medida en que se trata de decisiones que se refieren al espacio más íntimo de las personas, debe equipararse al régimen general de prestación del consentimiento.

### 3. LAS CARENCIAS EN MATERIA DE DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Finalmente, las y los comparecientes ante la Subcomisión han puesto de manifiesto la existencia en nuestro país de carencias en el ámbito de los derechos y la salud sexual y reproductiva, que comportan un desajuste de nuestra normativa y de nuestro sistema respecto a las recomendaciones de organizaciones internacionales como la ONU y la OMS.

Se registran carencias en el sistema educativo, en el que no se ofrece formación adecuada en materia afectivo-sexual, que resulta un elemento imprescindible para que las y los jóvenes puedan vivir la sexualidad con responsabilidad y para tratar de evitar embarazos no deseados, así como enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos para la salud.

De los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre las tasas de IVE en 2007, se desprende que siguen existiendo carencias, particularmente en las y los jóvenes, en información sobre derechos y salud sexual y reproductiva. Además, existe también un déficit en el acceso a métodos anticonceptivos y a programas de planificación familiar, como elementos más eficaces de prevención frente a los embarazos no deseados.

En algunos casos, además, se han detectado importantes dificultades en el acceso a otros métodos anticonceptivos de emergencia, tales como la píldora postcoital.

Además, la calidad de la prestación sanitaria no está garantizada. Esto se debe a que no se han establecido protocolos médicos de actuación que homogenicen y aseguren el uso de las técnicas con menor impacto sobre la salud de las mujeres, como por ejemplo la RU-486, más indicada en determinadas situaciones.

Por último, la formación sobre IVE y otros aspectos relacionados con la salud sexual no se contempla adecuadamente en los currículos académicos de las profesiones sanitarias.

### 4. EL DESFASE CON EL MODO DE ENTENDER EL PAPEL DE LAS MUJERES EN LO RELATIVO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Con todo, la principal carencia de la regulación actual deriva del hecho de que no reconoce a las mujeres la capacidad de decidir en ningún momento de la gestación sobre la interrupción de los embarazos no deseados. La posibilidad de realizar una IVE sin consecuencias penales está supeditada al criterio de terceros, que son los llamados a decidir sobre la concurrencia de los supuestos o indicaciones previstas en la ley y, por tanto, sobre la posibilidad de la IVE, quedando las mujeres relegadas al papel de una demandante de una prestación cuya autorización corresponde a otros.

Como es evidente, esta configuración de la IVE no se adecua con la concepción mayoritaria sobre la posición jurídica y social de las mujeres en España. De ahí que la regulación actual de la IVE presente un acusado desfase respecto a la evolución de las concepciones de la sociedad española sobre el papel que corresponde a las mujeres en lo relativo a las decisiones sobre sexualidad y reproducción.

Es notorio que desde el año 1985 se han producido en la sociedad española grandes avances en lo que se refiere al disfrute por parte de todas las personas, pero especialmente de las mujeres, de la sexualidad en condiciones de libertad y de autonomía individual. La sexualidad es, en efecto, un tema cuyo tratamiento social se ha normalizado y que se vive hoy en día en plena libertad. Esta circunstancia ha hecho que surjan y se concreten nuevas demandas en el terreno de la garantía de los derechos y la salud sexual y reproductiva.

En este marco, una normativa como la actual, que parte siempre de la decisión de terceros sobre la posibilidad o no de practicar la IVE, ha dejado de tener sentido. Hoy en día, la IVE ha de ser analizada también a la luz del derecho de las mujeres a disfrutar en libertad de la sexualidad y a decidir sobre la maternidad, el cual se encuentra, además, vinculado a derechos y libertades reconocidos en la Constitución, como el derecho a la integridad física y moral (art. 15 de la Constitución), la libertad de ideas y creencias (art. 16 de la Constitución), el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen (art. 18 de la Constitución) y el derecho a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución), así como a valores y principios plasmados en la propia Constitución, como el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 de la Constitución), y, en fin, la dignidad de la persona (art. 10 de la Constitución), como valor y principio del cual derivan todos los derechos, libertades y valores citados.

### 5. LAS RECOMENDACIONES DE CONFERENCIAS Y ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y LA REGULACIÓN DE LA IVE EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

Por otra parte, la regulación actual de la IVE en España se encuentra notablemente alejada de las recomendaciones en materia de garantía de los derechos y la salud sexual y reproductiva formuladas en los documentos aprobados en el marco de conferencias y organizaciones internacionales con posterioridad a la introducción, en 1985, de los tres supuestos de despenalización del aborto en el artículo 417 bis del anterior Código Penal, que es, además, el único artículo de dicho Código Penal que permanece aún vigente hoy en día.

Como es conocido, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, dio lugar a la cristalización de un concepto de salud sexual y reproductiva que logró el acuer-



do de 179 Estados, así como un consenso general sobre la necesidad de garantizarla. Según el Programa de Acción de la Conferencia «la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia». El Programa se refiere también a la salud sexual, «cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual». En relación con la IVE, el apartado 8.25 del Programa insta a los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a «ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas», a asegurar que, en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, se realice en condiciones adecuadas, y a proporcionar a las mujeres «servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos», así como a proporcionar servicios de planificación, educación y asesoramiento para prevenir embarazos no deseados y evitar la repetición de abortos.

Documentos posteriores han confirmado y desarrollado tales postulados, mediante el reconocimiento a las mujeres de derechos y garantías relativos a la salud sexual y reproductiva y a la participación en las políticas, programas y servicios de salud dirigidos a ellas, tales como la Declaración y la Plataforma de acción aprobadas en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, las Resoluciones aprobadas por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1999, al evaluar la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, y en 2000, al establecer nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de acción de Beijing, la Observación General número 14 aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en el año 2000, y la Resolución 60/1, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2005.

En este sentido, resulta de especial interés la Recomendación General 24 aprobada por el Comité CEDAW el 2 de febrero de 1999, cuyo párrafo 12 establece que «en la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos», así como el compromiso alcanzado en el marco de la Organización Mundial de la Salud en 2004 para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro.

El reconocimiento de los aspectos relativos a salud sexual y reproductiva y las recomendaciones de levantar la penalización de la IVE han tenido una plasmación especialmente intensa en el ámbito europeo. Así, el Parlamento Europeo aprobó en 2001 la Resolución sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia [2001/2128(INI)], que recomienda proteger la salud reproductiva y el derecho a que el aborto sea legal, seguro y accesible para todas las mujeres, insta a

los Gobiernos a que se abstengan de procesar a mujeres a quienes se haya practicado un aborto ilegal y establece una serie de recomendaciones y objetivos para que los Gobiernos garanticen la educación sexual de los jóvenes. Recientemente, cabe destacar la Resolución 1.607 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, de 16 de abril de 2008, que insta a los Estados miembros a «despenalizar el aborto, si no lo han hecho ya» y a «garantizar a las mujeres el efectivo ejercicio de su derecho a acceder a un aborto legal y seguro» y la Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de enero de 2009, sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea 2004-2008 [2007/2145(INI)], que, en su apartado 60, ha subrayado «la necesidad de acrecentar la concienciación pública sobre el derecho a la salud genésica y sexual e insta a los Estados miembros a que velen porque las mujeres puedan disfrutar plenamente de sus derechos, establezcan una educación sexual adecuada e información y servicios de asesoramiento confidenciales, faciliten métodos anticonceptivos con el fin de prevenir todo embarazo no deseado y los abortos ilegales y en situación de riesgo y luchen contra la práctica de la mutilación genital femenina».

Por otra parte, se constata un gran desajuste de nuestra regulación de la IVE con respecto a las legislaciones de la mayoría de los Estados europeos. Casi todos los Estados europeos permiten hoy en día que las mujeres decidan sobre la práctica de la IVE en un sistema de plazos que van, normalmente, entre las 10 y las 24 semanas. Así, por ejemplo, Francia tras la reforma llevada a cabo en 2007, amplió el plazo de 12 a 14 semanas y el plazo llega a las 24 semanas en países como el Reino Unido y Holanda.

Por regla general, las leyes de los Estados de nuestro entorno combinan la posibilidad de practicar la IVE en un plazo con determinadas indicaciones, que suelen girar en torno al supuesto de riesgo para la vida o perjuicio para la salud de las mujeres embarazadas, y al de la concurrencia de enfermedades o lesiones graves del feto, si bien en algunos países se contemplan también otros supuestos. Cuando se dan estas indicaciones, se prevén plazos más prolongados para la práctica de la IVE. Por otra parte, la práctica totalidad de los modelos europeos suelen incluir ciertos requisitos adicionales, tales como el asesoramiento de las mujeres y/o un periodo de reflexión, y, en el caso de las indicaciones, dictámenes médicos que certifiquen la concurrencia de la causa que permite la realización de la IVE.

## 6. PROPUESTAS

Sobre la base de las anteriores consideraciones y los trabajos de la Subcomisión, se propone elaborar una nueva regulación de la IVE en el marco general de una ley sobre derechos y salud sexual y reproductiva, en el ámbito de la Salud Pública, con la consiguiente deroga-

ción del artículo 417 bis del anterior Código Penal, aún vigente.

### 6.1 Líneas del modelo

a) En primer lugar, se propone sustituir el actual modelo de indicaciones por un modelo en el que corresponda a las mujeres embarazadas la decisión sobre la IVE en un plazo determinado, combinado con la previsión de varios supuestos o indicaciones, en los que la IVE podría practicarse durante un período mayor al plazo general. Se trataría de establecer un plazo que esté en la línea con el previsto en la mayoría de los países de nuestro entorno, que pueda facilitar el consenso social sobre una nueva regulación de la IVE y que dé cabida a la gran mayoría de las IVEs que se practican en nuestro país.

En cuanto a las indicaciones, que no entrarían dentro del plazo deberían tener en cuenta, al menos, los supuestos en que exista un grave peligro para la vida o salud de la embarazada, se detecten graves anomalías físicas o psíquicas en el feto o malformaciones o enfermedades graves en el mismo incompatibles con la vida.

b) Con el fin de proteger eficazmente la libertad de decisión y la salud de la mujer embarazada, se propone mantener los tres requisitos generales a los que la actual regulación supedita la práctica de la interrupción del embarazo, es decir:

- Consentimiento expreso de la mujer embarazada o de su representante legal.
- Que se practique por profesional sanitario o bajo su dirección.
- Que se lleve a cabo en un centro o establecimiento sanitario público o privado acreditado.

c) Finalmente, se propone establecer la necesidad de que, con anterioridad a la realización de la IVE, se facilite a las mujeres, de manera objetiva, neutra y en base a la evidencia científica, información precisa, por una parte, sobre las características médicas de la intervención y, por otra, sobre alternativas, ayudas y apoyos sociales que se encuentran a su disposición en el caso de que continúe con el embarazo.

Atendiendo a lo citado anteriormente, la futura ley de plazos deberá ser configurada de forma que resulte plenamente compatible con la jurisprudencia establecida por el Tribunal Constitucional en su sentencia 53/1985. A este respecto, ha de tenerse en cuenta que, como han puesto de manifiesto varios de los comparecientes ante la Subcomisión, la STC 53/1985 limita sus efectos a decidir sobre la constitucionalidad de la regulación concreta contenida en el Proyecto que, posteriormente, dio lugar a la Ley Orgánica 9/1985. Se trata, pues, de una sentencia cuya finalidad es resolver sobre un caso concreto, que en modo alguno impone en términos abstractos un determinado sistema de despenali-

zación de la IVE y que, por lo tanto, a pesar de que el TC establece en los fundamentos jurídicos una serie de condicionantes técnicos para la realización de la IVE no excluye, ni tácita ni expresamente, la implantación de un sistema de plazos y permite al legislador articular modelos de regulación distintos al sistema de indicaciones previsto en la Ley Orgánica 9/1985.

Por otro lado, es relevante recordar el criterio de la mencionada Sentencia en virtud del cual se considera que, en el ámbito de la IVE, no estamos ante un conflicto entre dos derechos fundamentales; los únicos derechos fundamentales implicados en esta cuestión son los derechos de las mujeres. En este sentido, no son de la misma entidad los derechos fundamentales de las mujeres embarazadas, que el bien jurídico protegible *nasciturus*.

Es cierto que la STC 53/1985 expresa con claridad el deber del Estado de proteger al *nasciturus*. Deber que, a juicio del Tribunal impone a aquél las obligaciones de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación y de establecer un sistema legal de defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que incluya también las normas penales como última garantía. Pero no es menos cierto que ni en esta sentencia ni en ninguna otra precisa el Tribunal Constitucional el sistema de protección al *nasciturus* que debe establecerse, por lo que su concreción corresponde al legislador, que dispone de varias opciones para ello. Como el propio Tribunal Constitucional señala en su sentencia el legislador puede adoptar cualquier solución dentro del marco constitucional, pues no es misión de este Tribunal sustituir la acción del legislador.

Y la que aquí se propone responde plenamente a la doctrina general del Tribunal Constitucional puesto que garantiza las libertades y derechos fundamentales de las mujeres implicados en la decisión de llevar a cabo la IVE y, simultáneamente, brinda una protección adecuada al *nasciturus*, a través de requisitos tales como la información que obligatoriamente se debe proporcionar a las mujeres sobre las ayudas y el apoyo social del cual dispondrán en el caso de continuar con su embarazo.

### 6.2 Cuestiones complementarias

Al margen de la regulación legal de la IVE en sentido estricto, se propone que se aborden las siguientes cuestiones estrechamente relacionadas con ella:

a) Suprimir de la Ley 41/2002 la excepción al régimen ordinario de prestación del consentimiento en el caso de intervenciones clínicas que afecten a menores de edad, cuando la intervención consista en la práctica de la IVE. El objetivo es reconducir la práctica de la IVE al régimen ordinario, en el cual se reconoce la menor capacidad para decidir autónomamente a partir de los dieciséis años, y se establece que aquél deberá ser oído cuando sea mayor de doce años.

b) Clarificar el ejercicio de la objeción de conciencia, que en ningún caso podrá ser invocada por los centros sanitarios y no debe erigirse en un obstáculo para el acceso de las mujeres a la IVE, correspondiendo a las autoridades sanitarias velar en todo momento por la efectividad de dicha prestación.

c) Adoptar medidas normativas complementarias para garantizar plenamente el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo dentro del marco que prevea la ley.

d) Regular el consentimiento informado de modo que la información recibida acerca de la intervención médica de la IVE sea a través de un texto homologado y común para todas las mujeres que la demanden.

e) Facilitar apoyo institucional del Estado a los profesionales que intervienen en la práctica de la IVE.

### 6.3 La IVE, en el marco de una nueva normativa sobre derechos y salud sexual y reproductiva

Finalmente, la regulación de la IVE debería complementarse, como hemos adelantado, en el marco de una estrategia más amplia sobre derechos y salud sexual y reproductiva. Donde se contemplen otras medidas tales como:

a) La formación en educación afectivo-sexual obligatoria en el sistema educativo, con el fin de prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y otros problemas para la salud, así como poner las condiciones para un intercambio afectivo entre las y los jóvenes basado en la igualdad, la libertad y el respeto a los derechos de la otra persona y para un desarrollo responsable de la sexualidad.

b) El desarrollo de los servicios, dentro del sistema sanitario público, de la planificación familiar.

c) Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos seguros y adecuados a cada situación, así como a la información sobre dichos métodos.

d) La inclusión de la IVE y de las cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en los planes de estudio de las profesiones sanitarias.

e) Garantizar la calidad de la prestación sanitaria, estableciendo protocolos médicos de actuación que indiquen de forma uniforme las técnicas con menor impacto sobre la salud de las mujeres.

f) La corrección de las desigualdades que se vienen registrando en el acceso a la IVE, previendo la obligación de los poderes públicos de asegurar la prestación de la IVE, bien en centros sanitarios públicos, bien en centros sanitarios concertados.

Todo ello, en un marco general que tenga en cuenta de manera específica la condición de las mujeres, y que el reconocimiento de un ámbito de libre decisión en el terreno de los derechos y la salud sexual y reproductiva

se encuentra vinculado a principios, valores, derechos y libertades plasmados en la Constitución.

### A la Mesa de la Comisión de Igualdad

El Grupo Parlamentario Mixto, a instancia de los diputados del Bloque Nacionalista Galego (BNG), al amparo de lo dispuesto en el vigente Reglamento de la Cámara, presentan el siguiente voto particular a la Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 13 de febrero de 2009.—**María Olaia Fernández Davila**, Portavoz del Grupo Parlamentario Mixto.

### VOTO PARTICULAR FORMULADO POR EL BNG AL INFORME DE LA SUBCOMISIÓN PARA REALIZAR UN ESTUDIO Y ELABORAR UNAS CONCLUSIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El actual Código Penal, aprobado mediante la Ley Orgánica 10/1995, reafirmó y consolidó la regulación de la interrupción del embarazo dada por la Ley Orgánica 9/1985, despenalizándolo sólo en tres casos extremos. De ese modo, se optó por una legislación restrictiva que niega el derecho de las mujeres a decidir, alejándose así el Estado español de la despenalización y discriminación absoluta del aborto durante las primeras semanas de embarazo. Una opción que constituye ya una señal de identidad de la mayoría de los Estados civilizados y democráticos —desde Estados Unidos a Francia o Alemania, pasando por Italia o Gran Bretaña— independientemente de la orientación política e ideológica de sus gobiernos.

Así pues, ni las disposiciones citadas, ni tampoco el posterior desarrollo reglamentario efectuado a través del Real Decreto 2409/1986, alcanzaron a resolver el problema de la interrupción voluntaria del embarazo, bien al contrario, la suficiencia de la regulación cuya modificación consideramos necesaria, agravó incluso ciertas situaciones indeseables que ya se daban antes de la reforma de 1985:

1.º No se garantiza, en ningún supuesto, el derecho de las mujeres a poder decidir libre y voluntariamente sobre su embarazo y su continuidad, interrumpiéndolo en caso de no desearlo.

2.º Los supuestos despenalizados no respetan con claridad este derecho, sino que desplazan la decisión a agentes externos como jueces o médicos, y con un mar-



gen de discrecionalidad y ambigüedad que los convierte, en su aplicación, en discriminatorios para las afectadas.

3.º Al admitirse la objeción de conciencia para los médicos que trabajan en los servicios públicos de salud, sin que se acompañe de una completa regulación sobre incompatibilidades para ejercer la misma actividad en centros privados, el aborto se convierte en una actividad vedada a aquellas mujeres que no disponen de medios económicos para poder asistir a clínicas privadas, y sólo pueden realizarlo en centros de la red sanitaria pública. Sin olvidar que no se garantiza la asistencia sanitaria a la interrupción voluntaria del embarazo en la red pública.

Ni la correcta educación sexual, ni el respeto para la imagen y la identidad de la mujer, ni los centros de información sexual, ni la planificación de medidas preventivas son, en la actualidad, servicios habituales en nuestra sociedad.

Por lo tanto, el aborto sigue siendo una carga penosa, y su criminalización, o la despenalización hipócrita y restrictiva, un problema para muchas mujeres.

La decisión de la maternidad es un derecho personal e íntimo de cada mujer con independencia de su edad, estado civil o nacionalidad. En la misma medida debería serlo la interrupción del embarazo, libre y voluntariamente decidida. Aún siendo posible y legítimo mantener divergencias y posicionamientos distintos en un Estado plural y democrático, estamos, en definitiva, ante un problema específicamente moral donde nada se le ha perdido al Derecho Penal.

#### OBJETIVO: REDUCIR EL NÚMERO DE ABORTOS; GARANTIZAR LA SEGURIDAD JURÍDICA Y SANITARIA A LAS MUJERES QUE DECIDEN UNA IVE

En las numerosas sesiones de esta subcomisión, hemos tenido la oportunidad de escuchar a distintas personas versadas en la materia, sus puntos de vista, y sus posiciones acerca de la necesidad o no de modificar la Ley.

En respuesta a los acuerdos iniciales de esta subcomisión, se analizó este tema desde diferentes vertientes: la sanitaria; la jurídica; la bioética, con intervenciones como las recogidas en este informe que fueron de gran utilidad, y que han permitido una mayor claridad en los diputados y diputadas respecto a sus posiciones.

En nuestro caso, que partíamos de la necesidad de modificar la legislación actual, nuestra posición se ha reforzado atendiendo a diferentes razonamientos:

En el caso de los comparecientes que no veían la necesidad de cambiar la legislación actual y que mantienen posiciones contrarias al aborto, se pudo constatar que, asimismo, eran contrarios a volver a la situación anterior a 1985. Es decir, dichos comparecientes, en ningún momento, expresaron, ni explícita ni implícitamente y desde ninguno de los puntos de vista abordados, la necesidad de derogar la Ley actual.

En el lado de los comparecientes favorables a la modificación del marco legal actual, se observó una total coincidencia en los siguientes aspectos:

— La necesidad de realizar modificaciones que permitan superar la inseguridad jurídica en la que se encuentran las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. Jurídicamente, y tomando como referencia la sentencia del Tribunal Constitucional, la legislación actual permite modificaciones tales como el establecimiento de plazos en los que las mujeres puedan decidir libremente.

— La necesidad de mejorar las garantías sanitarias, así como la consideración del aborto como una prestación más dentro del catálogo de la Sanidad Pública.

— La importancia de que, desde los poderes públicos, se establezcan políticas de prevención de embarazos no deseados, así como políticas de información y educación sexual.

En definitiva, unas coincidencias que orientan a la elaboración de una Ley de Salud Sexual Reproductiva, en la que se contemplarían una serie de medidas para reducir el número de abortos y mayores garantías jurídicas y sanitarias.

#### LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES: PROPUESTAS A INCORPORAR

En lo relativo a los plazos, establecer un plazo de semanas de gestación en el que la mujer pueda decidir libremente la interrupción de su embarazo.

El reconocimiento de determinados supuestos, como la deformación del feto o grave peligro para la salud de la madre, de manera que, después del plazo establecido, se pueda interrumpir un embarazo.

Garantizar que los IVEs sean a cargo de la sanidad pública, bien en los centros propios o centros debidamente concertados.

Asegurar la formación de los profesionales sanitarios, de modo que las interrupciones de embarazos se realicen según los protocolos establecidos en la sanidad pública. El objetivo es asegurar que estas intervenciones cuenten con las mejores condiciones técnico-sanitarias.

Regular la objeción de conciencia a la que puedan acogerse los profesionales sanitarios.

Establecer, a través de la red de la sanidad pública, las medidas destinadas a prevenir embarazos no deseados. Con ello nos referimos al acceso a los diferentes métodos anticonceptivos y a la información sexual, especialmente dirigida a la juventud.

Contemplar en la red educativa, no sólo información, sino una verdadera asignatura de educación sexual que pueda orientar a los/as jóvenes a vivir la sexualidad en toda su versatilidad, sin tabúes y limitaciones, pero con un mayor conocimiento que pueda evitar embarazos no deseados.

## A la Mesa de la Comisión de Igualdad

Por medio del presente escrito, el Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds presenta el siguiente voto particular a las conclusiones de la Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 12 de febrero de 2009.—**Gaspar Llamazares Trigo**, Diputado.—**Joan Tardà i Coma** y **Joan Herrera Torres**, Portavoces del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds.

### VOTO PARTICULAR QUE FORMULA EL GRUPO PARLAMENTARIO DE ESQUERRA REPUBLICANA-IZQUIERDA UNIDA-INICIATIVA PER CATALUNYA VERDS A LA SUBCOMISIÓN PARA REALIZAR UN ESTUDIO Y ELABORAR UNAS CONCLUSIONES SOBRE LA APLICACIÓN DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO CONCLUSIONES

Necesidad de modificar la situación legal del aborto en España, de promover el cambio legal necesario para garantizar los derechos de las mujeres a decidir libremente sobre su maternidad y sexualidad y para terminar con la incertidumbre y la inseguridad jurídica actual para profesionales sanitarios y para las mujeres.

Todo ello, en el marco del necesario reconocimiento del derecho pleno a la salud sexual por parte de la Sanidad Pública.

### SITUACIÓN ACTUAL

Las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) quedan despenalizadas a través de la Ley Orgánica 9/1985 en tres supuestos concretos:

1. Evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, sin determinar plazos.
2. Si el embarazo es consecuencia de un hecho constitutivo de un delito de violación, previamente denunciado, antes de las 8 semanas.
3. Presunción de graves taras físicas o psíquicas en el feto, antes de las 22 semanas.

Por otra parte, en su momento se optó por autorizar su práctica en la red privada, en lugar de garantizar la práctica de los IVE en la red pública. Los centros privados en los que se practica la IVE deben estar particularmente acreditados para realizar este tipo de intervenciones, para lo que deberán reunir determinados requisitos recogidos en la legislación: Real Decreto

2409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

### LA IVE EN ESPAÑA

Las tasas de aborto en España tradicionalmente han estado entre las más bajas de la Unión Europea. Sin embargo, en la última década, la tasa ha pasado del 5,5% al 11,49%, debido al incremento de mujeres en edad fértil, el aumento de la tasa de embarazos, así como la mayor vulnerabilidad de determinados colectivos de mujeres como las emigrantes (que triplican la tasa de abortos), las mujeres con bajas rentas, las más jóvenes y adolescentes (con escasa información en anti-concepción en al menos el 50% de ellas).

De los dos grupos que acuden al aborto, las mujeres entre 35 y 40 años, la principal motivación es la planificación familiar, y entre las más jóvenes la falta de información y formación en la materia.

En cuanto a la práctica del aborto voluntario, la inmensa mayoría 98% se realiza en centros privados por parte de mujeres que generalmente (el 59% de los casos) no han tenido oportunidad de acudir previamente a un servicio de planificación familiar, lo más común es la percepción de la Seguridad Social, que habitualmente atiende sus problemas de salud, no acepta este tipo de demanda. Así pues, desconocimiento absoluto solo disipado por la información que ofrecen algunas y algunos profesionales de la sanidad pública (sin prácticamente ningún apoyo institucional) y desde las propias clínicas privadas, para finalmente pasar a un quirófano, donde con anestesia local o general son sometidas a una intervención quirúrgica (96% aborto quirúrgico, 4% aborto farmacológico). Del total, el 98% de dichos abortos se realizan antes de la semana 21.

### LA FALTA DE EQUIDAD

Otro aspecto fundamental es la vulneración del principio de equidad en materia de salud que contempla la Constitución y los lugares sanitarios en materia de IVE. Así, mientras que determinadas Comunidades Autónomas no tienen ningún centro público donde realizar IVE de fetos con graves malformaciones, en otras no existe ningún centro ni público, ni privado donde se puedan realizar abortos, y en materia de financiación, algunas Comunidades Autónomas cubre el 50% del coste de la intervención, mientras otras, ni siquiera llegan al 5%.

### SISTEMA DE INDICACIONES

El sistema de indicaciones actual condiciona la IVE del embarazo a la demostración de un conflicto del derecho de la mujer a la vida intrauterina, lo que conlleva un juicio de ponderación de resultados inciertos en un contexto fuertemente ideologizado y en ausencia de

regulación de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

Sin embargo, la única titular de derechos fundamentales es la mujer ya que el *nasciturus*, no es, sino un bien jurídico protegido, en palabras de la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/85 que en su F J (Fundamento Jurídico) 3.º permite una ley de plazos con carácter previo a la viabilidad del feto y en su F J 12.º recomienda legislar en la línea de los países de nuestro entorno.

En definitiva, que tanto desde el principio de igualdad, como desde el punto de vista de los derechos fundamentales, el aborto es un derecho fundamental e inalienable de la mujer.

1. Sin embargo, el aborto sigue contemplándose en la legislación vigente como un delito, ya que según la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, el Código Penal en vigor contempla el aborto como una figura delictiva, salvo en los casos enunciados en los párrafos anteriores. No se reconoce por tanto, el derecho a decidir de la mujer sobre su maternidad.

2. En ningún caso se garantiza la realización del IVE como una práctica normalizada más dentro de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS). Existe además desigualdad entre las Comunidades Autónomas en la oferta privada concertada.

3. Es evidente la carencia de servicios específicos de información dirigidos a las y los jóvenes, así como la falta de adecuación de los existentes a sus necesidades particulares.

4. Se mantienen la ausencia de la educación sexual en el currículum escolar y la privatización de la mayoría de los métodos anticonceptivos —preservativos, píldora del día después, anticonceptivos de última generación— como factores decisivos en el número de embarazos no deseados y por tanto en el número de abortos que se realizan.

5. En definitiva, se demuestra la inexistencia del derecho a la salud sexual en el Sistema Nacional de Salud.

#### PROPUESTA DE DESPENALIZACIÓN TOTAL Y DERECHO A LA SALUD SEXUAL

Reconocimiento del derecho a la salud sexual.

Ejercicio del derecho a decidir por parte de las mujeres y del derecho a recibir una asistencia sanitaria normalizada en la red pública para someterse a una interrupción del embarazo.

#### MEDIDAS CONCRETAS DE LA FUTURA LEY

##### Despenalización y Ley de Plazos

1. La desaparición del aborto como delito del Código Penal (salvo en el caso de que se realice contra

la voluntad de la mujer): despenalización total, por lo tanto, una ley propia.

2. Que contemple como motivo para atender la solicitud de IVE de una mujer su propia decisión, sin ningún tipo de tutela.

3. La puesta en vigor de aquellas disposiciones administrativas y sanitarias que garanticen su realización como prestación sanitaria, normalizada, es decir, dentro de la red sanitaria pública.

4. Articular una Ley de plazos de corte progresista de en torno a las 20 (20-24) semanas de gestación, que permita a la mujer, libre de tuteladas, decidir sobre si interrumpe o no su gestación. Decidir, en suma, sobre el derecho básico y fundamental a tener o no tener hijos o hijas, cuantos y cuando tenerlos. Este derecho sexual y reproductivo básico fue reconocido por más de 160 países, entre ellos España, en el marco de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, 1994. Asimismo, otras conferencias internacionales posteriores: Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), Cumbre del Milenio (2000) y Cumbre Mundial (2005), no han hecho sino consolidar este principio básico y fundamental.

5. Por otra parte, mantener indicaciones en semanas siguientes en los casos de alteración fetal grave, donde presumiblemente se manifiesten alteraciones físicas que supongan la inviabilidad fetal en la gestación a término, alteren gravemente la forma humana, o que supongan alteraciones psíquicas con una alta presunción de incapacidad para una organización cognitiva adecuada, no debería establecerse límite para interrumpir la gestación. Evidentemente en estos casos la decisión debería soportarse en dictámenes preceptivos y suficientes, ajenos a quien realiza la interrupción.

6. Si el embarazo supone un riesgo para la vida de la embarazada o está diagnosticada una enfermedad concomitante, se podrá interrumpir la gestación cuando exista un pronóstico que certifique que de seguir el embarazo, este supondrá un agravamiento importante o la generación de secuelas, y toda vez que la mujer autorice dicha interrupción mediante consentimiento informado.

7. Modificar la Ley 41/2002, suprimiendo en el articulado la restricción de los derechos de las menores (de 16 a 18 años) justamente en el caso del aborto —estableciendo una cláusula de tutela sobre el consentimiento de la menor—.

#### NORMALIZACIÓN DE LA IVE Y LEY DE SALUD SEXUAL

1. Una nueva ley, que contemple todas las situaciones posibles, no deje vacío legal, proteja efectivamente a quienes necesiten hacer uso de ella y, como es lógico, no obligue a nadie a actuar contra su deseo (la ley no obliga a nadie a abortar), haría innecesario mantener el aborto dentro del Código Penal. Entendemos que el aborto no consentido, realizado contra la volun-



tad de la mujer, está suficientemente protegido por otros marcos legales vigentes.

2. Diseñar políticas públicas en materia de prevención acordes con las necesidades de los distintos grupos de mujeres que interrumpen su embarazo, con protocolos específicos para los colectivos más vulnerables.

3. Incorporar la educación afectivo-sexual integral respetuosa con la diversidad sexual en el currículo escolar.

4. Garantizar la información y acceso a métodos anticonceptivos fiables y seguros requiere que se incorporen los métodos anticonceptivos de última generación en el Sistema Nacional de Salud. Asegurando así que esta prestación sea universal y accesible para todas las mujeres.

5. Facilitar de forma gratuita la píldora postcoital en todos los centros sanitarios públicos dado su carácter de emergencia.

6. Garantizar que se preste atención de calidad en salud sexual y reproductiva en los centros de atención primaria y en los centros de planificación familiar. Asegurar los recursos y coordinación necesarios de los distintos servicios, así como el reciclaje de las y los profesionales para que ofrezcan información actualizada.

7. Campañas informativas sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como de los servicios existentes, dirigidos a jóvenes e inmigrantes y el conjunto de mujeres y hombres.

8. Impulsar la investigación de las necesidades que en materia de anticoncepción, aborto provocado y salud reproductiva afrontan mujeres y hombres.

9. Incluir la IVE del embarazo en los estudios de la carrera de medicina, enfermería, psicología, trabajo social, por tratarse de una práctica sanitaria sujeta a derecho en el marco de la formación en salud sexual.

10. Trabajar para la dignificación de esta prestación sanitaria y social, así como de las y los profesionales que con su esfuerzo consiguen que sea una prestación sanitaria, humana y de calidad.

11. Regular la objeción de conciencia (OC) mediante un documento firmado por cada objeto que recoja de forma precisa la práctica sanitaria a la que afecta:

- No se conoce otra forma racional para que los responsables sanitarios puedan organizar los servicios y cubrir las necesidades de asistencia.

- La confidencialidad de dicha documentación será protegida de acuerdo a la vigente Ley de Protección de Datos.

- Sólo pueden acogerse a la OC las personas y no las instituciones, lo que hasta ahora, de hecho, se ha estado aceptando en forma contraria a la Ley.

- Esta regulación sólo debe aplicarse a los sanitarios directamente implicados en el proceso y nunca en la atención sanitaria previa y posterior a la intervención.

- La Administración debe garantizar la prestación en los servicios sanitarios públicos

12. Se garantice la existencia de centros públicos donde se atienda la demanda de interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres. Esto significa que los centros dispongan de los equipos profesionales necesarios, y que se garantice la resolución de la problemática de la objeción.

13. Asegurar que, al menos, todas las interrupciones de embarazo demandadas por mujeres que han recibido —en la sanidad pública— un diagnóstico prenatal de que su bebé nacerá con graves taras, se realicen, sin excepción, dentro del mismo hospital. De lo contrario, el diagnóstico prenatal, basado en el avance tecnológico, dejaría de tener sentido dentro del sistema de salud.

14. Se establezcan protocolos sencillos que garanticen la agilidad de los trámites que tiene que realizar una mujer para solicitar la atención en la red sanitaria pública.

15. Se garantice que los centros de salud públicos atienden la demanda ofreciendo las distintas opciones a las mujeres: tanto el método farmacológico (RU-486) como el quirúrgico, respetando así el derecho a la información y elección del método, junto a la imprescindible confidencialidad de los datos.

16. Se garantice el respaldo y apoyo institucional a las y los profesionales que practican IVE.

En definitiva, el reconocimiento del derecho efectivo a la salud sexual por ley en el marco de la salud pública.

---

A la Mesa de la Comisión de Igualdad

El Grupo Parlamentario Popular en el Congreso, por el presente escrito formula su voto particular al Informe de la Subcomisión sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo.

Palacio del Congreso de los Diputados, 16 de febrero de 2009.—**María Soraya Sáenz de Santamaría Antón**, Portavoz del Grupo Parlamentario Popular en el Congreso.

Exposición de motivos

El Gobierno, a través de su Grupo Parlamentario, ha impulsado en esta Cámara el debate sobre la necesidad de reformar la legislación vigente en materia de interrupción voluntaria del embarazo con la intención de preconstituir una demanda política en ausencia de demanda social y preparar, de esta forma, el camino a una decisión previamente asumida.

Esta sensación se ha visto corroborada por la limitación de las comparecencias, y por la progresiva celeridad que la presidencia ha dado a las tareas de la Subcomisión, sin atender a los requerimientos de los representantes del Grupo Popular.

Lamentamos que los trabajos de la misma hayan sido tan precipitados y hayan limitado la posibilidad de examinar, con el suficiente y necesario sosiego y con la debida profundidad, los muy diversos y complejos aspectos que concurren en la problemática del aborto en nuestra sociedad.

En todo caso, agradecemos las aportaciones de los distintos comparecientes que con plena libertad han expuesto sus distintos puntos de vista y criterios en relación con los asuntos objeto de estudio de la Subcomisión.

Sin entrar a valorar estrategias, consideramos que los trabajos de la misma, y sobre todo el testimonio de algunos comparecientes, desmontan algunos tópicos de los grupos pro-abortistas como que el aborto es una solución y no un problema, o que la mujer que decide abortar, lo hace en ejercicio de un derecho. Ha quedado demostrado, por el contrario, que en España no hay hoy, ni creemos que pueda haberlo, un derecho al aborto sino una despenalización parcial, y desde luego, para ninguna mujer es una decisión fácil y sin consecuencias.

Los debates nos han permitido constatar que en tomo a la situación del aborto en España existen algunos consensos en la sociedad y entre todas las fuerzas políticas y grupos parlamentarios.

Prácticamente la totalidad de los intervinientes, aun siendo partidarios del aborto, han reconocido que éste es malo para la mujer. Y no solo para ella. El aborto destruye una vida humana y, con el número actual de abortos y las bajas tasas de crecimiento vegetativo que hoy tiene España, demuestra un enorme fracaso político y social. Un fracaso de las políticas de prevención de embarazos no deseados, de las políticas de igualdad, las de lucha contra la violencia de género, y las de apoyo a la maternidad. Por eso hay consenso en el objetivo básico de reducir el número de abortos y de evitar su utilización como método anticonceptivo o de planificación familiar.

Si fuera este el objetivo de la reforma que impulsa el Gobierno, se equivocaría gravemente al promover una ley de plazos. Como ha señalado algún compareciente «con los daños objetivos cuantificables que genera el aborto es incomprensible, desde la racionalidad, afirmar la voluntad política de reducirlos y al tiempo, establecer una legislación todavía más permisiva que actuará como fomentadora del fenómeno que se desea corregir. Únicamente la restricción legal, basada en el cumplimiento efectivo de lo establecido por la sentencia del TC de 1985, permitirá afrontar de manera adecuada este grave problema» (Sr. Miró y Ardevol).

Los que denunciamos la banalización de algo tan serio y tan dramático como el aborto, nos sentimos satisfechos de que los grupos favorables a su amplia-

ción reconozcan como un objetivo esencial la reducción del número de abortos en España. Afirmaciones de este tipo refuerzan el peso de nuestros argumentos en favor de la vida y los valores de una sociedad que defiende a las personas, incluso antes de nacer, en el seno materno.

El PP ha defendido, defiende y defenderá siempre el derecho a la vida. Este derecho, reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el artículo 15 de la Constitución, es la proyección de un valor superior del ordenamiento constitucional —la vida humana— y constituye el derecho fundamental y troncal en cuanto supuesto ontológico sin el que los restantes derechos no tendrían existencia posible. La prohibición de la pena de muerte que la misma Constitución establece, es correlato lógico de este valor superior —la protección de la vida humana— que fundamenta nuestra convivencia.

En coherencia con la defensa de la vida y de los derechos humanos de todos, incluidos los no nacidos, este Grupo Parlamentario quiere manifestar una vez más su compromiso ético y político, motivo por el cual, no puede suscribir ni compartir las conclusiones elaboradas por la ponente de la Subcomisión, y procede a continuación a formular el siguiente voto particular.

#### I. Consideramos demostrado en esta Subcomisión:

Primero: Que no existe demanda social para la reforma de la legislación en materia de aborto. Solo hay demanda social en torno al cumplimiento de la ley y en contra de una ley de plazos.

Ni los Grupos favorables a la reforma han logrado demostrar su existencia, ni nuestro trabajo ha tenido apenas reflejo en los medios de comunicación salvo en aquellos que rechazan los planes del Gobierno. De haber alguna demanda social, ésta iría precisamente en sentido contrario, pues han sido los Grupos pro-vida los que se han manifestado frontalmente en contra de cualquier reforma que suponga menos requisitos y más facilidades para abortar de los que ya existen.

Así, en la última encuesta del CIS, barómetro diciembre 2008, de entender incluido el aborto como un problema de la mujer, ocuparía el puesto 27 de los 32 citados por los ciudadanos como principales problemas.

En agosto de 2008 se hizo pública una encuesta de Sigma Dos para el diario *El Mundo* en la que el 57% de los españoles estaba conforme con la actual regulación, manteniéndose, casi constante, esta cifra en todas las horquillas de edad y cualquiera que fuera su recuerdo de voto. Es más, casi el 55% de votantes del PSOE y 53% de los de IU se mostraron de acuerdo con la actual legislación y no con la ley de plazos.

Por lo tanto, no sólo no hay demanda social sino que la reforma de la actual legislación carece del mínimo consenso social.

Segundo: La sociedad está preocupada por el incremento incesante del número de abortos en España.

El año 2007 se cerró con una cifra de 112.138 abortos, según fuentes del Ministerio de Sanidad y Consumo. Esto supone 10.546 más que en 2006, con un incremento del 10,3%. De hecho desde que se aprobó la actual legislación, el número no ha dejado de crecer anualmente. Desde el año 1985 se han producido en España un millón de abortos.

No solo hay más abortos cada año, también hay mayor proporción de abortos en relación con el número de habitantes. En el último año la tasa creció hasta 11,49 por mil, casi un punto, y dos más en el tramo de edad entre 20 y 24 años con una tasa del 20,65. En las más jóvenes, las menores de 19 años, casi roza el 14 por mil.

Según un Estudio del CIS presentado por doña Margarita Delgado, el aborto en España se ha multiplicado por tres entre 1990 y 2007. En las menores de 18 años se ha multiplicado por cuatro pese a estar ante un colectivo que ha disminuido un 30%.

Hoy somos el país europeo donde más crece, frente a otros, como Italia, Dinamarca, Hungría, República Checa y los países del Este, donde descienden notablemente. Vamos por tanto en la dirección contraria porque no hacemos las cosas bien.

Tercero: Con toda seguridad el número de abortos reales es muy superior al que aparece en las estadísticas. El Presidente de la Sociedad española de contracepción afirmó en un Congreso hace tres años que «las clínicas muchas veces hacen ocultación por razones de tipo fiscal». Profesionales que trabajan en las redes de apoyo a las mujeres embarazadas o que han abortado, nos lo han confirmado en la Subcomisión explicando cómo a muchas ni siquiera se les da factura (lo que encubre un incuantificable fraude fiscal) y otras resuelven su problema accediendo a través de Internet al mercado ilegal de medicamentos abortivos.

Cuarto: El aborto es malo para la mujer. Todos los Grupos y los comparecientes, salvo los de las clínicas por razones obvias de carácter económico, coincidimos en esto.

— Ninguna mujer quiere abortar salvo que el embarazo represente un grave problema o un conflicto irresoluble para ella. Y esto es así porque su naturaleza está preparada para dar la vida, no para quitarla, ya que la mujer es madre desde que concibe, y lo que está en su seno es su hijo, un ser humano vivo y distinto con su propio código genético. Existe evidencia científica (como demostró la Dra. López Moratalla) de que la ruptura violenta del vínculo entre madre e hijo como consecuencia del aborto, tiene efectos negativos físicos y psíquicos sobre la mujer, incluso en caso de aborto espontáneo.

— Algo que es malo para la mujer no puede ser considerado nunca como un derecho, ni utilizado como un método de planificación familiar.

- No es desde luego un derecho. Ni reconocido en nuestro ordenamiento jurídico, ni en ninguna otra normativa de carácter internacional jurídicamente vinculante, como más adelante se explica.

- Una mujer es madre si ha concebido. Su libertad no consiste en decidir si es madre, pues ya lo es, sino en decidir si va a ser madre de un niño vivo o muerto, y a esta elección no parece que se le pueda llamar derecho.

- El aborto no forma parte del derecho de la mujer a su salud reproductiva, pues supone una agresión precisamente a su capacidad reproductiva. Considerar el aborto un modo de control de la natalidad lesiona gravemente el derecho a la igualdad de la mujer embarazada y ha sido rechazado expresamente en las Conferencias de El Cairo y de Pekín.

En consecuencia nuestro objetivo, el de todos los poderes públicos y la sociedad en su conjunto, ha de ser disminuir el número de abortos.

Quinto: El síndrome post-aborto existe. Lo cual se pone de manifiesto en innumerables estudios científicos.

Sexto: Las mujeres abortan en casi la totalidad de los casos porque no se les ofrece una alternativa para no hacerlo, motivo por el cual algunos comparecientes señalan que «el aborto es una de las principales causas de violencia contra la mujer».

El análisis de los datos del informe IVE 2007 lo confirma al dibujar el perfil tipo de la mujer que se somete a un aborto y demostrar, precisamente, que es en los colectivos más desfavorecidos, adolescentes e inmigrantes, donde las cifras de aborto han crecido más.

Con carácter general estamos ante una mujer sola, que depende de su empleo, no utiliza los servicios de planificación familiar y busca solución a lo que ella considera «un problema» tan pronto como es posible, en donde sabe que encontrará menos obstáculos, las clínicas privadas.

Estamos, pues, ante mujeres que no pueden hacer frente a situaciones económicas insostenibles, presiones sentimentales, familiares o laborales y que acuden al aborto, no para ejercer un «derecho», sino para resolver un grave conflicto. Mujeres a las que dejamos solas ante su problema y las que, ante la falta de alternativas, obligamos a decidir entre su maternidad y su trabajo, su pareja o su familia.

La presión por sufrir consecuencias en el ámbito laboral es una realidad a la que se enfrentan miles de mujeres. Según un estudio de la Universidad Complutense de Madrid, la maternidad supone una penalización en el salario de las mujeres del 18%, 9 de cada 10 mujeres embarazadas sufren acoso laboral en su trabajo, y el 25% son despedidas.



Séptimo: Existe un amplio fraude de ley en la aplicación de la legislación vigente. Lo demuestra el que la inmensa mayoría de los abortos se practican por riesgo para la salud psíquica de la madre en clínicas privadas.

Pese a que la STC 53/85 define qué debe entenderse por «riesgo grave» (aquel que produce «un peligro de disminución importante para la salud y con permanencia en el tiempo, todo ello según los conocimientos de la ciencia médica en cada momento»), la realidad es que se está equiparando como tal el estrés provocado por un embarazo inesperado que genera a su vez un conflicto social, familiar o laboral.

Según el informe IVE 2007, se acogieron a esta indicación, la más flexible en opinión de la mayoría de comparecientes, el 97% de los casos. Varios comparecientes han reconocido expresamente el fraude, así la Sra. Besteiro para la que «es una gran mentira que las mujeres aborten por grave riesgo para su salud», o el Sr. Álvarez González, quien reconoce que «las mujeres que en Cantabria quieren abortar y no están dentro de los supuestos, deben irse a otras Comunidades Autónomas al no haber centros privados, y acogerse al coladero del primer supuesto».

Las clínicas privadas que realizan el 98% de abortos están bordeando la ley para acogerse a esta indicación. Prueba de ello es que las mujeres en un alto porcentaje van directamente a ellas sin acudir antes a la sanidad pública, a pesar de que la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos legalmente previstos es una prestación del Sistema Nacional de Salud y, por tanto, sería gratuita.

Las clínicas no pueden ser juez y parte en estas cuestiones porque su cuenta de resultados depende del número de abortos que realizan. Esto en la práctica ha incidido enormemente en el crecimiento de las cifras de aborto en España. Hemos escuchado en la Subcomisión testimonios de mujeres «que van a las clínicas en busca de información y salen con el aborto» (Sra. Puente). Mujeres a las que no se informa como la ley exige, que firman informes médicos ya cumplimentados sin que exista la atención previa de un especialista, y a las que en ocasiones ni se les da una factura.

El incumplimiento en materia de consentimiento informado es especialmente grave porque priva a las mujeres de la información necesaria para decidir libre y voluntariamente. Médicos que han venido a la Subcomisión han señalado que el consentimiento informado y por escrito es un requisito indispensable y legalmente exigible. En el caso de las clínicas privadas, los consentimientos informados no responden a indicaciones uniformes, son firmados por el paciente momentos antes de la intervención, y en ellos no se informa a las solicitantes sobre «las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o la interrupción del mismo, de la existencia de medidas de asistencia social y de orientación familiar que puedan ayudarle...» (art. 9 del Real Decreto 2409/1986) ni se proporciona a la paciente «antes de recabar su consen-

timiento escrito, información sobre las consecuencias seguras de la intervención, los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente, otros riesgos probables y las contraindicaciones» (art. 10 de la Ley 41/2002).

Tampoco es objeto de información ni seguimiento en las mujeres el síndrome post aborto, acreditado por expertos médicos y abundante literatura científica. Las consecuencias del mismo son ignoradas en la práctica por las clínicas privadas, que actúan, cobran y se desentienden, siendo la sanidad pública quién asume todas las posibles complicaciones médicas derivadas de la práctica de un aborto. El testimonio de Esperanza Puente, víctima de un aborto, ha sido muy revelador. Su experiencia y la de muchas mujeres a las que ayuda desde la Fundación Madrina y la Red Madre nos reafirman en esta conclusión.

Por lo que respecta a la indicación eugenésica hemos constatado un fraude de ley de naturaleza cualitativa (Sra. López Moratalla). Este supuesto, que contempla la presunción de que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, plantea un ámbito de indefinición que se aprovecha para practicar abortos, que con la ley, la doctrina del Constitucional y el estado de la ciencia en materia de genética y neonatología, no deberían producirse.

El proceso tecnológico no admite hablar hoy de presunciones. La tara, o existe o no existe, y su gravedad no debe dejarse a la arbitrariedad de criterios de calidad de vida, coste económico y social, o de incomodidad o esfuerzo en sus cuidados y crianza. Por otro lado, importante literatura científica ha puesto de manifiesto que el diagnóstico prenatal se utiliza de forma indiscriminada sin otro objetivo que poner a los progenitores ante el dilema de abortar en caso de que exista cualquier duda respecto al estado de salud y desarrollo del feto (a disposición de la Subcomisión hay material bibliográfico aportado por la Dra. López Moratalla).

A través de esta indicación se están eliminando embriones no conformes a un baremo de normalidad como en el caso del síndrome de Down, y ello pese a que la Declaración de la UNESCO del Genoma Humano señala que ningún ser humano podrá ser discriminado por razón de su código genético. La Convención de la ONU sobre derechos de las personas con discapacidad, ratificada por España, no admite este supuesto despenalizador por constituir un trato desigual por motivo de discapacidad. El impacto del diagnóstico prenatal en la desaparición masiva de nacidos con síndrome de Down es además incoherente con los avances en la autonomía e integración laboral y social de tantas personas con esta deficiencia. En este mismo sentido se pronuncia el Comité Español Representante de Personas con Discapacidad (CERMI).

Posiblemente la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo sea un ejemplo de fraude de ley masivo, hasta el punto de ponernos en evidencia ante otros países, como en el caso de la denuncia de una

televisión sueca que destapó el caso del Dr. Marín. El Dr. Altisent declaró en la subcomisión que asuntos como este les han hecho «sonrojarse» en los Congresos Internacionales ante profesionales de otros países que les decían «nuestra fiscalía está persiguiendo casos de delitos que se han realizado en su país, ¿qué hacen ustedes?».

Octavo: La doctrina del Tribunal Constitucional es incompatible con una ley de plazos.

No partimos de cero en la protección constitucional del *nasciturus*. Disponemos de la doctrina del TC consolidada en el tiempo y reiterada en varias sentencias a lo largo de estos años.

La STC 53/85 sienta el régimen jurídico que con carácter integral y perspectiva de futuro corresponde a la vida humana en formación. En ella se afirma:

1.º La vida humana concebida merece protección desde el primer momento y es distinta de la vida de la madre (FJ 5).

2.º El *nasciturus* está protegido por el artículo 15 de la CE aunque no sea titular del derecho fundamental. Esta protección «implica para el Estado con carácter general la obligación de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación, y la de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma» (FJ 7).

3.º Dado el carácter fundamental de la vida, «dicha protección incluye también como última garantía las normas penales» (FJ 7). En otras palabras, el aborto debe seguir siendo un delito.

4.º No es admisible un sistema que desconozca en absoluto la vida del feto: «se trata de graves conflictos de características singulares, que no pueden contemplarse tan sólo desde la perspectiva de los derechos de la mujer o desde la protección de la vida del *nasciturus*. Ni esta puede prevalecer incondicionalmente frente a aquellos, ni los derechos de la mujer puedan tener primacía absoluta sobre la vida del *nasciturus*, dado que dicha prevalencia supone la desaparición, en todo caso, de un bien no sólo constitucionalmente protegido, sino que encarna un valor central del ordenamiento constitucional. Por ello, en la medida en que no puede afirmarse de ninguno de ellos su carácter absoluto, el intérprete constitucional se ve obligado a ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, tratando de armonizarlos si ello es posible o, en caso contrario, precisando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos» (FJ 9).

El conflicto que se plantea en los casos de aborto no es entre derechos, sino entre valores, y el de la vida del *nasciturus* es fundamental. No se comparte, pues, la afirmación de alguno de los comparecientes (Sr. Pérez Royo) relativa a que esta cuestión es un problema de derechos, y no de valores. De hecho, si sólo merecieran

protección jurídica aquellos, la mitad del Código Penal carecería de sentido.

Por su parte, que el Estado tenga el deber de proteger la vida del feto hace incompatible con nuestra Constitución una situación de desprotección absoluta, como sucedería en una ley de plazos.

Para garantizar la eficacia del sistema de ponderación de los valores en conflicto (FJ 12) el Constitucional exige «la comprobación del supuesto de hecho». En el actual sistema de indicaciones, las circunstancias que permiten enjuiciar la admisibilidad excepcional del «sacrificio del *nasciturus*» (como dice textualmente el FJ 12), por ser «no solo un bien jurídico protegido sino que encarna un valor central del ordenamiento constitucional» son el dictamen médico en los casos de grave riesgo para la salud de la mujer y de grave enfermedad del feto, y la denuncia en el caso de violación. Precisamente en esa sentencia se declaró inconstitucional la regulación contenida en el Proyecto porque no se garantizaban suficientemente las exigencias constitucionales de protección del *nasciturus*. Pues bien, en una ley de plazos no existe ese elemento externo objetivo de contraste que permite ponderar los valores en conflicto, por lo que no cumple con las garantías constitucionalmente exigidas para permitir acabar con una vida humana, que lo es, aunque sea en formación.

Esta doctrina ha sido mantenida por el Tribunal Constitucional en sentencias posteriores, por lo que hay que entender que se encuentra ratificada y asentada en lo que se refiere a la necesaria protección constitucional del *nasciturus*.

Así en la STC 212/1996, en el recurso de inconstitucionalidad contra la Ley 42/1988, de donación y utilización de embriones y fetos humanos o sus células, tejidos u órganos, y también en la STC 116/1999, en que resuelve el recurso de inconstitucionalidad contra la Ley 35/1998, sobre Técnicas de Reproducción Asistida, donde expresamente se afirma que «la condición constitucional del *nasciturus*...se declaró en la STC 53/1985», y su doctrina «es, en consecuencia, el marco constitucional desde el que procede enjuiciar los preceptos anteriormente enumerados». En otras palabras, dicha sentencia delimitó el ámbito constitucional de protección de la vida humana en formación, y cualquier pronunciamiento posterior del Tribunal Constitucional debe realizarse en ese marco de referencia.

En consecuencia, podemos afirmar que en la actualidad existe una doctrina constitucional clara, constante y reiterada que fija el estatus jurídico de los *nascituri* o vida humana en formación, que implica:

1.º La necesidad de que se proteja la vida del *nasciturus*.

2.º Y la necesidad de que, en los casos excepcionales en que exista un conflicto de valores, se articule un sistema de garantías que evite la desprotección absoluta de la vida del feto.

Y dado que una ley de plazos no cumple ninguna de estas dos exigencias básicas derivadas del artículo 15 CE, según dicha doctrina debe ser considerada inconstitucional.

Noveno: no existe inseguridad jurídica en la actual definición legal. No puede entenderse por tal, como señalaron algunos comparecientes, «la posibilidad de revisar el criterio médico o psiquiátrico aplicado» (Sra. Gonzalo Valgañón), o «que el aborto pueda acabar en un tribunal de justicia» (Sr. Pérez Royo). Admitir esto implicaría decir que la inseguridad jurídica se produce no porque la actual regulación sea dudosa o deficiente, sino porque se permite controlar el cumplimiento de los requisitos impuestos por el Constitucional en su STC 53/85 como garantía al implicar el aborto el «sacrificio» de una vida humana.

No hay pues, inseguridad jurídica. Y no la hay, como expuso otro compareciente (Sr. Banacloche) porque no existe jurisprudencia contradictoria al respecto que nos haga dudar respecto a los límites definidos por el Constitucional, ni recomendaciones sobre la materia en las Memorias de la Fiscalía General del Estado de los últimos diez años. Los casos de despenalización están muy claros y las dudas jurídicas quedaron solventadas hace muchos años. De existir alguna inseguridad jurídica, no afectaría a las mujeres, los profesionales que practican abortos o las clínicas. Las principales víctimas de ella serían los *nascituri* por las dificultades para controlar el cumplimiento de las garantías que el legislador previó.

No hay mayor seguridad jurídica que la que otorga el cumplimiento de la ley, como demuestra que si ha habido alguna condena por aborto a mujeres, lo han sido por supuestos que habrían dado lugar a idénticas consecuencias penales con una ley de plazos al tratarse de abortos practicados al margen de cualquier norma legal y en avanzado estado de gestación. Pese a esto, ninguna mujer ha ingresado en prisión por este motivo.

II. En consecuencia, el Grupo Parlamentario Popular discrepa de las conclusiones formuladas en el Informe redactado por la ponente.

No podemos estar de acuerdo con las conclusiones formuladas por el Grupo mayoritario porque las medidas propuestas no solucionan la verdadera problemática del aborto en España y por su total incoherencia con algunas afirmaciones que consideramos básicas y han quedado demostradas: que el aborto es algo malo para la mujer, que en consecuencia nuestro objetivo ha de ser reducir las cifras de aborto en España, y que en ningún caso debe ser contemplado como un método anti-conceptivo o de planificación familiar. Y:

1.º Nos oponemos al reconocimiento del «derecho al aborto», así denominado, o disfrazado eufemísticamente como «derecho a decidir sobre la maternidad o a la salud o autonomía reproductiva», y a que esta materia salga del Código Penal.

Algunos comparecientes (como la Sra. Gonzalo Valgañón o el Sr. Pérez Royo) han criticado la legislación actual porque no garantiza «el derecho a decidir» o el derecho a «la autonomía reproductiva» de las mujeres.

Sin embargo, esos pretendidos derechos no aparecen reconocidos como tales en ningún texto internacional firmado por España, ni debe entenderse englobado dentro del derecho a la dignidad personal, al libre desarrollo de su personalidad o a la salud, que indudablemente corresponden a las mujeres. No aparece en la Constitución española de 1978, ni en el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales de 4 de Noviembre de 1950, ni en la muy reciente Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre de 2000.

Las referencias al derecho a la salud sexual y reproductiva, contenida en algunas Conferencias internacionales, y a la que aludieron algunos comparecientes (Sra. Soletto), no implica la existencia de un derecho al aborto y, en todo caso, no tienen valor jurídico, ni deben necesariamente ser interpretadas en el sentido de desembocar en derecho al aborto libre o un sistema de plazos. De hecho, lo único que existe son recomendaciones de tipo político que carecen de valor jurídico y, por tanto, no son vinculantes para los Estados.

En ellas (Conferencias de El Cairo y de Pekín, principalmente y Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa), más bien se pone el acento en que el aborto no debe ser un método de planificación familiar. Por su interés se reproduce el párrafo 8.25 del capítulo VIII de la Conferencia de El Cairo, asumido en su literalidad en la de Pekín, donde se dice:

«En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia... Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales a ... reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.»

Resulta claro que no estamos ante un derecho que haya que garantizar sino un recurso nocivo para la salud



de las mujeres que los gobiernos deben evitar en la medida de lo posible con todo tipo de medidas. No se puede decir por lo tanto que España debe ajustar su legislación interna a una normativa sobre derechos que no son tales.

Por lo que respecta a la salida del aborto del Código Penal, consideramos que no procedería en aplicación de la doctrina Constitucional que expresamente invoca la tutela penal del *nasciturus*. Incluso comparecientes favorables a una ley de plazos reconocen la necesidad de mantener dentro del mismo el aborto contra la voluntad de la mujer o fuera de plazo sin indicación (Sr. Gonzalo Valgañón).

2.º Nos oponemos a que ese reconocimiento se traduzca en un sistema mixto de plazos e indicaciones que en la práctica represente un sistema de aborto libre.

Como hemos señalado, no existe un derecho al aborto como tal ni en España ni en los textos y convenciones internacionales con efectos vinculantes y eficacia jurídica en nuestro país. Hemos demostrado que una ley de plazos no cabe en nuestro sistema jurídico constitucional, porque desprotege completamente a un bien jurídico merecedor de tutela en nuestro ordenamiento.

Pero no solo nos oponemos por razones de índole jurídica. Las cifras de aborto en España demuestran que la mayor parte se practican dentro de las 14 primeras semanas, lo que significa que una ley de plazos en ese entorno abriría las puertas al aborto a mujeres que hoy no se lo planteen por no asumir riesgos jurídicos. Si a eso le sumamos el mantenimiento de un sistema de indicaciones sin límite de tiempo, el resultado es la consagración de un modelo de aborto libre.

Varios comparecientes en la subcomisión nos han avisado de los efectos nocivos de una legislación permisiva en materia de aborto (Sr. Jiménez Agrela o Sr. Miró i Ardevol). Incluso quienes defienden el sistema de plazos reconocen implícitamente que la entrada en vigor implicará un incremento que se ajustará con el tiempo (de tres a cinco años en opinión de la Sra. Méndez). No entendemos pues cómo el Gobierno a quien parece preocupar el incremento exponencial que ha experimentado el número de abortos en nuestro país no le preocupa los efectos que una Ley de plazos va a provocar con toda seguridad.

Una ley de plazos, no puede ser la solución porque incrementará, por su mayor permisividad, el número de abortos y porque al transformar un comportamiento excepcional (indicación despenalizadora) en un derecho, induciría a la mujer a creer que el aborto no tiene consecuencias negativas para ella, cuando está ampliamente demostrado que eso no es cierto. Por no hablar de otros efectos colaterales como la pérdida de eficacia de las políticas públicas en materia de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, la banalización de algo tan serio y tan dramático, o el recurso al aborto como método anticonceptivo o de planificación familiar.

3.º No debe eliminarse el consentimiento de los padres para la práctica del aborto en menores de edad.

Se ha planteado por algunos comparecientes, y hay una iniciativa al respecto de la Generalitat de Cataluña, de reformar la Ley 41/2002 para que el consentimiento parental en caso de menor maduro no sea necesario. Según Mrs. Clays no siempre es una buena idea por los conflictos intergeneracionales. Para otras comparecientes (Sra. Serrano Fuster, Sra. Gonzalo Valgañón) supone una traba, un obstáculo a su derecho a decidir, inexplicable por ser una excepción a la autonomía de la voluntad del menor maduro recogida en la Ley 41/2002, e incompatible con la mayoría de edad penal fijada en los 16 años.

La cuestión no es menor y requiere una breve reflexión acerca de los efectos negativos que una decisión de este tipo tendría en el ámbito familiar y de relaciones entre padres e hijos. ¿Puede el Estado privar a los padres, de quienes depende la menor, de su derecho a saber si su hija está embarazada y ha decidido abortar, y por tanto de decidir si apoyan a su hija para que haga frente a las consecuencias de ese embarazo? Y si no es necesario ese consentimiento, ¿alguien cree que van a tener alguna otra forma de conocer la situación que atraviesa la menor?

La Sra. Puente relató en la subcomisión como decidió abortar por miedo a la reacción de su familia. La eliminación del consentimiento parental, sin lugar a dudas, empujará al aborto a las jóvenes que no quieran enfrentar esta realidad ante sus propios padres. Dejaremos solas y empujaremos al aborto a las chicas antes siquiera de saber si cuentan con el apoyo de sus familias. Puede haber madurez pero no hay autonomía personal ni económica, por eso, al eliminarlo estaremos privando a las adolescentes de la posibilidad de contar con el apoyo de su familia, ya que siempre será más fácil ocultarlo, convirtiendo el aborto en lo que no es, un método anticonceptivo más, cuando todos los demás fallan.

4.º No debe eliminarse el plazo de 22 semanas en el aborto eugenésico.

El Estado no puede amparar en base a presunciones que una madre decida la muerte de un niño que podría sobrevivir fuera del útero materno.

Comparecientes expertos en biomedicina (las Dras. López Moratalla, y Maroto Vela, y el Dr. Zamarriego) han insistido en esto. A partir de la semana 22 el feto es viable, y su destrucción ya no podría ser considerada un aborto.

Teniendo en cuenta el fraude de ley cualitativo en materia de aborto eugenésico, abrir la posibilidad del mismo sin límite de tiempo en base a presunciones o parámetros discutibles de normalidad o de calidad de vida resulta absolutamente inadmisibles e incompatible con la sentencia 53/85 del TC. La misma en el FJ 11 establece «ha de ponerse de manifiesto la conexión entre el desarrollo del artículo 49 de la CE —que recoge la obligación de los poderes públicos de amparar los

derechos fundamentales de las personas con discapacidad—, y la protección de la vida del *nasciturus* del artículo 15 de la CE». La propia sentencia hace referencia a que la motivación de este supuesto será menor conforme aumenten las medidas de apoyo a las personas con discapacidad. En los últimos veinticuatro años se ha avanzado notablemente en este ámbito en el apoyo y se ha aprobado la ley de dependencia que genera un derecho universal de apoyo público.

No olvidemos que un aborto en estado avanzado de gestación es enormemente traumático e incluso peligroso para las mujeres.

5.º No debe limitarse el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales mediante una regulación restrictiva que incluyera una declaración previa y su inscripción en un registro.

Todos los comparecientes han admitido el derecho de los profesionales sanitarios a no practicar abortos por motivos de conciencia. Ni siquiera el Gobierno podría cuestionar algo que reconoce expresamente en la normativa de la OTAN (segunda edición de «los requisitos mínimos para la asistencia médica a mujeres en operaciones conjuntas/combinadas» 2009).

Y es lógico, estamos ante un derecho fundamental amparado por el artículo 16.1 de nuestra Constitución y expresamente reconocido en la STC 53/85 que en su FJ 14 dice lo siguiente: «cabe señalar, por lo que se refiere a la objeción de conciencia, que existe y puede ser ejercida con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida por el art. 16.1 de la Constitución, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales».

Del pronunciamiento del TC se deducen algunas características de la objeción de conciencia en el ámbito del aborto. La primera es su doble engarce constitucional, ya que por un lado la sentencia de 1985 claramente alude a este tipo de objeción como derecho fundamental y por otro, el mismo objeto que crea los escrúpulos de conciencia, la finalización de la vida intrauterina, es también protegida por el ordenamiento constitucional español. Por decirlo con palabras del propio TC: «la vida del *nasciturus* es un bien, no sólo constitucionalmente protegido, sino que encarna un valor central del ordenamiento constitucional». Este doble engarce constitucional —en sí misma y en el objeto que regula— ya apunta a que su grado de protección alcanza la máxima intensidad en el Derecho español. Si así no fuera, el espacio de autonomía reconocida a la gestante que solicita abortar, se traduciría en una recusable restricción de autonomía del personal sanitario, es decir, de sujetos cuya libertad de conciencia aparece amparada por una doble vía en el derecho constitucional español.

Por lo demás, la objeción de conciencia al aborto supone, en definitiva, «ir a favor de la Constitución», en la medida en que la tutela de la vida humana es un derecho constitucionalmente protegido. Por eso mismo, el médico o personal sanitario que objetara la realización de abortos, no es contemplado como un ser asocial que pretende privilegiarse en un contexto social positivo. Al contrario, en el fondo de las declaraciones legislativas protectoras de los objetores al aborto, se detecta una conceptualización de tales actuaciones como testimoniales de valores que están en la base de la propia Constitución.

El médico o personal sanitario —tanto de hospitales privados como públicos— puede negarse a ejecutar un aborto sin técnicamente proclamarse objetor y aunque no se le reconociera expresamente ese derecho, haciendo notar que la muerte directa de una vida humana que es lo que la ley le solicita en algunos supuestos no entra dentro de la praxis específicamente médica, es decir, terapéutica de su profesión.

Consideramos que cualquier reforma legal que afecte a prácticas abortivas ha de respetar con la mayor amplitud posible la objeción de conciencia del personal médico y sanitario. Las cláusulas de conciencia de la inmensa mayoría de legislaciones ponen especial empeño en acogerla con generosidad, por las razones ya expuestas, que en nuestra jurisprudencia constitucional —como se ha visto— alcanzan especial intensidad. Intentos de recortarla con medidas que puedan atentar a ese derecho fundamental supondrían un recorte injusto de aquello que es la estrella polar de cualquier sistema democrático: la libertad de conciencia.

Por eso mismo hay que poner especial cuidado en evitar toda discriminación injusta contra el personal médico o sanitario o cualquier tipo de estigmatización por el hecho de objetar a la práctica de un aborto.

## RECOMENDACIONES

El verdadero derecho de la mujer es el derecho a ser madre. Ninguna mujer debería renunciar a su maternidad por un conflicto familiar, laboral o social. Algo falla en una sociedad cuando no es capaz de garantizar un derecho tan básico y del que sus principales víctimas son los colectivos más desfavorecidos y sin alternativas. Nuestro objetivo ha de ser éste, facilitar con todo tipo de medidas la maternidad, no el aborto, apoyar a las mujeres en su derecho más íntimo, y evitar hacerlas víctimas del abandono de toda la sociedad.

A la vista de todo lo anteriormente expuesto, consideramos que la solución no pasa por reformar la ley para ir hacia una ley de plazos que incrementará unas cifras de aborto ya insoportablemente elevadas. Tenemos que garantizar que la legislación actual, declarada compatible con la CE por el Tribunal Constitucional, se cumpla en sus justos términos, sin fraude de ley, mientras trabajamos activamente para que ninguna mujer se vea avocada al aborto, ya sea porque somos realmente

eficaces en las políticas de prevención de embarazos no deseados, ya sea porque podemos ofrecerle una alternativa que le ayude en su decisión de seguir adelante con el mismo.

1.º Para asegurar el cumplimiento efectivo de la legislación vigente, proponemos:

a) La existencia necesaria de una garantía pública como mecanismo para evitar fraude.

Para luchar contra el fraude de ley debemos incorporar al procedimiento actual una garantía pública que permita verificar, sin conflicto de intereses, y con todos los recursos que tiene a su disposición el Sistema Nacional de Salud, la concurrencia de los requisitos que habilitan para la interrupción legal del embarazo. Los propios profesionales de la sanidad así nos lo demandan.

La Comisión Deontológica de la Organización Médica Colegial solicitó encarecidamente en nombre de su organización que se articule «un procedimiento de cooperación entre la esfera deontológica de los colegios de médicos y el ámbito judicial para mejorar la vigilancia de la ley y de los preceptos deontológicos en esta materia... por el desprestigio que para los colegios y para las instituciones en general generan esos escándalos mediáticos» (Dr. Altisent). Sería bueno articular dicha colaboración de forma protocolizada.

En este mismo sentido iban las propuestas del Dr. Zamarriego y otros comparecientes como las Sras. Serrano Fuster, Besteiro y Montero.

La garantía pública no se agota en la intervención sino que debe incluir especialmente la valoración médica previa que exige la legislación vigente. Ya se practiquen en hospitales públicos, ya sea en centros privados por derivación, no se puede mantener el sistema de que quien gana dinero con la realización del aborto sea quien lo indique.

Por ello consideramos necesario recuperar un mecanismo como las Comisiones de Evaluación creadas en su día para cumplir una exigencia impuesta por el Tribunal Constitucional y que funcionaron bien hasta su desaparición por Real Decreto 2409/86, y la exigencia de que los dictámenes médicos sean emitidos por médicos de la sanidad pública.

b) Protocolización exigente del consentimiento informado específico para las prácticas abortivas.

Es absolutamente imprescindible que exista un consentimiento específico en materia de consentimiento informado para la práctica del aborto. Estamos convencidos de que muchas mujeres que abortaron no lo habrían hecho de conocer exactamente en qué consistía esa intervención, qué riesgos reales estaban corriendo y qué secuelas podían tener, por no hablar de la falta de conocimiento de las alternativas al aborto. El caso de Esperanza Puente es para-

digmático pero no el único. Muchas mujeres que son atendidas a diario en las redes de apoyo a las embarazadas así lo afirman.

c) Necesidad de un periodo de reflexión

Igualmente, debemos dejar a las mujeres tiempo para decidir después de recibir toda la información necesaria. Debería ser un requisito del Consentimiento Informado la posibilidad de disponer del tiempo adecuado para reflexionar sobre el documento. Y es que hay decisiones en la vida, como esta, cuya irreversibilidad lo exige. Estamos seguros de que muchas mujeres de haber tenido más tiempo para valorar su decisión no habrían abortado.

El Dr. Altisent puso de manifiesto en su comparecencia que existen sentencias que anulan consentimientos firmados a la entrada del quirófano, minutos antes de la intervención, porque suponen una forma de coaccionar al enfermo. Esto refutaría las teorías de ciertos comparecientes que ven en el periodo de reflexión un «paternalismo» o intento de considerar a la mujer como menor de edad.

Este compareciente, Presidente de la Comisión Deontológica de la Organización Médica Colegial, ha insistido en que actualmente falla de tal forma el proceso de consentimiento informado que «en algunos casos de interrupción voluntaria del embarazo se enmascaran situaciones de violencia de género o de coacciones familiares que generan una presión que invalidaría la validez ética y legal del consentimiento». Por eso es tan importante contar con tiempo para poder detectar y en consecuencia, evitar estas situaciones.

El Dr. Zamarriego transmitió a la Subcomisión el ofrecimiento de la SEGO para elaborar un modelo de Consentimiento Informado.

d) Protección de los derechos de los profesionales: no restricción de la objeción de conciencia

El derecho de objeción de conciencia no debe ser regulado con fines restrictivos. Durante los trabajos de la Subcomisión algunos comparecientes han acusado a los profesionales sanitarios de obstaculizar y restringir la decisión de las mujeres mediante el ejercicio de la objeción de conciencia, motivo por el cual, aunque no llegan a negarles el derecho, solicitan que se restrinja. Sin perjuicio de lo escasamente democrático que resulta cuestionar y pedir la restricción del derecho fundamental a la libertad de conciencia, insistimos en que por esta vía se abre una posibilidad de discriminación injusta que violenta su intimidad, o restrinja sus posibilidades laborales y profesionales.

e) Uso ético del diagnóstico prenatal: protocolización de los supuestos de indicación de las pruebas y de las taras del feto determinantes del aborto.



Es muy importante la forma en que se utiliza por parte del personal facultativo la indicación diagnóstica prenatal. Existen estudios contrastados acerca de cómo influye en la decisión de los progenitores la forma en que se indica y la calidad del contenido de la misma, en función de sus circunstancias socio-económicas y culturales. El médico debe tener en cuenta estas circunstancias, ofreciendo una información que pueda entenderse por personas no expertas, sin que lleve a error, ni induzca al aborto como única solución posible.

Es imprescindible establecer médicamente el criterio de cuáles son las graves taras físicas y psíquicas, cuáles son curables hoy, según el estado de la ciencia, y cuáles son meramente discapacidades. Hay que informar a los padres sobre las actuales terapias y su eficacia, sobre el conocimiento de cómo es la vida familiar con un discapacitado y las medidas de apoyo social con las que podrá contar. No se puede obligar a un profesional a realizar un cribado de enfermedades que carezca de garantías de protección del enfermo. Los profesionales viven a diario con la presión de actuar sin protocolos que definan lo que sería una información de calidad, y el miedo a ser demandados por no avisar de un posible problema que hubiera permitido acogerse a la indicación al aborto eugenésico.

Como recordó la Dra. López Moratalla, la Organización Mundial de la Salud reconoce fallos en el sistema de diagnóstico prenatal en la medida en que se concibe para eliminar al enfermo en coherencia con esta indicación. Por ello establece que, aunque en todos los países debería haber disponible un completo «abanico de servicios genéticos, incluido el diagnóstico prenatal, los médicos, podrían exigir no practicarlo por motivos de conciencia».

2.º Para disminuir el número de embarazos imprevistos, es imprescindible poner el acento en las políticas de formación, información y prevención.

En la comparecencia de la Sra. Delgado, investigadora del CSIC, se hacía un interesante análisis de estas cuestiones. Su informe demuestra, por ejemplo que la gran mayoría de las mujeres que abortaron no habían acudido en los dos últimos años a un centro de planificación familiar para informarse sobre la utilización de métodos anticonceptivos, con cifras por encima de los dos tercios en el caso de las adolescentes.

El aborto no puede ser nunca un sustitutivo de estos, como está ocurriendo en la práctica. Resulta muy preocupante, por ejemplo, que en 2007, para casi un 13% de las adolescentes este era su segundo aborto.

Del análisis de estos y otros muchos datos la Sra. Delgado concluye que «en las menores de 25 años, y especialmente en las adolescentes, el principal problema es de información. De un déficit de información y también de formación». En su opinión, los métodos anticonceptivos en solitario no son eficaces. «Hay que

actuar en dos frentes, en el de la prevención y el de formación».

Los jóvenes no tienen «suficiente conciencia del riesgo que supone una relación sexual sin protección», continúa. Se banaliza el sexo hasta tal punto que en 2007 se practicaron abortos en 500 niñas menores de 15 años. Como sociedad tenemos que preguntarnos qué es lo que estamos haciendo mal. Reflexionar, por ejemplo en el papel de los medios de comunicación en la transmisión de modelos de conducta susceptibles de generar comportamientos de riesgo (existen estudios sobre la relación entre el sexo en la TV y la conducta juvenil). No solo está la escuela, también está el entorno y la familia, y todos ellos han de jugar un papel fundamental en la prevención para que el aborto no se convierta en un método anticonceptivo más cuando todos los demás fallan.

3.º Es necesario hacer pedagogía pública contra el aborto porque todos sabemos, y ha quedado ampliamente demostrado, que el aborto no es una solución, es un problema, y acarrea siempre consecuencias muy negativas para las mujeres.

La Subcomisión ha tenido ocasión de comprobar de forma fehaciente, a través del testimonio de personas que han pasado por esta situación y de quienes desde las ONG se dedican a ayudarlas, que existe un problema estructural común a cualquier legislación: el abandono y la soledad de la mujer ante los problemas generados por un embarazo imprevisto, abandono y soledad que se incrementa bajo una legislación permisiva del aborto pues precisamente la «ley del aborto» y sus posibilidades hace que el entorno de la mujer la aboque a esa salida bajo su responsabilidad.

Algún compareciente ha llegado a hablar —para referirse a este problema— de una nueva forma de violencia de género, machista y estructural contra la mujer como fruto de la permisividad del aborto: en caso de problemas el hombre se desentiende de la paternidad y coacciona a la mujer para que se libere del fruto del embarazo; si ésta lo hace es —aparentemente— porque ella lo decidió; si decide seguir con el embarazo es responsabilidad sólo suya. Así el aborto legal puede llegar a ser una terrible trampa para la mujer, trampa que puede proyectarse más allá de las relaciones de pareja para aparecer en las relaciones paterno-filiales o laborales, por ejemplo.

Esta nueva forma de violencia contra la mujer es un efecto indeseado e imprevisto de la vigente legislación que se agravaría previsiblemente con una ley más permisiva. Por ello, es un problema que el Gobierno debe afrontar, adopte la decisión que adopte sobre el mantenimiento o la reforma de la legislación vigente desde 1985. Está en juego que la mujer no se encuentre en nuestra sociedad coaccionada a algo tan grave y trascendente como un aborto, por un entorno jurídico permisivo, aliado a un entorno social todavía muy machis-

ta que considera el embarazo una cosa de la mujer en muchas ocasiones.

#### 4. Apoyo social y de los poderes públicos a la maternidad.

La Subcomisión ha tenido conocimiento, a través de varios de los comparecientes, que ya existe en España una serie de ONG que vienen ofreciendo a las mujeres embarazadas información y ayuda para que tengan alternativas, para que el aborto no sea —subjettivamente— la única posibilidad. Asimismo, la Subcomisión ha conocido el programa Red Madre que promueve el Foro Español de la Familia y que ha dado lugar ya a la aprobación de iniciativas públicas en el ámbito autonómico de apoyo a la maternidad.

Proponemos al Gobierno que ponga en marcha un Plan Nacional de Apoyo a la Maternidad.

Valoramos muy positivamente las iniciativas que ha puesto en marcha la sociedad civil (redes sociales de apoyo a las embarazadas) y animamos a las Administraciones Públicas para que —en el ámbito de las respectivas competencias— apoyen, impulsen, fortalezcan o creen políticas sociales y normas jurídicas tendentes a garantizar:

a) Que ninguna mujer acuda a un aborto forzada, coaccionada o impulsada por su entorno personal o las circunstancias que rodean a su embarazo y ante la ausencia de alternativas asequibles para afrontar los problemas concretos derivados de su embarazo, sean estos sociales, económicos, laborales, de vivienda, de inserción familiar, etc.

b) Que toda mujer, sean cuales sean sus circunstancias, reciba una información detallada, sosegada, personalizada y suministrada por personas ajenas a la práctica del aborto, sobre sus derechos, las ayudas públicas o privadas a que puede acceder y las alternativas y apoyos con que puede contar.

c) Que las instituciones públicas de asistencia social y la administración sanitaria a las que acuda cualquier mujer con un problema vinculado a un embarazo asuman la obligación de ofrecerle alternativas sólidas al aborto e información solvente sobre tales alternativas.

d) Que se cree un marco jurídico coherente y sistemático sobre ayudas a las mujeres embarazadas, de

fácil conocimiento por éstas y accesible a través de internet, teléfonos de atención 24 horas, etc., información que debe difundirse entre el público objetivamente interesado por grupos de riesgo.

e) Que la información sobre alternativas se incorpore, junto a la de riesgos, al consentimiento informado que conforme a la legislación sanitaria debe firmar toda mujer que se vaya a someter a un aborto.

Este ambicioso Plan Nacional de Apoyo a la Maternidad debería incluir al menos:

- Centros, prestaciones y ayudas a las mujeres embarazadas.
- Campañas públicas para informar de tales medios.
- Campañas dirigidas a los varones, especialmente los adolescentes, para motivarles a asumir su responsabilidad en el embarazo.
- Facilitar a la mujer embarazada o nueva madre un empleo, salarios sociales, residencias o viviendas adecuadas a su situación, y los servicios de guardería durante los primeros años de vida del niño.
- Colaboración con las ONG y Asociaciones para apoyar a la mujer embarazada.
- Dar a conocer a las mujeres embarazadas la existencia de una red de apoyo.
- Instrumentos de colaboración y coordinación con las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos para poner en marcha todas estas medidas.

Queremos concluir recordando las palabras del señor Jiménez Agrela: «tres de cada cuatro mujeres que acuden a nuestra Fundación —Fundación Madrina— manifestando dudas sobre si continuar su embarazo o decididas a abortar, si encuentran apoyo, deciden seguir adelante».

En nuestra mano está conseguirlo, ofreciéndoles alternativas y no empujándolas, en palabras de la Ministra Aído, a «algo tan traumático para la mujer como el aborto», porque como afirma la Ministra Chacón: «ser madre es algo maravilloso que no tiene explicación ni comparación con nada».

El Grupo Parlamentario Popular ha presentado este voto particular para defender este derecho, el derecho a ser madre.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 902 365 303. <http://www.boe.es>

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

