

## **A LA MESA DE LA COMISIÓN DE IGUALDAD**

Por medio del presente escrito el Grupo Parlamentario 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 (Expediente 154/4)

**Palacio del Congreso de los Diputados**

Madrid, a 12 de febrero de 2009

Fdo.: Gaspar Llamazares Trigo

Fdo.: Joan Tardá i Coma

Fdo.: Joan Herrera Torres

**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 (Expediente 154/4):

## **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 por 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 anticoncepción 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 existen 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 un F. J. 3º permiten una ley de plazos con carácter previo a la viabilidad del feto y en un F. Jurídico 12º 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 hij@s, 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 quién 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 voluntad de la mujer, está suficientemente protegido por otros marcos legales vigentes.
2. 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.

3. Regular la objección de conciencia (OC) mediante un documento firmado por cada objetor 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
4. 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, sea 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.
5. 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.
6. 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.
7. Se garantice el respaldo y apoyo institucional a las y los profesionales que practican IVE.
8. 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.
9. 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.

10. Incorporar la educación afectivo-sexual integral respetuosa con la diversidad sexual en el currículo escolar.
11. 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.
12. Facilitar de forma gratuita la píldora postcoital en todos los centros sanitarios públicos dado su carácter de emergencia.
13. 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.
14. 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.
15. Impulsar la investigación de las necesidades que en materia de anticoncepción, aborto provocado y salud reproductiva afrontan mujeres y hombres.
16. 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.

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