

Proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo

Información Técnica Realizada para facilitar el debate socio-político
Noviembre de 2009

A continuación se aportan definiciones, afirmaciones y comentarios de diferentes autores sobre el Proyecto de Ley que se debatirá próximamente en el Parlamento Español.

No es necesario leer todo este documento. Uno puede según el índice comentado a continuación ir directamente al anexo de interés.

Índice y comentarios sobre contenidos

Anexo I- Definiciones sobre salud, salud sexual, salud reproductiva

El Proyecto de Ley hace continuas referencias a diferentes definiciones de organismos como la Organización Mundial de la Salud para justificar el contenido del Proyecto de Ley sobre salud sexual y aborto.

Hay que constatar varias cosas:

(1) Las definiciones internacionales no deben considerarse necesariamente como “afirmaciones científicas objetivas” sino que pueden resultar de consensos más o menos ideologizados y partidistas.

(2) Ninguna de las definiciones iniciales de los términos de salud sexual y salud reproductiva contemplan el aborto como integrante del concepto de “salud sexual y reproductiva”. Más bien al contrario, la evidencia científica actual muestra que el aborto es perjudicial para la salud psíquica de la mujer con lo que no tiene sentido plantear el aborto como solución a posibles conflictos psicológicos ni como una medida preventiva de problemas de salud en la mujer¹. El aborto ha sido incluido posteriormente en conferencias internacionales sin recibir el respaldo unánime de los participantes a tales conferencias. Por ello no es correcto presentar esto como si fueran verdades científicamente contrastables e inopinables.

(3) La salud sexual y reproductiva de mujeres y varones debe protegerse desde la Salud Pública. “Salud sexual y reproductiva” significa, entre otras cuestiones, decidir cuándo y cómo favorecer o evitar un embarazo. Sin embargo, cuando ya hay embarazo, no se debería hablar de “derecho a la salud sexual y reproductiva” para “interrumpirlo” porque ahora está en juego el derecho a seguir viviendo de otro ser humano. No tiene sentido abortar aduciendo este derecho mientras se considera infanticidio matar a un recién nacido que también es “producto” de nuestra “salud reproductiva”. No tiene ningún sentido científico darle al corte del cordón umbilical o a la fecha de “viabilidad” (que cambia constantemente con el avance de la ciencia) un valor “mágico” a partir del cual uno pueda hablar ya de infanticidio. Un embarazo imprevisto es un problema donde están involucrados tres seres humanos (el no nacido y sus padres biológicos).

¹ Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspect Sex Reprod Health* 2007;39(1):6-12.

Anexo II- Datos científicos sobre el inicio del ser humano en la fecundación.

Este documento presenta los datos científicos para un auténtica “objeción de ciencia” al proyecto de ley que trata el inicio de la vida y al no nacido sin ningún fundamento científico. Los temas tratados son: comienzo de la vida, viabilidad e independencia del feto y plazos para abortar, utilización de términos ambiguos y/o incorrectos como “vida en desarrollo” o “terapéutico”.

Anexo III- Comentarios al documento de la UNESCO

La propuesta de ley se refiere frecuentemente a declaraciones internacionales. Una que ha aparecido recientemente con gran estruendo y que puede ser citado en el debate parlamentario es la Guía Internacional de Criterios sobre educación sexual de la UNESCO. Hay que señalar que estas declaraciones no se pueden considerar como documentos científicos que contienen evidencias que uno deba aceptar obligatoriamente a pesar de que afirmen que son documentos “basados en evidencias”. Se explican algunos problemas metodológicos como ejemplos para invalidar estos criterios internacionales.

Anexo IV- Las propuestas de regulación del aborto en España.

Este Anexo contiene comentarios generales sobre el Proyecto de Ley que son de interés. Especialmente sobre las cuestiones siguientes:

- concepto de derecho de las mujeres.
- resoluciones del parlamento europeo.
- convenio para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW).
- objeción de conciencia.
- educación familiar. Es muy llamativo que el gobierno plantea en vez de fortalecer la labor educativa de familias y asociaciones civiles, suplantar esta responsabilidad y aplicar de manera uniforme su propio criterio en asuntos que son cuestionables y opinables como puede ser el contenido de una educación de la afectividad y de la sexualidad.
- supuesta “demanda social del aborto” (valores dominantes y necesidades del momento). Parece increíble que se afirme que se debe convertir en ley toda demanda social. ¿Qué pasaría con demandas sociales a favor de la tortura, del linchamiento público, etc.? Hay cuestiones como la defensa de la vida que no deberían ser objetos de mayorías parlamentarias.
- consentimiento informado incorrectamente planteado.

Anexo V- Comentarios al informe del Consejo de Estado

Se presentan comentarios al informe del Consejo de Estado que ponen en duda la constitucionalidad de algunos aspectos del proyecto de ley.

ANEXO I

DEFINICIONES

Salud

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades².

Sexualidad

Es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales.³

Salud Sexual

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales de ser sexual, de tal forma que enriquezca positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación, y el amor. Fundamental en este concepto es el derecho a la información sexual y el derecho para el placer.⁴

Salud Reproductiva:⁵

Es el estado o condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.

ANEXO II

² *Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948).*

³ *Defining sexual health Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002. Ginebra/ OMS 2006*

⁴ Informe N° 572,1975. *Definición Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975.*

⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo.* El Cairo: FNUAP; 1995

DATOS CIENTÍFICOS

1. Sobre el inicio del ser humano en la fecundación

(1) La expectativa de vida

Antes de la fecundación el óvulo y el espermatozoide son células “moribundas”: el óvulo tiene una expectativa de vida de unas 24 horas y el espermatozoide de unos 3 a 5 días. A partir de la fecundación, hay un cambio radical: el ser vivo resultante de la unión de esas dos células, “moribundas”, puede vivir aproximadamente hasta los 80 años según la esperanza de vida de nuestro país. Esto quiere decir que en la fecundación ha ocurrido algo extraordinario, irrepetible, espectacular, algo clave.

En salud pública se valoran los resultados por expectativa de vida (cuántos años se vivirá de media) y su complementario (años de vida potencialmente perdidos). Lo peor es que mueran quienes más expectativa de vida tienen. Como se acaba de explicar, el cambio más radical en expectativa de vida no coincide con el nacimiento, sino con la fecundación.

(2) La dotación genética

El óvulo y el espermatozoide tienen un material genético distinto entre sí pero idéntico a la madre, en el caso del óvulo, o al padre, en el caso del espermatozoide. Cuando se unen en la fecundación, en el cigoto (embrión de una célula) aparece un material genético distinto al de los progenitores. A partir de este momento, ya no hay ningún cambio substancial en el aspecto genético que confiere la individualidad biológica del ser humano.

(3) La inmunología

A partir de la fecundación, el cigoto comienza a producir proteínas que pueden ser reconocidas como extrañas por la madre y necesita “protegerse” contra el posible rechazo de su madre. Se produce el fenómeno de la “tolerancia materno-fetal”. (Norwitz ER, Schust DJ, Fisher SJ. *Implantation and the survival of early pregnancy. N Engl J Med 2001;345(19):1400-8.*)

2. El embrión no es una parte del cuerpo de la mujer

Los datos aportados por la Genética (puntos 2 y 3 del apartado anterior) ponen de manifiesto que el embrión es biológicamente un ser distinto a su madre. No puede considerarse parte del cuerpo de la mujer, aunque para su desarrollo inicial necesite de ella. También después del nacimiento, seguirá siendo un individuo dependiente (necesita ser alimentado) hasta que alcance autonomía personal.

3. Sobre los plazos establecidos en la ley (14 y 22 semanas del desarrollo):

Tras la constitución del cigoto e iniciadas las divisiones celulares no hay razones biológicas para establecer un paréntesis en la condición de la vida que se ha instituido, ni retrasar su consideración de ser vivo humano. Las distintas

formas por las que va atravesando el desarrollo embrionario (embrión de una, dos, cuatro células, la mórula, el blastocisto, etc) no representan un cambio cualitativo en la naturaleza del embrión, sino sólo cuantitativo y morfológico. La transición de un estadio a otro se realiza de modo dinámico, sin solución de continuidad (*Pearson H. Your destiny from day one. NATURE 2002;418:14-15*)

Por otra parte, el concepto de “viabilidad fetal” al que se hace referencia en la ley es un concepto cambiante, debido a los avances técnicos en medicina neonatal. Refiriéndose a las 22 semanas, se habla en la ley del “momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre”. Como se ha comentado anteriormente, también después del nacimiento, el bebé seguirá siendo un individuo dependiente (necesita ser alimentado) hasta que alcance autonomía personal.

4. Utilización de términos ambiguos e imprecisos:

En el documento de la ley se utiliza el término “vida en formación” para referirse al embrión o feto. En medicina, hay términos concretos y específicos para denominar al ser humano según el momento del desarrollo en el que se encuentra: cigoto (una célula), embrión, mórula, blastocisto, feto, recién nacido, lactante, niño, preadolescente, adolescente, etc.

5. Utilización inadecuada del término “indicación terapéutica”

Por otra parte, se hace referencia al aborto por “indicación terapéutica”. El término “terapéutico/a” significa “relativo al tratamiento de las enfermedades o alteraciones mediante agentes o métodos” (*diccionario Merriam-Webster, Harvard University*) o “relativo a la parte de la medicina que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades” (*diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*). Ante los fetos con “riesgo de graves anomalías” el aborto no puede ser considerado terapéutico, puesto que no es un modo de tratar la anomalía, sino de eliminar al ser humano que presenta dicha anomalía o “riesgo” de presentarla. El término indicado sería “indicación eugenésica”.

ANEXO III

COMENTARIOS AL DOCUMENTO DE LA UNESCO: *International Guidelines on Sexuality Education: An evidence informed approach to effective sex, relationships and HIV/STI education (2009)*

Este nuevo documento de la UNESCO pretende erigirse como una guía internacional sobre educación sexual. Sin embargo, adolece de importantes sesgos y problemas metodológicos. Esto hace cuestionar seriamente su validez: se trata de un documento más ideológico que científico. A continuación, señalamos solamente tres ideas importantes que justifican nuestra crítica (hay bastantes más pero pretendemos no ser exhaustivos):

1. Este documento concluye erróneamente que los programas basados en la abstinencia no son eficaces para retrasar el inicio de las relaciones sexuales. Esta conclusión es incorrecta porque no se incluyen todos los estudios sobre esta cuestión: precisamente faltan aquellos que demuestran científicamente la eficacia de algunos programas que promueven la abstinencia.

Aún más, este documento muestra su carga ideológica cuando rechaza los programas de abstinencia sin valorar los motivos que pueden explicar su escasa eficacia. La falta de eficacia no puede ser el motivo para rechazarlos, del mismo modo que no nos planteamos dejar los programas de prevención del tabaquismo porque tienen poco éxito. Como se señala en un artículo publicado en *British Medical Journal*⁶, la pregunta no es si deberíamos transmitir este mensaje a los jóvenes sino cómo deberíamos hacerlo.

2. En el documento se recomienda hablar a niños/as de 9-12 años sobre el aborto como una práctica segura cuando se realiza en situaciones estériles y por personal médico. Esto es falso ya que ningún procedimiento médico está libre de efectos secundarios y, además, está demostrado científicamente que el riesgo de enfermedades psíquicas es mayor en las mujeres que se han sometido a un aborto voluntario⁷. Aún más, su sesgo ideológico se pone de manifiesto cuando incluye esta enseñanza sobre el aborto en el apartado de “prevención del embarazo”.

3. Una idea principal del informe es que la educación sexual no adelanta las relaciones sexuales. Sin embargo, hay evidencias científicas que demuestran que ciertos mensajes sobre “sexo seguro” sí las adelantan⁸. Esto en salud pública se conoce como compensación del riesgo⁹: los condones reducen el riesgo pero no lo evitan del todo. Es decir, transmitir a los jóvenes la idea de que “uso de condones es igual a sexo seguro” puede derivarse en un aumento

⁶ British Medical Journal. 2007: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/bmj.39245.446586.BEv1#174886>

⁷ Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspect Sex Reprod Health* 2007;39(1):6-12.

⁸ Relationships, love and sexuality: what the Filipino teens think and feel. *BMC Public Health*. 2009 Aug 5;9:282.

⁹ Risk compensation: The achilles' heel of innovations in HIV prevention? *BMJ* 2006 (Clinical Research Ed.), 332(7541), 605-607.

de las relaciones sexuales y en definitiva, en una mayor exposición a situaciones de riesgo.

La educación sexual para los jóvenes es deseable y es importante para prevenir el aborto. No obstante, hay que promover una educación de la afectividad y de la sexualidad que compagine la información biológica científicamente veraz con la formación de la afectividad y del carácter de los jóvenes.

ANEXO IV

LAS PROPUESTAS DE REGULACIÓN DEL ABORTO EN ESPAÑA

Plantear las propuestas de regulación del aborto en España requiere tener en cuenta el texto del denominado “anteproyecto de ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”, aprobado por el Consejo de Ministros el 14 de mayo de 2009. Pero dicho texto reclama una breve consideración sobre los elementos conceptuales en los que se basa y sobre los argumentos para apoyar la demanda social a la que se apela para justificar la tramitación de la nueva regulación.

1. La propuesta de reforma de legislación en materia de aborto.

El anteproyecto aprobado responde a una serie de presupuestos conceptuales y argumentos de demanda social, que merece la pena tener en cuenta.

1.1. Los elementos conceptuales

En primer lugar, el discurso y argumentario para justificar la reforma de la actual despenalización del aborto en España se ha repetido en otros países y en procesos similares, utilizando en muchos casos el estereotipo acerca de los denominados “derechos de las mujeres”.

En los foros internacionales, la Unión Europea no ha utilizado dicha terminología, sino que se ha referido al “ejercicio de los derechos humanos por parte de las mujeres”, por dos razones:

En primer lugar, reconocer unos derechos específicos para un grupo o un sector de la población haría quebrar la universalidad de los derechos, declarada en la II Conferencia mundial sobre derechos humanos, convocada por Naciones Unidas en Viena en 1993.

En segundo lugar, reconocer a las mujeres como posibles titulares implicaría de algún modo asumir que se trata de un “grupo” social que reclama especial protección, lo que las situaría como un sector diferente “del resto” de la población, que por su “vulnerabilidad” requiere medidas específicas. Esta aproximación supondría volver a los argumentos de un tratamiento proteccionista para las mujeres, que se identifica con un planteamiento calificado históricamente como “machista”.

Junto a ello, se ha argumentado que las Organizaciones Internacionales defienden y apoyan el reconocimiento del derecho a la autodeterminación y que regular el aborto supone “aproximarse” a la situación de los países del entorno. Esta afirmación resulta cuanto menos rigurosa por las siguientes razones:

En primer lugar, la Unión Europea carece de mandato y competencias jurídicas para regular esta cuestión. No es baladí la reciente posición manifestada por Irlanda, de modo que plantea como condición para asumir la reforma europea que sea respetada la legislación irlandesa que prohíbe el aborto. Pero al margen de esta declaración, lo cierto es que las resoluciones del Parlamento europeo no son jurídicamente vinculantes, ya que no se trata

de decisiones jurídicas sino políticas, sometidas al juego de mayorías que haya en cada momento en el Parlamento.

Lo mismo podría decirse del Consejo de Europa y de las decisiones políticas que proponga.

En ambos casos, no se puede omitir el hecho de que las legislaciones estatales europeas no resultan homogéneas. En Malta e Irlanda el aborto está prohibido; en España, de momento, está despenalizado en supuestos en los que se entiende que prima el denominado “estado de necesidad”; y en los países nórdicos, la legislación es permisiva, aunque con diferencias entre ellos.

En el ámbito de Naciones Unidas, tampoco resulta riguroso asumir que se propone el reconocimiento de un “derecho al aborto”.

El texto jurídico por excelencia para erradicar la discriminación respecto a las mujeres es el Convenio para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, conocido por su acrónimo en inglés como CEDAW.

El texto, aprobado por la Asamblea General, en diciembre de 1979, fue ratificado por España en 1984, lo que implica que nos encontramos ante un Tratado Internacional, que se ha incorporado al ordenamiento jurídico español. En el artículo 12 del CEDAW se reclama el compromiso de los Estados para proteger la salud de las mujeres, en los siguientes términos:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre mujeres y hombres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Para la interpretación del CEDAW, el Comité que revisa el cumplimiento del Convenio por parte de los Estados ha aprobado una serie de recomendaciones, clarificando el contenido del Convenio. Respecto al artículo 12, el Comité aprobó la recomendación general n. 24, durante su 20 periodo de sesiones, en 1999, en la que se especifican tres cuestiones importantes:

- a) el n.11 de la recomendación citada señala que las medidas para garantizar atención médica a las mujeres no se considerarán apropiadas si carecen de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. En ese mismo párrafo, se añade textualmente que la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que presten esos servicios. Lo que significa dos cosas: la primera, que debe facilitarse un servicio adecuado en materia de salud reproductiva, que no necesariamente se identifica con el aborto libre propuesto en el anteproyecto de ley en España. Más aún, la Plataforma de Acción aprobada en Pekín en 1995, durante la IV Conferencia mundial sobre las

mujeres, establece en su n. 106k que en ningún caso el aborto podrá ser considerado como un método de planificación familiar¹⁰.

Pero además, el texto de la recomendación no propone de ninguna manera una restricción a la objeción de conciencia del personal sanitario, como hace el anteproyecto español, sino que afirma que se remita a la mujer a entidades que presten esos servicios respecto a los que se objeta, que la recomendación no identifica con el aborto en términos exclusivos, puesto que ni lo menciona.

b) El nº 12 de la misma recomendación apela a los ámbitos en los cuales es necesario un tratamiento diferenciado de la asistencia sanitaria para mujeres y para hombres. En esos factores se incluye junto al biológico, el psicosocial y el socioeconómico, pero en ningún caso de habla del aborto, sino más bien de la “función reproductiva”, que hay que interpretar en el contexto de todo el contenido de la recomendación. En esta línea, el nº 31 establece que los estados deberían dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia.

c) en nº 28 insta a incluir en la educación familiar, una comprensión adecuada de la maternidad como función social, que en ningún caso es mencionada en el anteproyecto español.

Junto a todo lo expuesto, hay que tener en cuenta los datos que se han utilizado para construir la denominada “demanda social”, que se articula en torno a dos referencias: el incremento del número de abortos; y el perfil de las mujeres que abortan.

En el primer caso, es significativo que el informe anual sobre abortos en España, elaborado por el Ministerio de Sanidad haya evolucionado en función de criterios políticos. En 2004 y 2005, las causas del incremento de abortos se debían a la mejora en la contabilidad de los abortos practicados en centros privados, y al incremento del aborto entre las mujeres inmigrantes. Los

¹⁰ El n. 106k de la Plataforma afirma textualmente lo siguiente: *A la luz de lo dispuesto en el párrafo 8.25 del programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, donde se establece que “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 pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas* como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. 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 acuerdo 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 postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos”, considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.*

**Se entiende por aborto peligroso el procedimiento realizado por personas que no poseen las cualificaciones necesarias, o en un medio en que no existen los requisitos médicos mínimos, o ambas cosas, con objeto de poner término a un embarazo no deseado (definición basada en la publicación de la Organización Mundial de la Salud “The prevention and management of unsafe abortion”, informe de un grupo de trabajo técnico, Ginebra, abril 1992, WHO/MSM/92.5).*

informes de 2006 y 2007 se hicieron públicos en mayo y noviembre 2008 respectivamente, tras el anuncio de la reforma. Los datos avalan la afirmación de que ha incrementado el número de abortos, especialmente en las franjas de edad de mujeres jóvenes. Pero este dato hay que leerlo en el contexto de toda la estadística de los informes. Se añade que han fallado las políticas de educación y prevención.

En el 91% de los casos de abortos de menores en España, las jóvenes consideran que tienen suficientes conocimientos sobre sexualidad y que no han quedado embarazadas por falta de información; pero cuando se les pregunta por cuestiones concretas, como los métodos anticonceptivos, la píldora del día siguiente o el embarazo y el ciclo, solamente el 17% contesta correctamente a las preguntas. Lo que confirma que el sistema de información no es correcto y no ha sido eficaz. De manera que la solución pasa necesariamente por una mejora de ese proceso, antes de proponer directamente el aborto libre como salida.

En cuanto al perfil de las mujeres que abortan, el mayoritario –según los datos del propio Ministerio- es mujer soltera, con nivel de instrucción de segundo grado, situación laboral asalariada, sin hijos anteriores al aborto y sin abortos previos. En el caso de la pareja o sustentador principal, se trata en el casi 65% de los casos, de personas que trabajan y están asalariadas.

Lo que significa que no es válido el argumento de la falta de recursos, ni la falta de educación, ni el número excesivo de hijos para mantener, que han sido los argumentos tradicionalmente utilizados para argumentar a favor del aborto.

Como consecuencia, podría afirmarse que los presupuestos conceptuales no dan respuesta a la reforma propuesta.

No hay problemas sociales exclusivos de mujeres, que afecten solamente a las mujeres, porque por definición la desigualdad es un problema social, que reclama la respuesta de toda la sociedad y de todos los agentes involucrados.

Consecuentemente, hay que recuperar el papel y responsabilidad de los hombres, en un ámbito en el que intervienen y sin embargo, no asumen consecuencias, derivando en los planteamientos feministas ya superados de principios del siglo XX.

La educación e información en la sexualidad y en la planificación de la familia debe ser rigurosa y plural, lo que contrasta con la propuesta de reforma, en la que se afirma que el material y formato de la información que se dispensará a las mujeres que quieran abortar será reglamentada por el Gobierno.

Por último y no menos importante, la responsabilidad de los padres respecto a las menores, así como las posibles restricciones a la objeción de conciencia del personal sanitario vulneran los derechos más básicos reconocidos en la Constitución española de 1978, concretamente en los artículos 16 (libertad ideológica y religiosa), 27 (derecho a la educación) y 30 (derecho a la objeción de conciencia).

1.2. Las propuestas de la reforma

El anteproyecto de “Ley orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”, de 14 de mayo de 2009 contiene un preámbulo; un título preliminar (objeto, definiciones y ámbito de aplicación); dos

títulos, sobre salud sexual y reproductiva y aborto, respectivamente; una disposición adicional y otra derogatoria, así como cinco disposiciones finales.

El preámbulo se divide en tres apartados. El último explica la estructura del proyecto; y en los otros dos, se desarrolla la competencia de los poderes públicos en materia de sexualidad y el deber de que el Derecho responda a las necesidades de la sociedad.

No deja de ser significativo que en la primera parte, se subraye la sexualidad vinculada al bienestar, al libre desarrollo de la personalidad, a la integridad y a la intimidad, y no se mencione en ningún momento la protección de la vida, que es la consecuencia. Pero además, el texto hace constantes referencias a los textos internacionales en los que apoya la necesidad de la ley, que están faltos de rigor, en los que se incluye junto al CEDAW una relación de decisiones políticas y por tanto no jurídicas, cuya vinculación es de grado claramente diferente.

La segunda parte de la exposición de motivos apela al deber del legislador de adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, omitiendo el hecho de que en España no ha habido debate social y no se han tenido en cuenta las diferencias de posición de las sociedades científicas especializadas, las organizaciones no gubernamentales y la propia sociedad civil.

Añadiendo que la legislación actual ha generado incertidumbre y falta de seguridad, pero sin desarrollar estos problemas ni sus causas y posibles soluciones.

Los principios y ámbito de aplicación establecen el “derecho a la maternidad libremente decidida” y el “derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida, sin más límites que los derechos de los demás y el orden público”, inventando así dos derechos que no existen en ningún texto internacional y tampoco en los textos legales que integran el ordenamiento jurídico español.

No es menos preocupante la definición de salud que se incluye en el artículo 2 y que afirma que es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta concepción que incluye la referencia a la “salud social” es la que justifica en algunos casos la práctica del aborto, remitiendo al médico la responsabilidad de emitir un dictamen que deja la puerta abierta a múltiples excusas para mantener el aborto libre también después de las 14 semanas iniciales de embarazo.

La salud sexual y reproductiva es el objeto del título I del anteproyecto, integrado por 6 artículos, exactamente la mitad de los que integran el título II dedicado al aborto.

El anteproyecto concluye el título I con la propuesta de elaborar una Estrategia Nacional de Salud Sexual y reproductiva, en colaboración con las Comunidades Autónomas, las sociedades científicas y las organizaciones sociales, agentes de los que se ha prescindido en el proceso de elaboración del anteproyecto, cuando se han manifestado en contra del aborto.

El título II está dedicado a la “interrupción voluntaria del embarazo”, partiendo que se interpretarán siempre las condiciones más favorables para garantizar el aborto.

El artículo 13 establece como requisitos para la práctica del aborto, que se practique por un médico o bajo su dirección; en centro público, o privado

acreditado; y con el consentimiento expreso de la mujer, aunque el último párrafo afirma que podrá prescindirse del consentimiento expreso en caso de urgencia por riesgo vital para la gestante si ésta no se encuentra en condiciones de prestarlo.

Se contemplan dos tipos de aborto: el realizado a petición de la mujer y el realizado por causas médicas.

a) Aborto realizado a petición de la mujer. El límite de tiempo son 14 semanas; y debe entregarse a la mujer información por escrito y en sobre cerrado sobre derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad; entre la entrega de la información y la práctica del aborto, que el anteproyecto califica como “realización de la intervención” deben haber pasado tres días.

b) Aborto realizado por causas médicas. Se contemplan varios supuestos, dos en los que el límite para la práctica del aborto son 22 semanas; y otros dos en los que no habría límite de tiempo o al menos el anteproyecto no lo especifica.

El límite de las 22 semanas se aplica a los casos en los que haya riesgo para la vida o para la salud de la mujer, y a los casos en los que haya riesgos de graves anomalías en el feto. En ambos supuestos será necesario el dictamen de dos médicos, diferentes a los que practican el aborto, aunque en el primer supuesto (riesgo para la vida o la salud de la madre) puede prescindirse del dictamen si hay riesgo vital.

No se establece límite de tiempo en los casos en los que se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida, cuando así conste en un dictamen emitido por dos médicos especialistas distintos a los que practiquen el aborto; o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico al que corresponderá autorizar el aborto, después de haber sido escuchada la mujer.

El Comité clínico estará formado por un equipo pluridisciplinar de dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal (uno de ellos elegido por la mujer); un pediatra y un psicólogo clínico. Tendrán que pronunciarse con carácter urgente. Serán designados por las autoridades sanitarias. Y según establece el artículo 16,4 del anteproyecto, no podrán formar parte del comité quienes se hayan manifestado contrarios a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo

Los problemas son significativos. En primer lugar, si se asume una definición de salud que incluye el “bienestar social”, es difícil calificar en términos objetivos en qué consiste la “enfermedad extremadamente grave e incurable” a la que hace referencia el anteproyecto.

En segundo lugar, el comité tiene una composición par, lo que implica que no se contempla la posibilidad de un empate de posiciones contrarias.

En tercer lugar, la designación de los miembros del comité no viene dada por razones de especialidad o experiencia de los médicos sino que son designados por las autoridades sanitarias.

Por último, no menos importante, se cierra la puerta a que personal sanitario contrario al aborto pueda opinar sobre el caso.

Pero esta relación de propuestas y plazos no agota los problemas que genera el texto. El artículo 17 establece el contenido del consentimiento informado para las mujeres que quieran abortar, que incluye referencias a las ayudas, los derechos laborales, los centros de información, pero nada dice de la información sobre los efectos y consecuencias de la práctica del aborto, que es una información básica en cualquier consentimiento informado.

A ello hay que añadir que –según señala el texto en el último párrafo del artículo 17- la elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

En los casos en los que tenga que actuar el comité clínico, también prevé el anteproyecto que en la información que se distribuya a las mujeres, se incluyan las ayudas y prestaciones a personas con “alguna discapacidad”, asumiendo así que esos abortos se practicarán cuando aun feto se le diagnostique por ejemplo un síndrome de Down. Esto vulneraría la Convención sobre el ejercicio de los derechos por parte de las personas con discapacidad, aprobado por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 2006 y ratificado por España en 2007.

El Convenio establece en el artículo 10 que los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

Con todos estos datos, podría decirse que la definición de salud en la que se basa el texto podría justificar cualquier tipo de aborto. Esta lectura se confirma con los tipos de aborto y condiciones y plazos que se acaba de mencionar.

Por último y no menos importante, el proyecto incluye la reforma de la ley de autonomía del paciente, para rebajar la edad de consentimiento a los 16 años, excluyendo así a los padres de la decisión de una menor para abortar.

ANEXO V

EL INFORME DEL CONSEJO DE ESTADO SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO, NO AVALA DE FORMA CLARA LA CONSTITUCIONALIDAD DE LA MISMA

Madrid a 27 de septiembre de 2009.- El pasado 17 de Septiembre se hacía público el dictamen del Consejo de Estado sobre el anteproyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Si bien es cierto que el propio Consejo de Estado estima, en contra tanto de la jurisprudencia constitucional, como del Informe del Consejo Fiscal y del sentir mayoritario del mundo jurídico, la constitucionalidad de una ley de plazos, no es menos cierto que advierte al legislador de necesarias reformas para evitar la inconstitucionalidad de la norma.

Efectivamente, el Consejo de Estado insta al Gobierno a modificar el artículo 3 (principios y ámbitos de aplicación de la norma) y el artículo 17 (contenido de la información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo), si quiere evitar la inconstitucionalidad de la norma. Así, el Consejo recuerda que el Anteproyecto no garantiza una información objetiva y personalizada a la madre gestante. De igual forma, el Consejo de Estado recuerda al legislador, que el anteproyecto tal y como está redactado conculca lo afirmado por el Parlamento Europeo, al exigir este que “cuando se facilite asesoramiento sobre el aborto tendrá que hacerse referencia a los riesgos físicos y psíquicos del aborto para la salud y se estudiarán otras alternativas (adopción, posibilidad de ayudas en caso de discapacidad, etc.)”. Pero el Consejo de Estado va mucha más allá, pues de manera artera, desmonta todos los caballos de batalla defendidos por los que apoyan la ampliación del aborto, a saber:

1. En España no se realizan abortos fuera de los centros autorizados (el Consejo se apoya en los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social).
2. El Consejo afirma de forma clara y categórica que en España no se aplican en ningún caso penas privativas de libertad a las mujeres abortistas. Es decir, que es falso que las mujeres ingresen en prisión tal y como se hace creer por algunos.
3. El problema real de la regulación del aborto ha sido la laxa aplicación de la misma, aplicación laxa provocada por el desinterés de los diferentes gobiernos.
4. El Consejo advierte del riesgo cierto a que la nueva legislación se aplique de forma igualmente laxa, si no se dota a la Administración sanitaria de los medios personales y materiales precisos, y si no se implantan concretas políticas educativas y presupuestarias.

5. El Consejo denuncia de igual forma el secretismo en el trámite administrativo del Anteproyecto, pues opina que hubiera sido necesario que en el expediente administrativo se hubiesen incorporado las transcripciones de las comparecencias de los diferentes colectivos ante la Subcomisión Parlamentaria.

6. El Consejo advierte al legislador de la deficiente técnica legislativa, al no incluir una correcta Memoria Económica. El Consejo de forma certera, advierte la incoherencia al afirmar que la ley no tendrá impacto económico alguno, cuando prevé prestaciones sociales, nuevas actuaciones administrativas, nuevos materiales docentes y la necesidad de acudir al personal profesional especializado para su puesta en práctica. Es decir, la falta de Memoria Económica, denota que esta ley se aprueba por motivos ideológicos, y como pretexto a un mayor enriquecimiento de las clínicas abortistas.

7. El Consejo advierte que la falta del informe del Consejo General del Poder Judicial, priva al poder legislativo de un importante elemento de juicio.

8. El consejo refuta la mentira mantenida por el Ministerio de Igualdad y el Ministerio de Sanidad, al afirmar repetidamente que los Estados de nuestro entorno, poseen legislaciones más permisivas. Efectivamente, el Consejo de Estado cree conveniente reconsiderar el plazo fijado en el artículo 14 del texto y fijarlo en 12 semanas en vez de las 14 previstas, pues este es el plazo que nos homologaría con los Estados de nuestro entorno.

9. El Consejo de Estado ya advierte que la tendencia en los países desarrollados es a reducir los plazos más largos, como el ejemplo británico demuestra. Igualmente, el Consejo advierte de la posibilidad de reducir dicho plazo si así lo aconsejan los avances médicos en la materia.

10. Igualmente, se denuncia que la regulación de los comités clínicos, supone un ataque a la libertad de expresión, y a la libertad ideológica y de pensamiento. El Consejo advierte que la regulación de los comités clínicos es una norma discriminatoria por razón de opinión.

11. Se denuncia de igual forma, la deliberada voluntad del legislador de no llamar a las cosas por su nombre. Así, el artículo 15 habla de interrupción por causa médica, cuando debería hablar de aborto eugenésico, aunque esta palabra nos lleve a asociar la actual ley, con las normas eugenésicas propugnadas por el régimen nacional socialista alemán en los años 30, de tan nefasta consecuencias para la civilización.

12. El Consejo refiere lo inadecuado de una información meramente escrita a la madre gestante, por el peligro de ser incomprensible para esta, y no estar adaptada al caso concreto. El Consejo recuerda la Sentencia del Tribunal Supremo de fecha 15 de noviembre de 2006, donde se estableció que “en ningún caso el consentimiento prestado mediante documentos impresos

carentes de todo rasgo informativo adecuado sirva para conformar debida y correcta información.”

13. En cuanto al consentimiento de la gestante menor, el Consejo es claro al propugnar que se reconozca a los padres el derecho a ser informados de la petición de su hija de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo.

14. En su dictamen, igualmente se recuerda al legislador que la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocida en el artículo 16.1 de la Constitución.

15. El Consejo opina que no se regula correctamente la responsabilidad penal de quién sin acreditación profesional sanitaria alguna participara directamente en un aborto ilegal, pues dicha circunstancia se pena más levemente, que el supuesto de concurrencia en un aborto ilegal de un profesional médico. Con ello, se incita penalmente a la práctica del aborto por personal no sanitario, con grave riesgo no sólo para el feto, sino para la mujer abortante.

16. El propio Consejo, denuncia que la norma se ha convertido en un manifiesto ideológico. Efectivamente, la retórica normativa usada en el anteproyecto tiende a utilizar conceptos polémicos que expresan valores cargados de afectividad.

17. El Consejo acusa al legislador de falta de lealtad a las normas y declaraciones internacionales. El Consejo de Estado advierte que las normas internacionales deben ser citadas en su integridad, expresando claramente su autoría y sin atribuirles una autoridad distinta a la que realmente tienen, pues se citan declaraciones internacionales, sin efectividad jurídica, como la Plataforma de Beijing, que no fue acordada por los 186 Estados que asistieron a la Conferencia, sino que 65 de ellos, entre los que se encontraban los más importantes y cercanos a nuestro entorno, formularon reservas a la declaración final.

18. Por último, el Consejo considera que, en la elaboración del anteproyecto, no se ha tenido suficientemente en cuenta la experiencia comparada aunque sean reiteradas las referencias genéricas a la misma. Es decir, de todo el informe cabe deducir que, en primer lugar, el Consejo de Estado condiciona la constitucionalidad de la norma, a una correcta educación sexual y a una correcta información a la madre gestante, pues si falta esta información, no se estaría protegiendo adecuadamente el superior derecho constitucional a la vida, y no se estaría tutelando adecuadamente el bien jurídico protegido que es el nasciturus. En segundo lugar, de dicho informe cabe colegir que el Consejo de Estado opta por la vía de los hechos, por modificar completamente el anteproyecto de ley, pues de los 23 artículos, solo el artículo 1 y el 7, se salvan de las observaciones del estilete del Consejo de Estado. De igual forma, tanto la exposición de motivos, como la disposición adicional única, como la disposición final primera, son criticadas por el Consejo de Estado. Por ello, ante el desfavorable informe del Consejo de Estado, el desfavorable Informe del Consejo Fiscal, el desfavorable Informe de la Agencia Española de Protección de Datos, la ausencia de Informe del Consejo General del Poder Judicial, el

ideologizado informe del supuesto “Comité de Personas Expertas”, el deficiente expediente administrativo, la ausencia de una verdadera Memoria Económica, y ante la casi unánime desfavorable acogida de este anteproyecto de ley en el mundo jurídico (manifiesto de los Juristas ante el Proyecto de Ley de Aborto Libre), este Centro Jurídico se ve en la necesidad de solicitar la inmediata retirada del citado Anteproyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.