
INFORME DEL EUZKADI BURU BATZAR
RELATIVO A
LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

SITUACIÓN ACTUAL

El aborto es considerado un delito contemplado en el Código penal, salvo en tres supuestos de aborto voluntario y siempre que se realicen conforme a las condiciones establecidas. Estos supuestos son:

- el aborto ético, cuando la gestación es el resultado de una violación denunciada y siempre que se realice dentro de las primeras 12 semanas.
- El aborto eugenésico, cuando el feto presenta graves anomalías. Está autorizado hasta la semana 22.
- El aborto terapéutico, motivado por problemas en la salud materna y sin límite de edad gestacional. Por esta ausencia de límite la regulación que actualmente se propone en realidad sería restrictiva para este supuesto.

Estas excepciones se recogieron en la Ley orgánica 9/1985, de 5 de julio, de despenalización del aborto en determinados supuestos que introduce el artículo 417 bis en el Código Penal de 1973. Posteriormente este Código Penal fue sustituido en 1995 por el actual, que deroga el anterior dejando únicamente vigente el artículo 417 bis del antiguo código.

Desde 1985, por tanto, pueden practicarse abortos voluntarios legalmente, lo que ha hecho desaparecer el turismo por aborto y los abortos practicados en condiciones de inseguridad que acarreaban graves problemas e incluso muertes maternas.

La Ley de despenalización del aborto ha permitido **dos tipos de interpretaciones sobre el aborto terapéutico**, es decir, el realizado “para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada” que conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente:

- Una **restrictiva** que entiende que el aborto por causa de salud materna sólo está despenalizado cuando existe una grave enfermedad que pudiera agravarse. Esta sería la interpretación de los servicios sanitarios públicos de forma que, a pesar de estar incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, aprobada por Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, la interrupción legal de embarazo sólo practica algo más del 2%, siendo la mayoría de estos por causa fetal.
- Otra **amplia** por la que se ha venido considerando que una gestación y una maternidad obligada perjudica la salud mental de la mujer y, por lo tanto, siempre que sea así acreditado por un informe psiquiátrico el aborto sería legal.

Esta interpretación es considerada por los grupos que están en contra del derecho de las mujeres a decidir como un **fraude de ley** o, en términos más coloquiales, como un coladero. Pero, ha sido precisamente esta interpretación la que ha resuelto durante este tiempo el problema de los embarazos no deseados y la que ha permitido que se realizaran de forma legal y segura sanitariamente todas las interrupciones de embarazo que las mujeres requerían.

Es poco realista considerar que la sociedad, con los grupos feministas y los partidos de izquierda a la cabeza, hubiese tolerado durante todos estos años la aplicación restrictiva de la ley, con su correlato de miles de abortos clandestinos o realizados en el extranjero.

PROBLEMAS DE LA ACTUAL REGULACIÓN (Ley 8/1985)

Veinticuatro años después de la despenalización parcial del aborto, la Ley no gusta a casi nadie. A los grupos contrarios a la libre elección por razones bien conocidas y a las personas partidarias por varias razones fundamentales:

- El pecado original de la legislación estatal es que no se basa en el reconocimiento del derecho de las mujeres a decidir sobre la continuidad o no de un embarazo. La ley española condiciona la posibilidad de interrumpir la gestación a la opinión de terceros, limitándose el papel de la mujer al de mera peticionaria de una intervención clínica cuya legalidad han decidido terceras personas.
- Está enmarcada en el Código Penal. La legislación española –a diferencia de los países del entorno– no aborda la IVE desde la perspectiva de los derechos humanos, desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, ni desde la perspectiva de la salud pública. Por el contrario, aborda la interrupción del embarazo como un delito punible con carácter general, salvo en tres supuestos.

Esto hace que esté muy alejada del espíritu que preside las legislaciones de los países de nuestro entorno. La mayor parte de las legislaciones nacionales de los países miembros de la Unión Europea que regulan el aborto están centradas en el Derecho a la salud y han experimentado desde los años 70 una progresiva evolución hacia el mayor reconocimiento del interés fundamental de la salud de las mujeres así como al desarrollo de sus derechos fundamentales, en particular, intimidad y privacidad.

Así, la libre decisión de la mujer a interrumpir el embarazo en un periodo de tiempo determinado de gestación es la pauta común que reconocen la mayor parte de legislaciones de los veintisiete Estados miembros de la Unión Europea.

La regulación finalmente adoptada por las sociedades avanzadas ha sido alcanzar un compromiso entre dos valores o bienes a proteger: el derecho a decidir de las mujeres y la

protección del no nacido, declarando la prevalencia de los derechos fundamentales de las mujeres en las primeras fases del embarazo, para pasar a valorar superiormente los derechos del nasciturus a partir de una edad gestacional concreta.

En definitiva, nuestra legislación contrasta con la normativa europea e internacional, claramente orientada a consolidar el derecho de las mujeres a decidir y disponer de autonomía y con el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que ha ido cobrando fuerza en el derecho internacional, sobre todo tras las distintas Conferencias Internacionales sobre la mujer celebradas desde 1975.

Resulta, por tanto, muy obsoleto un sistema en el que la posibilidad de interrumpir la gestación sin consecuencias penales queda supeditada en todo caso a la opinión de terceros y que está formulada en el marco del Código Penal.

- **No ofrece suficiente seguridad jurídica ni a mujeres ni a profesionales.** Es conocida la situación de mujeres que han abortado y que son denunciadas por sus exparejas, poniendo en cuestión la legalidad de la intervención, cuestionando los informes médicos realizados, etc. Por otra parte, la ausencia de un límite para la práctica de la interrupción por causa de salud materna permite la realización de abortos tardíos. En ocasiones, esta ha sido la solución frente a diagnósticos de graves anomalías fetales, a veces incompatibles con la vida extrauterina, realizados con posterioridad a la semana 22. El aborto se realizaba invocando el peligro para la salud mental de la mujer de continuar adelante con el embarazo. Después de las denuncias de infracciones a la ley realizadas por grupos provida, las clínicas que practican abortos han dejado de realizarlos en estas situaciones, por lo que saltan a la prensa situaciones dramáticas de gestaciones con gravísimas anomalías fetales, diagnosticadas tardíamente que tienen que acudir a Centros públicos franceses donde comités de expertos estudian los casos y aceptan o no la interrupción solicitada.

Se necesitaría, por tanto, una **regulación clara de las situaciones planteadas por el diagnóstico de graves anomalías más allá de la semana 22 o de las situaciones en que la salud materna corre grave peligro en etapas más avanzadas del embarazo.**

- La interrupción legal del embarazo, a pesar de estar incluida en la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud (SNS), **no** es actualmente, una **prestación** que se realice en los **sistemas sanitarios públicos**, salvo en algo más de un 2% de los casos, ni está financiada públicamente:
 - Muchos centros sanitarios ni siquiera realizan las interrupciones motivadas por anomalías fetales diagnosticadas en esos mismos centros, a pesar de ser abortos en edades gestacionales avanzadas y de mayor riesgo. Contrasta, sin embargo, el gran auge del diagnóstico prenatal en nuestros centros. Podemos decir que hemos abrazado con entusiasmo y practicamos sin problemas las técnicas diagnósticas de las anomalías estructurales o genéticas de los fetos (ecografías, amniocentesis, analíticas), pero cuando se alcanza un diagnóstico positivo en muchos Centros no se asume la interrupción.
 - Tampoco cuando el aborto es motivado por enfermedades maternas graves que necesitarían de los cuidados que pueden prestarse en los hospitales generales públicos.

El SNS está fracasando estrepitosamente en la protección de la salud de las mujeres que se acogen a la ley de interrupción del embarazo, incluso de aquellas que lo hacen en condiciones extremas por problemas graves de salud o por anomalías fetales incluso incompatibles con la vida.

Otro de los problemas de la actual regulación sería la **inexistencia de una regulación de la objeción de conciencia**, lo que facilita el que los servicios públicos desatiendan esta prestación, a la que están obligados con medios propios o ajenos.

INTRODUCCIÓN

El Euzkadi Buru Batzar ha abordado el análisis sobre esta complicada materia bajo una serie de consideraciones que, con carácter previo a las propuestas concretas que se dan en el informe, se exponen a continuación:

- El Partido Nacionalista Vasco, como partido humanista que es, es defensor de la vida y de la dignidad de las personas.
- El aborto ha de ser considerado esencialmente como un fracaso, tanto individual como colectivo o social.
- El PNV, con la necesaria formación e información, tiene como objetivo la erradicación de los embarazos no deseados; ello nos conduciría a la no realización de prácticas abortivas.

Pero en el PNV somos conscientes de que la interrupción voluntaria del embarazo ha acompañado a la humanidad a lo largo de toda la historia y su práctica en condiciones inseguras se mantiene como una de las principales causas de mortalidad materna prevenible. Y ante esta realidad ineludible, el PNV plantea la necesidad de gestionar adecuadamente esta situación legislando para todas las personas independientemente de sus creencias.

Consideramos esencial una buena Educación tanto en materia sexual como en valores éticos, por lo que se deben emprender acciones generales y específicas que garanticen a todos los jóvenes y adolescentes la información necesaria y el desarrollo de las capacidades necesarias para desenvolverse en la vida cotidiana, asumiendo su sexualidad sin riesgos para la salud, y con conocimiento de las medidas de apoyo para la mujer que decida continuar con su embarazo. Será así, con información y formación, como consigamos en un futuro la reducción de los embarazos no deseados.

Un tema que no puede ni debe pasar desapercibido cuando se analizan cuestiones como la que nos ocupa es el relativo a la **objeción de conciencia**, en general, y en el ámbito sanitario en particular.

Como punto de partida debemos admitir el reconocimiento del principio de autonomía de las personas y de la libertad de conciencia, ideológica y religiosa; el reconocimiento de la posibilidad de objetar como algo consustancial a las sociedades democráticas. Y precisamente este reconocimiento pone de manifiesto el riesgo que puede ocasionar, en la práctica sanitaria, el ejercicio de la objeción de conciencia al colisionar con los derechos de los usuarios.

Hay que poner claramente de manifiesto que el conflicto se produce entre dos esferas positivas: el derecho a la libertad de conciencia del personal sanitario, que lleva aparejada la posibilidad de objetar su intervención a realizar una determinada actuación sanitaria, y el derecho del usuario a recibir una prestación establecida legalmente. Esta tensión requiere tomar medidas que permitan respetar ambas posiciones propiciando a la vez la prestación del servicio y la objeción. En suma, se trata de regular de forma práctica el ejercicio de la objeción y de agilizar los trámites de prestación del servicio por parte de otro profesional no objetor.

Ante cada supuesto de objeción de conciencia, debe asegurarse siempre la atención al usuario de forma que éste pueda ejercitar efectivamente sus derechos. Es por ello que la Administración y las diversas instituciones involucradas deben tomar las medidas necesarias para facilitar la compatibilidad del ejercicio de los derechos y las decisiones de todas las personas implicadas.

Estos hechos, junto con:

- el reconocimiento del derecho a tomar decisiones sobre la reproducción, a decidir en forma libre y responsable el número de hijos y a controlar los asuntos relativos a la sexualidad,
- el progresivo respeto a los derechos humanos de las mujeres, entre los que se incluyen el disfrute del grado máximo de salud física, mental y social, y el reconocimiento a su autonomía para desarrollar un proyecto de vida propio y

- la consideración de que el libre desarrollo de la personalidad de las mujeres prevalece cuando el embarazo resulta en una carga extraordinaria y opresiva o cuando afecta su salud, sus condiciones económicas o las de su familia,

han motivado el que exista una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en todos los países avanzados.

La existencia de esta regulación no ha impedido que el aborto siga siendo motivo de polémica. La interrupción de embarazo es un hecho dramático y así es vivido por mujeres y sociedades. Y ello porque:

- Sería la consecuencia del fracaso en el control de la capacidad reproductiva debido a factores culturales, sociales, religiosos, económicos, de género, de fallo del método anticonceptivo o a factores personales, entre otros.
- Plantea conflictos entre el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva y su proyecto de vida y el derecho a la vida de embrión o feto.
- Podría decirse también, que plantea conflictos entre el derecho de las mujeres a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes como ha sido caracterizada la continuación forzada de un embarazo o la falta de acceso a la interrupción legal cuando la salud está en riesgo¹ y cuándo comienza y hasta dónde llega la tutela del nasciturus mediante la intervención coercitiva del estado.

Por otra parte, toda legislación debe respetar la pluralidad de creencias que fundamenta la existencia de estados laicos o no confesionales en los cuales no es posible impedir el acceso de las mujeres a la interrupción o continuación del embarazo basándose en determinadas creencias religiosas. No se trata de excluir las decisiones basadas en las

¹ Las conductas que han sido reconocidas como tratos crueles, inhumanos y degradantes, y en consecuencia como violatorios del derecho a la dignidad son **aquellas que fuerzan a las mujeres a adoptar comportamientos en su vida reproductiva contra su voluntad: la maternidad no deseada, la imposición de la continuación de un embarazo que amenaza la salud, el embarazo forzado, la interrupción forzada del embarazo y la continuación forzada del mismo**. Estas conductas constituyen una violación de la libertad sexual y reproductiva y, por lo tanto, son incompatibles con el derecho a la salud. Constituyen también una violación del derecho de las mujeres a la dignidad, la autodeterminación reproductiva y la integridad personal.

creencias o en la religión, o incluso en la ausencia de creencia religiosa alguna, sino de evitar que las ideas de una determinada creencia o religión se impongan a aquellos que no comparten tales convicciones.

Elementos actuales de reflexión podrían ser los siguientes:

1.- La actual capacidad de regular la natalidad derivada de una mejor información sexual y mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos, no ha conseguido evitar el que se sigan produciendo interrupciones voluntarias de embarazo.

Posiblemente pretender que no existan abortos voluntarios es una utopía que olvida entre otras, cuestiones antropológicas, psicológicas y de género que condicionan la existencia de embarazos no deseados:

- Los seres humanos no siempre tomamos las decisiones más adecuadas para nuestros propios intereses.
- Muchas mujeres se encuentran en situaciones de desigualdad en relación a sus parejas que les dificultan la adopción de medidas anticonceptivas.
- Valores patriarcales, como que la identidad de las mujeres viene definida por la maternidad, propician situaciones de ambivalencia que pueden dar lugar a una protección anticonceptiva insuficiente. Por otra parte, los valores de la masculinidad tradicional se asocian a la práctica de conductas de riesgo y a la desconsideración de los intereses de las mujeres.
- Mantener una anticoncepción eficaz a lo largo de toda una vida y en todas las circunstancias, adolescencia, encuentros pasionales, separaciones y reencuentros, situaciones vitales estresantes, merma del autocontrol por alcohol u otras sustancias, etc., es realmente difícil.
- Todos los métodos anticonceptivos tienen una tasa de fallos no despreciable, incluidos los que no dependen del cumplimiento tales como ligadura de trompas, vasectomías y dispositivos intrauterinos.
- La mejor información anticonceptiva que hoy existe no siempre es capaz de cambiar actitudes o de motivar conductas que, como hemos dicho, deben ser mantenidas a lo largo de muchos años y no son consideradas cómodas e, incluso

se contemplan como disruptoras de una sexualidad que ha puesto su énfasis en el encuentro fusional. Otro ejemplo de este tipo de disociación entre información y conducta sería el tabaquismo.

Por otra parte, pretender que la prohibición del aborto, o incluso una regulación muy restrictiva puede conseguir disminuir el número de interrupciones, es un error como se ha encargado de demostrar la experiencia de siglos.

2.- Resulta de todo punto imposible plantear que en las sociedades del bienestar, secularizadas y celosas de la libertad y los derechos individuales, las mujeres que quedan embarazadas sin desearlo, acepten como inevitable este hecho y asuman la gestación y una futura maternidad o dejar su hijo o hija en adopción. Tanto en Euskadi como en el resto del Estado, las mujeres vienen recurriendo al aborto en número que sólo conocemos desde la despenalización parcial del aborto que tuvo lugar en 1985.

Sólo queda, por tanto, tratar de resolver este conflicto de intereses de la forma que concite mayor consenso social. La fórmula adoptada por las legislaciones de los países de nuestro entorno ha consistido en reconocer el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre la continuidad o no del embarazo hasta un momento concreto de la gestación, y, a partir de ese momento, considerar que prevalece el derecho del no nacido a que se tutele su vida. De hecho, la parcial despenalización del aborto acordada por la Ley Orgánica 9/1985 significó la admisión de un nuevo criterio para solucionar el conflicto de intereses mencionado. Este criterio descansa en la ponderación del valor no absoluto de la vida dependiente del embrión o feto con otros valores no absolutos como el derecho a la salud materna (aborto terapéutico), a la integridad física y moral (aborto ético) y la imposibilidad de “imponer una conducta que excede de la que normalmente es exigible” (aborto eugenésico)². El actual debate en el estado se refiere a la oportunidad de ampliar este criterio aceptando el derecho de las mujeres a decidir, procurando seguridad jurídica a las mujeres y profesionales mediante una nueva legislación que:

² En la argumentación de la constitucionalidad de la indicación eugenésica-la probable existencia de graves anomalías en el feto- el Tribunal constitucional afirma que el recurso a la sanción penal en esta caso “entrañaría la imposición de una conducta que excede de la que normalmente es exigible”

- Aborde la regulación en el marco de una Ley del ámbito de la salud que contemple la salud sexual y reproductiva y no en el código Penal.
- Reconozca plenamente el derecho de las mujeres a decidir sobre la gestación hasta un determinado momento y no limitarla a mera peticionaria de una intervención sobre cuya legalidad deciden terceras personas.
- Procure seguridad jurídica a mujeres y profesionales, hasta ahora inexistente debido a las diferentes interpretaciones posibles del supuesto de salud materna y al hecho de que este supuesto no tiene límite temporal alguno.
- Trate adecuadamente los casos de salud materna y anomalías fetales que se planteen por encima de las 22 semanas de gestación.
- Considere que no es adecuado hacer de la interrupción voluntaria del embarazo una excepción a la mayoría de edad sanitaria establecida en 16 años por la Ley 41/2002 de Autonomía de los pacientes.

3.- Desde un enfoque de defensa de la salud y los derechos de las mujeres, el problema fundamental lo constituyen los embarazos no deseados y, por tanto, el objetivo debe ser su disminución y, de esta forma, la de las interrupciones de embarazo. Las políticas de igualdad dirigidas a que mujeres y hombres se relacionen en plano de igualdad, también en lo afectivo y sexual, las políticas de mejora de las condiciones de vida y la conciliación de la vida personal y laboral, la educación afectivo sexual en libertad, igualdad y responsabilidad, las ayudas a la familia, etc., son los instrumentos que pueden ser más eficaces en la lucha contra los embarazos no deseados. La realidad actual de que gran parte de las interrupciones son solicitadas por inmigrantes, obliga a realizar un serio esfuerzo para identificar las actuaciones más eficaces para evitar esta importante desigualdad.

A la vista del análisis realizado relativo a la legislación actualmente vigente, de los problemas que de la misma se derivan y de los elementos de reflexión expuestos, el EBB realiza la siguiente:

PROPUESTA:

EN PRIMER LUGAR, SE HA CONSTATADO LA NECESIDAD DE QUE EL PARTIDO, UNA VEZ ACEPTADA LA LEGITIMIDAD DEL ABORTO EN LA SOCIEDAD ACTUAL, ADOPTÉ UNA POSICIÓN POLÍTICA SOBRE SU MEJOR REGULACIÓN.

Cada aborto voluntario es un hecho lamentable. Suele ser el resultado de un fracaso en la prevención de los embarazos no deseados; embarazos que, una vez producidos, muchas mujeres no aceptan por considerarlos un grave obstáculo en la realización de su proyecto vital, o por imposibilidad económica, incompatibilidad laboral o no desear ser madres en absoluto.

La prohibición del aborto³ no ha servido para reducir las cifras de interrupciones, más bien ha supuesto un riesgo para la salud de las mujeres como consecuencia de intervenciones en condiciones no seguras, o propiciado el turismo abortivo. Además, la experiencia en los estados con leyes de plazos (interrupción por decisión de la mujer hasta una edad gestacional determinada y variable entre los países), ha demostrado que la regulación del aborto no es el factor que conduce a cifras elevadas de abortos⁴. La existencia o no de educación sexual, el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, el nivel socioeconómico, las políticas de igualdad que mejoran la posición de las mujeres y su poder para negociar la protección anticonceptiva, las medidas de apoyo a la familia y de conciliación de la vida familiar y laboral, así como las creencias de la ciudadanía, parecen ser más determinantes del número de abortos que la propia legislación.

³ En Europa, tres países confesionales, católicos, mantienen la prohibición del aborto. En Malta, las mujeres no pueden abortar en ningún caso. Irlanda sólo lo permite en situaciones de grave riesgo materno. Polonia lo permite en los mismos casos que España, pero de forma extremadamente restrictiva, de forma que apenas se autorizan entre 100 y 200 abortos al año.

⁴ Dentro de los estados con leyes de plazos hay resultados tan dispares como los de Austria, con un aborto por cada mil mujeres (España: 11,49 y Euskadi: 6,84) y los de Rusia con 53 por mil mujeres.

Por otra parte, el reconocimiento del derecho básico a decidir en forma libre y responsable el número de hijos, a tomar decisiones sobre la reproducción y a controlar los asuntos relativos a la sexualidad, está claramente asentado. Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones, pactos de las Naciones Unidas y otros documentos aprobados internacionalmente. Así, se considera que los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos y que, para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, han de ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades con todos sus medios. Este reconocimiento de los derechos sexuales como Derechos Humanos entraña responsabilidades tanto para las personas como para los Estados y deben construir una de las bases primordiales para las políticas sanitarias, sociales y de desarrollo de cualquier país.

Además, hoy se concibe el derecho a la salud como interdependiente de los derechos a la vida, la dignidad, la autonomía, la libertad, el libre desarrollo de la personalidad, la no discriminación, la igualdad, la intimidad, la privacidad, así como a estar libres de tratos crueles, inhumanos o degradantes⁵. De esta interdependencia, se deduce que el derecho a la protección de la salud implica más que el mantenimiento de la vida en un sentido biológico y que ésta se relaciona con el bienestar, con los determinantes sociales de la salud y con el proyecto de vida elegido por cada mujer. Este proyecto, protegido por el derecho al libre desarrollo de la personalidad, puede verse afectado con la continuación de un embarazo no deseado que resulta incompatible con el diseño individual de la trayectoria elegida, resultar una carga extraordinaria y opresiva y afectar a la salud.

De la misma forma, se ha abierto paso la consideración del derecho de las mujeres a decidir sobre la continuación de una gestación, como un derecho humano que implica el reconocimiento de las mujeres como sujetos de derechos, con capacidad para custodiar su vida y su cuerpo y para tomar decisiones autónomas sobre su capacidad reproductiva, y como un derecho al libre desarrollo de su personalidad. Así, la Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, aprobó la Declaración y la Plataforma de Acción de

⁵ La continuación forzada de un embarazo o la falta de acceso a la interrupción legal cuando la salud está en riesgo ha sido caracterizada dentro de la categoría de trato cruel, inhumano y degradante.

Beijing en la que los Gobiernos reconocen que *“Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener el control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, sin coerción, discriminación ni violencia”*. Las Organizaciones supranacionales europeas, Unión Europea y Consejo de Europa, también han tratado el tema del aborto desde la perspectiva de los Derechos Humanos. En este sentido, son significativas algunas resoluciones. Así, la del Parlamento Europeo del año 2003, que recomienda que, *“para proteger la salud reproductiva y los derechos de las mujeres el aborto sea legal, seguro y accesible para todas las mujeres”*; y hace un llamamiento a los Gobiernos de los Estados miembros y de los países candidatos para que *“se abstengan de procesar a mujeres a quienes se les haya practicado un aborto ilegal”*. Y también, la del Consejo de Europa de abril de 2008, en la que se invita a los Estados miembros a *“despenalizar el aborto si no lo han hecho aún, allá donde sea delito, y garantizar el derecho de las mujeres a esta práctica y levantar las restricciones existentes”*.

El reconocimiento de los derechos y los planteamientos arriba enunciados ha llevado a las sociedades democráticas a considerar que la decisión de interrumpir un embarazo enfrenta dos intereses: el derecho de la madre a tomar dicha decisión y el derecho del feto a que su vida sea protegida por los poderes públicos⁶. Este conflicto de intereses es resuelto en los ordenamientos europeos desde hace décadas, declarando la prevalencia de los derechos fundamentales de las mujeres en las primeras fases del embarazo y pasando a valorar superiormente al nasciturus a partir de una edad gestacional concreta. Este enfoque está orientado a consolidar el derecho de las mujeres a decidir y disponer de autonomía y contrasta claramente con el enfoque de la regulación española. En ésta, el aborto es una conducta prohibida con carácter general, salvo en tres supuestos, y las mujeres quedan relegadas al papel de meras peticionarias de una prescripción médica, quedando la interrupción del embarazo supeditada a la opinión de terceros.

No es de esperar que una Ley, por buena que sea, elimine o reduzca el aborto, pero sí que reconozca derechos a las mujeres, proteja a las personas que se acojan a ella y a los profesionales que la aplican, mejore la atención sanitaria y social, reduzca las inequidades

⁶ Es comúnmente aceptado en los ordenamientos europeos que la vida del no nacido no merece la misma valoración que la vida enteramente formada, independiente y postnatal y por ello se requiere una mayor tutela cuanto más se acerca el momento del nacimiento

y evite los abortos inseguros. En definitiva, que gestione bien el problema y el fracaso de la prevención que representa un embarazo no deseado.

Por otra parte, toda legislación debe respetar la pluralidad de creencias que fundamenta la existencia de estados laicos o no confesionales, en los cuales no es posible impedir el acceso de las mujeres a la interrupción o continuación del embarazo basándose en determinadas creencias religiosas. No se trata de excluir las decisiones basadas en las creencias o en la religión, o incluso en la ausencia de creencia religiosa alguna, sino de evitar que las ideas de una determinada creencia o religión se impongan a aquellos que no comparten tales convicciones.

EN SEGUNDO LUGAR, SE DEBATE LA OPORTUNIDAD DE UNA LEY DE PLAZOS.

La actual regulación de la interrupción voluntaria del embarazo es, en la práctica, una ley de plazos tutelada por un informe psiquiátrico, con un elemento de inseguridad jurídica y ética importante: el supuesto de salud materna es interpretable y carece de límite de edad gestacional. Por tanto, puede funcionar como la ley de plazos más amplia posible.

Adoptar una ley de plazos clara con un límite temporal sobre el que haya consenso social, lejos de ampliar la actual regulación, lo que haría es evitar riesgos para las mujeres y profesionales, abusos con abortos injustificadamente tardíos, y, sobre todo, reconocer el derecho de las mujeres a decidir sobre la continuación de un embarazo, elemento de política democrática de primer orden.

EN TERCER LUGAR, SE ABORDA EL LÍMITE DE EDAD GESTACIONAL PARA EL ABORTO LIBREMENTE DECIDIDO POR LAS MUJERES.

No existen razones biológicas o éticas que permitan decidir sobre el momento concreto en que decae el derecho de la mujer a decidir, 12, 14, 15 semanas... Sin embargo, es sabido que las interrupciones más tardías representan más riesgos para la salud física y psíquica

de las mujeres. Otro dato de sumo interés es que la gran mayoría de los abortos se practican en nuestro entorno con 12 ó menos semanas. En 2007, en la CAPV, el 92%.⁷ Sin embargo, no conviene olvidar que algunas situaciones (adolescencia, inmigración, discapacidad, bajo nivel socioeconómico...), pueden dificultar el acceso a la interrupción durante el primer trimestre.

EN CUARTO LUGAR, SE ANALIZA EL PLAZO PROPUESTO EN EL CASO DE QUE HAYA PELIGRO PARA LA SALUD MATERNA O SERIAS ANOMALÍAS FETALES.

En la definición del aborto de la OMS⁸, se considera que la viabilidad, es decir, la posibilidad de que el feto sobreviva fuera del útero materno, comienza con 22 semanas cumplidas. Es por ello que el Comité de Personas Expertas sobre la situación de la interrupción voluntaria del embarazo y las propuestas para una nueva regulación plantean esa edad como límite para las indicaciones de aborto por riesgo materno o anomalías fetales.

Es por ello que se considera adecuado el límite de 22 semanas. Pero este plazo debe tener excepciones. La vida de la madre tiene prevalencia sobre el nasciturus tal y como reconoce el Tribunal Constitucional⁹, lo que legitima la realización de abortos en una fase más avanzada de la gestación. Se considera también que, cuando el feto está afectado de graves anomalías detectadas después de las 22 semanas, no es exigible el mantenimiento del embarazo. Por tanto, estas situaciones deben de ser amparadas por la nueva ley. La creación de un Comité de expertos que estudien caso por caso es la solución adoptada en otros países como Francia.

EN QUINTO LUGAR SE ABORDA LA EDAD NECESARIA PARA SOLICITAR UNA INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO SIN CONSENTIMIENTO PARENTAL OBLIGADO.

⁷ Anexo I: datos 2007.

⁸ Expulsión del embrión o feto desde la implantación uterina hasta la viabilidad fetal establecida en 22 semanas.

⁹ STC 53/1985

La ley de Autonomía del Paciente¹⁰ establece la mayoría de edad sanitaria en 16 años, salvo en tres circunstancias: participación en ensayos clínicos, solicitud de técnicas de reproducción asistida y petición de interrupción voluntaria de embarazo.

Esta excepción supone crear un problema a las adolescentes que no desean informar a sus padres lo que puede originar retrasos en el acceso al aborto o incluso inducirlas a optar por abortos clandestinos. El derecho al acceso confidencial a un aborto con garantías sanitarias suficientes debiera ser preservado en las adolescentes. Esto en nada impediría la comunicación a los padres, que debiera ser estimulada, porque lo deseable es que una mujer que interrumpe su embarazo tenga todo el apoyo emocional de las personas significativas para ella. Pero hemos de tener siempre en cuenta que cuando una adolescente evita la participación parental en su decisión de abortar su elección suele tener una buena justificación.

Por otro lado:

- Las decisiones sexuales y reproductivas son derechos personalísimos que afectan a la intimidad y la libertad de las mujeres, sosteniendo el Código Civil que el ejercicio de los derechos personalísimos de los y las menores está excluido de la patria potestad.
- Se permite el matrimonio a partir de los 16 años a los jóvenes emancipados
- El derecho penal reconoce que a los 13 años un menor tiene madurez suficiente para decidir sobre su sexualidad, de donde se infiere que igualmente debería reconocérsele la facultad de tomar decisiones sobre las consecuencias de sus relaciones sexuales.

La no obligatoriedad del consentimiento parental ó de quienes ejercen la patria potestad en nada afecta a la posibilidad de que las adolescentes informen y cuenten con sus padre, madre ó tutor para la toma de esta decisión, pero salvaguardando aquellas situaciones, tales como violencia doméstica acreditada, situación de desarraigo familiar, agresiones o abusos sexuales o graves incumplimientos acreditados de los deberes de la patria

¹⁰ LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

potestad, en que las jóvenes encuentran dificultades para dar a conocer a padre, madre o tutor su gestación y su decisión de interrumpir el embarazo y que pueden derivar en abortos más tardíos o clandestinos, con todos sus riesgos.

Por todo ello, se hace necesario proponer la modificación del artículo 9.4 de la Ley 41/2002 en el sentido de eliminar la referencia a la IVE entre las excepciones al régimen general sobre el consentimiento de menores en el ámbito sanitario.

Asimismo, es necesario revisar y proponer, en su caso, la modificación de toda la normativa, excesivamente dispersa en distintas leyes, que hace referencia a los derechos y obligaciones de los jóvenes de entre 16 y 18 años. De la situación actual del marco normativo, totalmente contradictorio, en el que se encuentran estos jóvenes tenemos varios ejemplos: con 16 años sí se puede tener un trabajo, tener relaciones sexuales con un adulto a partir de los 13 años, dar el consentimiento para cualquier operación quirúrgica, contraer matrimonio, conducir un ciclomotor, tener responsabilidad penal, etc. Sin embargo, con 16 años no se puede comprar tabaco, comprar y consumir alcohol, ponerse un piercing o hacerse un tatuaje, conducir un coche, abrir una cuenta bancaria o contratar una hipoteca, votar, etc.

EN SEXTO LUGAR, SE ANALIZA SI EL TEMA DEL ABORTO HAY QUE SACARLO DEL CÓDIGO PENAL Y CUÁL SERÍA LA PENALIZACIÓN ADECUADA CUANDO SE SOBREPASEN LOS LÍMITES TEMPORALES QUE SE ESTABLEZCAN EN LA NUEVA NORMATIVA, O CUANDO SE INCUMPLAN LAS CONDICIONES EN ELLA EXIGIDAS.

Las situaciones de incumplimiento de la futura norma van desde el incumplimiento de los requisitos procedimentales, hasta el aborto practicado sin el consentimiento de la mujer. Por ello, no todas las conductas ilícitas tienen la misma gravedad. Ni tampoco es comparable la gravedad de una conducta ilícita en la mujer que está sometida a un grave conflicto personal, con la de otras personas partícipes en un aborto fuera de la legalidad.

CONCLUSIONES:

- 1. Se acuerda apoyar una nueva regulación para mejorar la atención a una realidad innegable: el aborto existe, y lo que se propone es modificar la regulación actual de forma que se garanticen mejor la salud y los derechos de las mujeres y de los profesionales.**
- 2. Lo adecuado es promover una regulación en base a un modelo mixto de plazos e indicaciones.**
- 3. Es aceptable un límite en torno a las 12-14 semanas, para el aborto libremente decidido por las mujeres.**
- 4. Se acuerda considerar adecuado el límite de 22 semanas, en los casos en que haya peligro para la salud materna o serias anomalías fetales.**
- 5. No hay razón para excluir la IVE del régimen general del consentimiento de menores recogido en la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, de tal forma que debería admitirse la validez del consentimiento a partir de los 16 años de edad pero estableciendo en la nueva regulación el reconocimiento a quienes ejercen la potestad o la tutela de la mujer mayor de 16 años a ser notificados ó informados de la solicitud formulada por aquella para la práctica del IVE**
- 6. En ningún caso el aborto debe suponer la privación de libertad, ni para la mujer ni para los profesionales. Pero la penalización debe ser más rigurosa con el o la profesional, fundamentalmente si se practica un aborto a partir de las 22 semanas sin que hayan sido contrastadas, por personas expertas, la existencia de graves anomalías.**
- 7. Se requiere regular expresamente el derecho de los profesionales sanitarios a declararse objetores de conciencia a la práctica del IVE preveyéndose el procedimiento y los efectos de dicha declaración, así como la creación de un Registro de Objetores de Conciencia de Profesionales Sanitarios.**
- 8. Deberá revisarse el texto de la nueva regulación mediante la presentación de las oportunas enmiendas, en lo relativo a la preservación de la competencia en materia de sanidad de la Comunidad Autónoma del País Vasco.**

ANEXO I: DATOS ABORTO 2007

- Tasa por 1.000 mujeres entre 15-44 años en el País Vasco: 6,84
- Total abortos en el País Vasco: 2.955

- Tasa por 1.000 mujeres entre 15-44 años en Navarra: 5,65

- Tasa Estatal: 11,49
- Total Estatal: 112.138

- 6 Comunidades Autónomas tienen menor tasa que el País Vasco y las ciudades autónomas. Por orden de menor a mayor tasa: Ceuta y Melilla, Galicia, Cantabria, Extremadura, Navarra, Castilla y León.

- Por semanas de gestación (Estado):
 - < o igual a 8 : 62,84%
 - 9-12: 25,31%
 - 13-16: 6,2%
 - 17-20: 3,69%
 - 21 o más: 1,93%

- Por edad de la mujer País Vasco:
 - <15 años: 9
 - 15-19: 347
 - 20-24: 706
 - 25-29: 759
 - 30-34: 574
 - 35-39: 403
 - 40-44: 143
 - >44: 14

- Por semanas de gestación. País Vasco
 - > ó = 8: 1.941, el 65,68% del total
 - 9-12: 786, el 26,59%
 - 13-16: 63, el 2,13%
 - 17-20: 105 (la mayoría por causa fetal)
 - 21 ó > : 57

- Por causa. País Vasco
 - Materna: 2.782
 - Fetal: 171
 - Varios motivos: 2