

Reedició i anàlisi de l'impacte normatiu dels documents de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència i sobre la interrupció voluntària de l'embaràs

Reedición y análisis del impacto normativo de los documentos del Observatorio de Bioética y Derecho sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia y sobre la interrupción voluntaria del embarazo

Reprint and impact on regulations of Documents issued by the Bioethics and Law Observatory on sexual and reproductive health in adolescence and voluntary interruption of pregnancy

M. Casado i E. Lamm (Coords.)

Reedició i anàlisi de l'impacte
normatiu dels documents de
l'Observatori de Bioètica i Dret
sobre salut sexual i reproductiva
en l'adolescència i sobre
la interrupció voluntària de l'embaràs

M. Casado i E. Lamm (Coords.)

Elaborat pel Grup d'Opinió de
l'Observatori de Bioètica i Dret
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, gener de 2011

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldiri Reixac, 4. Torre D, 4rt

08028 - Barcelona

Tel./Fax: 93 403 45 46

obd@pcb.ub.es

www.bioeticaidret.cat

www.bioeticayderecho.ub.es

www.bioethicsandlaw.es

Imprimeix: Signo Impressió Gràfica, sa
C. Múrcia, 54 d, Pol. Ind. Can Calderon
08830 Sant Boi de Llobregat - Barcelona

Dipòsit Legal: B - 47381 - 2010

PRESENTACIÓ

La necessitat de reeditar els Documents del Grup d'Opinió de *l'Observatori de Bioètica i Dret* sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència (2002) i sobre la interrupció voluntària de l'embaràs (2008) ha permès l'anàlisi de les repercussions que ambdós Documents han tingut en el context sanitari i social així com en l'actuació dels poders públics, i examinar detalladament el seu impacte en la legislació. Aquest estudi n'ha confirmat la impressió inicial, generada tant per la repercussió mediàtica que aquests Documents han tingut com, de manera especial, pel seu ampli ressò en els àmbits de l'especialitat. En efecte, la recent legislació ha acollit en els nous textos que regulen aquestes qüestions les recomanacions d'aquests Documents, amb la qual cosa es pot afirmar, amb satisfacció, que el nostre treball ha obtingut uns resultats notables en allò que més importa a juristes i a experts en bioètica: incidir en el canvi normatiu, en la pràctica professional i en el debat social informat.

El fet que el treball i l'opinió d'un grup científic i acadèmic hagi tingut tal rellevància en la modificació de les lleis és extremadament significatiu, perquè posa de manifest les estretes implicacions de les normes tècniques respecte de les jurídiques i atorga sentit al paper dels organismes científicotècnics –formals i informals– en l'elaboració de les lleis. Aquest és un fenomen nou en el món del Dret i que cada vegada adquireix més importància en l'àmbit de la bioètica, on els comitès d'ètica –en tant que comitès tècnics– i els grups científics –com *l'Observatori de Bioètica i Dret*– tenen una incidència notable en la legislació. És, a més, la tercera vegada que una comparació d'aquest tipus permet acreditar que els resultats del treball del Grup d'Opinió es veuen acollits en la normativa estatal i en l'autonòmica; el mateix va succeir amb la reedició i anàlisi de l'impacte normatiu aconseguit pels Documents sobre reproducció assistida, de 2008, i la repercussió i impacte normatiu dels Documents sobre les voluntats anticipades i sobre l'eutanàsia, publicat el 2010.¹

En aquest nou volum es reproduïxen els dos Documents elaborats pel Grup d'Opinió de *l'Observatori de Bioètica i Dret* –el primer, sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència (2002), i el segon, sobre la interrupció voluntària de l'embaràs (2008)–, analitzant punt per punt les **Conclusions** llavors presentades i deixant constància del seu impacte concret en cada norma. La presentació es fa respectant la versió original dels dos Documents i afegint

¹ Ambdós documents es poden consultar a: www.bioeticaidret.cat/documents

després de cada un d'ells un comentari general sobre les seves repercussions i una revisió de les seves **Conclusions**, indicant amb detall les normes que recullen les propostes que es fan en els Documents.

Aquests Documents van ser elaborats i coordinats, en el seu moment, per les persones que s'esmenten en cada un d'ells i, a més, per a la verificació i comparació amb la normativa, el Grup ha pogut comptar amb la inestimable ajuda de l'Eleonora Lamm, que ja va col·laborar en el anàlisi de l'impacte normatiu dels documents sobre reproducció assistida, va ser la destinatària de la primera de les beques *Josep Egozcue* per cursar el Màster de Bioètica i Dret, i és avui la primera Doctora en Dret dins la línia de recerca en Bioètica a la Facultat de Dret de la Universitat de Barcelona.

Esperem que amb aquesta nova presentació, que recull l'impacte normatiu de cada un d'ells, aquests Documents i la seva actualització segueixin sent eines útils per a la discussió i per a les persones interessades en aquestes matèries.

María Casado
Barcelona, gener de 2011

ANÀLISI DE L'IMPACTE NORMATIU DEL DOCUMENT SOBRE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA EN L'ADOLESCÈNCIA

El Document sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència, elaborat pel Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret el juny de 2002, es va fer públic amb la finalitat d'exposar el punt de vista i els arguments del Grup sobre aquestes qüestions i amb la voluntat de participar així en el debat social sobre aquests temes que en la nostra societat són crucials. En aquest Document el punt de partida era la consideració de que cal abordar conjuntament l'educació sexual, perquè el sexe forma part de la vida, l'accés als mitjans de controlar la natalitat i de prevenir les malalties de transmissió sexual, i els problemes que sorgeixen a l'entorn de la interrupció voluntària de l'embaràs, que són especialment complexes en el cas de les menors.

Les propostes del Document s'han reflectit en la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i de documentació clínica i en la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.

Les recomanacions que contenia aquest document, exposades en forma de **Conclusions**, han estat aollides gairebé íntegrament per la legislació i constitueixen actualment dret vigent. Cal remarcar de manera especial que aquest Document es va anticipar en assenyalar la necessitat d'atorgar als menors d'edat legal el dret a consentir en el terreny de la sanitat d'acord amb la seva capacitat per comprendre allò que decideixen. Aquesta capacitat va ser després recollida en les lleis que s'acaba d'esmentar, tal com es reflecteix en la **Conclusió 1**. L'única excepció –parcial– a l'acolliment de les recomanacions del Document en la legislació rau en la **Conclusió 5**. En aquesta, hi ha una diferència entre l'edat proposada en el Document i la finalment adoptada per la Llei, i en els criteris d'informació. En efecte, el Document considerava que els menors d'edat tenen dret a la intimitat i a que es mantingui la confidencialitat de les converses mantingudes en l'entorn professional. Aquesta afirmació va ser recollida en l'article 3 de la Llei, encara que en la pràctica de la interrupció voluntària de l'embaràs l'article 13 exigeix que almenys un dels representants legals, pare o mare, persones amb pàtria potestat o tutors de les dones compreses en aquestes edats, haurà de ser informat de la decisió de la dona, tot i que es prescindirà d'aquesta informació quan la menor al·legui amb

fonament que això li provocarà un conflicte greu, manifestat en el perill cert de violència intrafamiliar, amenaces, coaccions, maltractaments, o de que es produeixi una situació de desarrelament o de desemparament. La resta de les **Conclusions** d'aquest Document formen part del contingut normatiu dels preceptes de la nova legislació.

A continuació es transcriuen els diferents apartats de la **Conclusions** del Document i, després de cada un d'ells, l'articulat concret de les noves lleis que recullen les propostes que allí s'hi feien.

S'han utilitzat diferents tipus de lletra per ajudar el lector a la visualització. Les propostes del Document, redactades en forma de **Conclusions**, es presenten en el format original i les noves normes en un format diferent.

CONCLUSIONS

- *La Conclusió 1 del document proposava:*

1. *En la prescripció d'anticonceptius cal admetre la validesa del consentiment dels adolescents que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen*

Hi ha un deure general de respecte per la persona del pacient, que comprèn el respecte per la seva autonomia i implica obtenir el seu consentiment per als tractaments mèdics, la qual cosa és vàlid també en els casos de menors d'edat. Els mètodes anticonceptius que s'usen actualment en l'adolescència tenen uns riscos mínims per a la salut i, en determinats casos, beneficis davant el risc que l'embaràs representa per a la salut física i psíquica.

El professional ha de tenir en compte que la qüestió no és si ell considera que el menor té maduresa suficient per tenir relacions sexuals sinó si el menor ha decidit tenir-les. Es tracta de drets dels menors i de la consideració del seu millor interès, no de valoracions sobre la competència dels pacients.

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*

- **Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 3. Principis i àmbit d'aplicació.

1. En l'exercici dels seus drets de llibertat, intimitat i autonomia personal, totes les persones tenen dret a adoptar lliurement decisions que afecten la seva vida sexual i reproductiva sense més límits que els derivats del respecte als drets de les altres persones i a l'ordre públic garantit per la Constitució i les lleis.

Article 5. Objectius de l'actuació dels poders públics.

1. Els poders públics en l'exercici de les seves polítiques sanitàries, educatives i socials han de garantir:
 - a) La informació i l'educació afectivosexual i reproductiva en els continguts formals del sistema educatiu.
 - b) L'accés universal als serveis i programes de salut sexual i reproductiva.
 - c) L'accés a mètodes segurs i eficaços que permetin regular la fecunditat.
 - d) L'eliminació de tota forma de discriminació, amb especial atenció a les persones amb algun tipus de discapacitat, a les quals s'ha de garantir el seu dret a la salut sexual i reproductiva, i establir per a elles els suports necessaris en funció de la seva discapacitat.
 - e) L'educació sanitària integral i amb perspectiva de gènere sobre salut sexual i salut reproductiva.
 - f) La informació sanitària sobre anticoncepció i sexe segur que previngui, tant les malalties i infeccions de transmissió sexual, com els embarassos no desitjats.

– **Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i de documentació clínica**

Article 9. Límits del consentiment informat i consentiment per representació.

3. S'atorga el consentiment per representació en els casos següents:
 - c) Quan el pacient menor d'edat no sigui capaç intel·lectualment ni emocionalment de comprendre l'abast de la intervenció. En aquest cas, el consentiment l'ha de donar el representant legal del menor després d'haver escoltat la seva opinió si té dotze anys complerts. Quan es tracti de menors no incapaços ni incapacitats, però emancipats o amb setze anys complerts, no es pot prestar el consentiment per representació. Tanmateix, en cas d'actuació de greu risc, segons el criteri del facultatiu, els pares han de ser informats i la seva opinió ha de ser tinguda en compte per prendre la decisió corresponent.

- *La Conclusió 2 del Document proposava:*

2. Cal adoptar les mesures pertinents perquè l'accés als diferents mitjans anticonceptius sigui real

El personal sanitari té una especial responsabilitat de vetllar perquè això sigui així i ha de tenir en compte que el seu pacient és el menor i que té drets. La denegació de l'adequada assistència pot originar responsabilitats, ja que existeix l'obligació de prestar-la per atendre la salut del menor, evitar riscos o, si més no, disminuir els danys.

Encara que el professional dubti de la maduresa del menor per decidir sobre la seva pròpia sexualitat, davant la possibilitat que mantingui relacions sexuals resulta obligat l'oferiment d'informació i la prescripció de mesures anticonceptives, per evitar riscos.

L'actuació en aquest sentit sempre estaria emparada per al professional i justificada en l'interès superior del menor.

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*

– **Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 5. Objectius de l'actuació dels poders públics.

1. Els poders públics en el desenvolupament de les seves polítiques sanitàries, educatives i socials han de garantir:
 - a) La informació i l'educació afectivosexual i reproductiva en els continguts formals del sistema educatiu.
 - b) L'accés universal als serveis i programes de salut sexual i reproductiva.
 - c) L'accés a mètodes segurs i eficaços que permetin regular la fecunditat.
 - d) L'eliminació de tota forma de discriminació, amb especial atenció a les persones amb algun tipus de discapacitat, a les quals s'ha de garantir el seu dret a la salut sexual i reproductiva, i establir per a elles els suports necessaris en funció de la seva discapacitat.
 - e) L'educació sanitària integral i amb perspectiva de gènere sobre salut sexual i salut reproductiva.
 - f) La informació sanitària sobre anticoncepció i sexe segur que previngui, tant les malalties i infeccions de transmissió sexual, com els embarassos no desitjats.

Article 7. Atenció a la salut sexual i reproductiva.

Els serveis públics de salut han de garantir:

- a) La qualitat dels serveis d'atenció a la salut sexual integral i la promoció d'estàndards d'atenció basats en el millor coneixement científic disponible.
- b) L'accés universal a pràctiques clíniques efectives de planificació de la reproducció, mitjançant la incorporació d'anticonceptius d'última generació l'eficàcia hagi estat avalada per l'evidència científica, en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut.

Disposició addicional tercera. Accés a mètodes anticonceptius.

El Govern, en el termini d'un any, des de l'entrada en vigor de la Llei, ha de concretar l'efectivitat de l'accés als mètodes anticonceptius. En aquest sentit, s'ha de garantir la inclusió d'anticonceptius d'última generació l'eficàcia hagi estat avalada per l'evidència científica, en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut en les mateixes condicions que les prestacions farmacèutiques amb finançament públic.

• *La Conclusió 3 del Document proposava:*

3. L'anticoncepció postcoital d'emergència (anomenada píndola del dia següent) és una mesura anticonceptiva i, com a tal, està inclosa dins del que estableix l'apartat anterior.

Tant l'Organització Mundial de la Salut com el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya han insistit en l'obligació de proporcionar-la en els casos en què estigui indicada. S'ha d'establir un dispositiu assistencial que cobreixi la dispensació de l'anticoncepció d'emergència de manera eficaç, de forma que se'n faciliti l'accés en farmàcies, centres de salut i serveis d'urgències.

És necessària una major sensibilització de l'Administració, que ha de garantir la prescripció i dispensació de les medicacions autoritzades. El sistema sanitari ha de formar els seus professionals perquè les prestacions referents a la salut reproductiva es proporcionin sense impediments, de manera ràpida i equitativa, i sense que el cost econòmic impedeixi l'accessibilitat als mitjans anticonceptius.

• *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*

– **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 7. Atenció a la salut sexual i reproductiva.

Els serveis públics de salut de garantir:

- a) La qualitat dels serveis d'atenció a la salut sexual integral i la promoció d'estàndards d'atenció basats en el millor coneixement científic disponible.
- b) L'accés universal a pràctiques clíniques efectives de planificació de la reproducció, mitjançant la incorporació d'anticonceptius d'última generació l'eficàcia hagi estat avalada per l'evidència científica, en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut.

Disposició addicional tercera. Accés a mètodes anticonceptius.

El Govern, en el termini d'un any, des de l'entrada en vigor de la Llei, ha de concretar l'efectivitat de l'accés als mètodes anticonceptius. En aquest sentit, s'ha de garantir la inclusió d'anticonceptius d'última generació l'eficàcia dels quals hagi estat avalada per l'evidència científica, en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut en les mateixes condicions que les prestacions farmacèutiques amb finançament públic.

• *La Conclusió 4 del Document proposava:*

4. L'objecció de consciència del personal sanitari té com a límit la possibilitat de prestació del servei

Com qualsevol altre dret, l'objecció de consciència té límits i el seu exercici ha de complir uns requisits determinats. El límit essencial és que mai l'exercici del dret a l'objecció de consciència per un professional sanitari pot suposar perjudici per al pacient, per la qual cosa només es podrà admetre quan no limiti l'atenció sanitària obligatòria. L'objecció de consciència, com a derivada de la llibertat ideològica, és un dret individual que no pot ser exercit per una institució, centres de salut, hospitals, etc. Cal ressaltar que com ha sostingut el Tribunal Constitucional en la seva *STC 106/1996*, els centres sanitaris no poden invocar un ideari propi com a dret a ponderar enfront de drets

constitucionalment tutelats. Els centres sanitaris estan obligats, en tot cas, a prescriure i proporcionar els serveis i prestacions reconeguts pel sistema de salut.

L'Administració ha d'assumir aquí un paper especialment vigilant per evitar qualsevol desatenció al menor. Convé recalcar que cada col·lectiu –pares, educadors, personal sanitari i Administració pública en general– han d'assumir les seves responsabilitats i els seus deures, i que es requereix cooperació estable entre les diferents instàncies implicades.

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*
 - **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 19. Mesures per garantir la prestació pels serveis de salut.

2. La prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs s'ha de realitzar en centres de la xarxa sanitària pública o en centres que hi estiguin vinculats.

Els professionals sanitaris directament implicats en la interrupció voluntària de l'embaràs tenen el dret d'exercir l'objecció de consciència sense que l'accés i la qualitat assistencial de la prestació puguin resultar menyscabades per l'exercici de l'objecció de consciència. El rebuig o la negativa a realitzar la intervenció d'interrupció de l'embaràs per raons de consciència és una decisió sempre individual del personal sanitari directament implicat en la realització de la interrupció voluntària de l'embaràs, que s'ha de manifestar anticipadament i per escrit. En tot cas els professionals sanitaris han de dispensar tractament i atenció mèdica adequats a les dones que ho necessitin abans i després d'haver-se sotmès a una intervenció d'interrupció de l'embaràs.

Si excepcionalment el servei públic de salut no pot facilitar en temps la prestació, les autoritats sanitàries han de reconèixer a la dona embarassada el dret a acudir a qualsevol centre acreditat en el territori nacional, amb el compromís escrit d'assumir directament l'abonament de la prestació.

• *La Conclusió 5 del Document proposava:*

5. En els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, cal admetre la validesa del consentiment de les menors que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen.

Des d'una interpretació integradora i harmònica de la normativa aplicable als menors, en relació amb la interrupció voluntària de l'embaràs s'ha de considerar vàlid i eficaç el consentiment de la menor per a la realització de l'avortament en els supòsits establerts legalment. Conseqüentment, i en sentit oposat, també s'ha d'admetre que no es podrà interrompre l'embaràs sense el consentiment de la menor, perquè fer-ho suposaria una vulneració potencial del seu dret a la integritat física consagrat en l'article 15 de la Constitució.

Seria un contrasentit atribuir eficàcia al consentiment dels menors als tractaments mèdics i no fer-ho en aquest supòsit en què el conflicte d'interessos és més evident i en el qual es requereix protegir especialment l'interès superior de la menor. Si no es fa així, la legislació teòricament protectora del menor, en la mesura que els reconeix capacitat per exercir els seus drets, es buida de contingut.

En alguns tipus penals relacionats amb la igualtat i la llibertat sexual, l'edat a què s'admet la validesa del consentiment no és 18 anys sinó 13, ja que s'estima que és una etapa en què el consentiment té rellevància, encara que no es tracti de la majoria d'edat civil o política.

La interpretació conjunta del Codi Penal amb la resta de les normes jurídiques aplicables ens condueix a la solució proposada, ja que qualsevol altra donaria com a resultat quelcom tan contrari a l'ordenament i al principi d'igualtat com ho és la impossibilitat total de les menors d'avortar legalment en cap circumstància (si s'exigís un consentiment adult), o la possibilitat d'obligar a gestar contra la seva voluntat i també a avortar contra la seva voluntat (si s'atribuís el consentiment a pares i tutors). Solucions sens dubte inacceptables i molts més lesives que admetre la validesa del consentiment de la menor.

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*
- **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 13. Requisits comuns.

Són requisits necessaris de la interrupció voluntària de l'embaràs:

- Primer.– Que el practiqui un metge especialista o sota la seva direcció.
- Segon.– Que es porti a terme en un centre sanitari públic o privat acreditat.
- Tercer.– Que es realitzi amb el consentiment exprés i per escrit de la dona embarassada o, si escau, del representant legal, de conformitat amb el que estableix la Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Es pot prescindir del consentiment exprés en el supòsit previst en l'article 9.2.b) de la Llei esmentada.

Quart.– En el cas de les dones de 16 i 17 anys, el consentiment per a la interrupció voluntària de l'embaràs els correspon exclusivament a elles d'acord amb el règim general aplicable a les dones majors d'edat.¹

Almenys un dels representants legals, pare o mare, persones amb pàtria potestat o tutors de les dones compreses en aquestes edats ha de ser informat de la decisió de la dona.

¹ En aquest punt, la **Conclusió 5** del Document ha estat recollida en la legislació només parcialment. En aquesta conclusió no s'hi deia res sobre la informació als pares, però sí que s'hi feia referència en el Preàmbul del Document: “*Un menor pot iniciar les relacions sexuals sabent-ho o ignorant-ho els seus pares, o fins i tot en contra de l'opinió d'aquests. El fet de revelar la informació als pares pot resultar una mala pràctica professional, perquè si el menor no té la certesa que aquesta informació és estrictament confidencial, la relació de confiança es pot trencar, i si deixa de sol·licitar consell professional, els riscos s'incrementen. El dret a la intimitat, garantit en l'article 18 de la Constitució, s'ha d'interpretar no sols com la garantia de l'existència d'un àmbit de secret sinó com un espai de decisió personal protegit enfront de la ingerència aliena (STC 151/1997). Així, garantint explícitament la confidencialitat de la consulta efectuada, es podrà actuar com a mediador i es podrà informar els pares si el menor sol·licita ajuda per a això. També es podrà fer en el cas que hi hagi perills concrets i greus per a la salut o la vida del menor o de tercers, directament derivats de la forma en què realitza aquestes pràctiques sexuals. En tot cas, s'ha de fer una interpretació restrictiva d'aquest supòsit i sempre que es pugui acreditar la relació causa-efecte i avisant d'això el menor. El fet d'advertir els pares o responsables del risc per a la salut o la llibertat del menor no és el mateix que traslladar-los el consentiment; aquest sempre ha de ser del menor.*”

Es prescindeix d'aquesta informació quan la menor al·legui fundadament que això li provoca un conflicte greu, manifestat en el perill cert de violència intrafamiliar, amenaces, coaccions, mals tractes, o es produeixi una situació de desarrelament o desemparament.

- **Reial Decret 825/2010, de 25 de juny, de desenvolupament parcial de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.**

Article 8. Consentiment informat de les dones de 16 o 17 anys. Informació als representants legals.

1. La dona de 16 o 17 anys ha de prestar el seu consentiment acompanyat d'un document que acrediti el compliment del requisit d'informació que preveu l'apartat quart de l'article 13 de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març. El document ha de ser lliurat personalment per la dona acompanyada del seu representant legal al personal sanitari del centre on s'hagi de practicar la intervenció.
2. En el cas de prescindir d'aquesta informació, quan la dona al·legui les circumstàncies previstes en l'apartat quart de l'esmentat article 13, el metge encarregat de practicar la interrupció de l'embaràs ha d'apreciar, per escrit i amb la signatura de la dona, que les al·legacions d'aquesta són fundades, i pot sol·licitar, si s'escau, un informe psiquiàtric, psicològic o d'un professional de treball social.

- *La Conclusió 6 del document proposava:*

6. S'hauria de suprimir la menció a “els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs” de l'article 7 de la Llei 21/2000 sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, del Parlament de Catalunya.²

L'article 7 d'aquesta Llei diu: “Això no obstant, en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'assaigs clínics i de pràctica

² En el moment d'elaborar el Document (juny de 2002) encara no s'havia aprovat la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Per aquest motiu el Document es refereix a la Llei 21/2000, del Parlament de Catalunya, que en aquell moment era l'única norma vigent.

de tècniques de reproducció humana assistida, cal atènyer-se al que estableix amb caràcter general la legislació civil sobre majoria edat, i, si escau, la normativa específica que hi sigui aplicable. “

D'aquesta confusa menció que remet a la legislació especial del tema sense innovar el que ja està regulat sobre l'assumpte, no s'ha de deduir que la interrupció voluntària de l'embaràs només pot ser consentida pel major d'edat ja que fer-ho així entra en contradicció amb la resta de la normativa catalana, així com amb l'ordenament del conjunt de l'Estat sobre els menors i de les declaracions sobre els drets dels menors que existeixen en el context europeu i mundial. Necessàriament, la remissió a la legislació civil s'ha d'entendre referida al seu conjunt, que estipula que els menors han de ser escoltats i tenir capacitat de decidir segons el seu grau de maduresa.

No es pot oblidar que, al costat del millor interès del menor com a principi rector de qualsevol normativa que els afecti, en el nostre Codi penal s'atorga validesa al consentiment del major de 13 anys per a la pràctica de relacions sexuals i es protegeix la intimitat del menor, sigui quina sigui la seva edat, fins i tot respecte de les possibles intromissions dels pares o tutors. El límit dels 18 anys en dret penal només afecta a la responsabilitat del menor en la realització d'un fet delictiu, però mai a la seva capacitat de consentir, que sempre s'ha considerat que s'ha d'interpretar com a capacitat natural de consentir.

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*
- **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Disposició final segona. Modificació de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

L'apartat 4 de l'article 9 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica, té la redacció següent:

“4. La pràctica d'assajos clínics i de tècniques de reproducció humana assistida es regeix pel que està establert amb caràcter general sobre la majoria d'edat i per les disposicions especials aplicables.”

Redacció anterior:

“4. La interrupció voluntària de l'embaràs, la pràctica d'assajos clínics i la pràctica de tècniques de reproducció humana assistida es regeixen pel que està establert amb caràcter general sobre la majoria d'edat i per les disposicions especials aplicables.”

- ***La Conclusió 7 del Document proposava:***

7. Cal cuidar especialment l'actuació en l'àmbit educatiu que compregui els diversos moments d'abans, durant i després del risc.

És especialment necessari que la salut sexual i reproductiva no s'abordi només des d'un punt de vista sanitari, actuant quan els riscos ja estan presents, sinó que cal posar especial èmfasi en desenvolupar un pla d'educació per a la salut de manera transversal, amb un programa sobre la sexualitat a l'escola que sigui esglaonat, continu i integral, i que vagi més enllà de l'explicació dels mers mecanismes biològics. Tampoc no és possible desconèixer l'efecte de la influència del consum de l'alcohol i altres drogues que disminueixen el control sobre els propis actes, i convé tenir en compte el context que estableix per al consentiment a les relacions sexuals.

Cal proporcionar accés real a dades i a informacions clares i veraces de manera que se'n faciliti l'assimilació.

- ***Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:***

- **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Capítol III. Mesures en l'àmbit educatiu.

Article 9. Incorporació de la formació en salut sexual i reproductiva al sistema educatiu.

El sistema educatiu ha de preveure la formació en salut sexual i reproductiva, com a part del desenvolupament integral de la personalitat i de la formació en valors, incloent un enfocament integral que contribueixi a:

- a) La promoció d'una visió de la sexualitat en termes d'igualtat i coresponsabilitat entre homes i dones amb especial atenció a la prevenció de la violència de gènere, agressions i abusos sexuals.
- b) El reconeixement i acceptació de la diversitat sexual.
- c) El desenvolupament harmònic de la sexualitat d'acord amb les característiques de les persones joves.
- d) La prevenció de malalties i infeccions de transmissió sexual i especialment la prevenció del VIH.
- e) La prevenció d'embarassos no desitjats, en el marc d'una sexualitat responsable.
- f) En la incorporació de la formació en salut i salut sexual i reproductiva al sistema educatiu, s'han de tenir en compte la realitat i les necessitats dels grups o sectors socials més vulnerables, com el de les persones amb discapacitat, i proporcionar, en tot cas, a aquest alumnat informació i materials accessibles, adequats a la seva edat.

- ***La Conclusió 8 del Document proposava:***

8. Hi ha la necessitat de proporcionar assessorament als pares i mares en aquestes matèries.

Cada vegada resulta més evident aquesta necessitat i ja han sorgit iniciatives sobre això des de centres educatius i sanitaris o, de manera concertada, en els anomenats *programes d'intervenció sociocomunitària*. Ha arribat el moment d'institucionalitzar aquest tipus d'activitats, de manera que es puguin dotar pressupostàriament, i no deixar-les únicament per a les campanyes benèvoles de les fundacions, per al voluntarisme dels professionals o la disponibilitat i combativitat de les associacions de pares i mares de cada centre educatiu

- ***Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:***

- **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 10. Activitats formatives.

Els poders públics han de donar suport a la comunitat educativa en la realització d'activitats formatives relacionades amb l'educació afectivosexual, la

prevenció d'infeccions de transmissió sexual i embarassos no desitjats, facilitant informació adequada als pares i les mares.

- *La Conclusió 9 del Document proposava:*

9. És necessari dur a terme un debat social informat sobre les contradiccions amb què aborden la construcció de l'autonomia i la subjectivitat els homes i les dones i subratllar l'interès d'aquestes qüestions.

No és convenient adoptar decisions sobre l'educació sexual com si no existissin diferències de gènere rellevants i profundes; ni és admissible desconèixer la importància que tenen els factors de gènere en la configuració de l'autonomia, la subjectivitat i la sexualitat dels joves. Si no s'afronta aquesta diferència d'identitat i la seva repercussió, les decisions i les mesures que s'adoptin no alteraran gens la realitat del problema.

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*
 - **Llei Orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 6. Accions informatives i de sensibilització.

Els poders públics han de portar a terme accions informatives i de sensibilització sobre salut sexual i salut reproductiva, especialment a través dels mitjans de comunicació, i s'ha de prestar particular atenció a la prevenció d'embarassos no desitjats, mitjançant accions adreçades, principalment, a la joventut i col·lectius amb especials necessitats, així com a la prevenció de malalties de transmissió sexual.

ANÀLISI DE L'IMPACTE NORMATIU DEL DOCUMENT SOBRE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS

El Document sobre la interrupció voluntària de l'embaràs es va elaborar l'abril de 2008 com a continuació del Document sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència, publicat el 2002, amb la mateixa finalitat de participar en el debat social informat al voltant de la qüestió, en uns moments en què la necessitat de reformar la llei de l'avortament que hi havia, vigent des de 1985, es feia sentir amb força, ja que la seva aplicació havia sobrepassat el marc legalment establert i la realitat social demanava respostes normatives d'acord amb el sentir social i respectuoses amb l'ordenament jurídic.

Les recomanacions que en aquest document s'efectuaven en forma de *Conclusions* han estat incorporades a la nova legislació, amb la qual cosa s'ha aconseguit un importantíssim impacte normatiu, com es pot constatar amb la simple lectura del Document i la comparació amb la Llei Orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, ja que no només les *Conclusions* del Document han estat adoptades en l'articulat de la llei sinó que fins i tot el propi Preàmbul del Document ha estat recollit pel legislador.

Així, en primer lloc, tant el Preàmbul del Document sobre la interrupció voluntària de l'embaràs¹ com el de la Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs² parteixen

¹ “El Codi Penal vigent recull la despenalització de la pràctica de l'avortament en tres supòsits: que l'embaràs sigui conseqüència d'una violació –denunciada prèviament–, les malformacions del fetus i el greu perill per a la vida o per a la salut física o psíquica de l'embarassada, sempre que es realitzi amb el seu consentiment i es compleixin els requisits establerts. La necessitat de reformar la norma renova una vella polèmica de gran importància social, amb el consegüent impacte mediàtic, en què es posen de manifest conflictes de valors i de drets que requereixen la intervenció urgent dels poders públics a fi de proporcionar solucions de justícia material que es conjuguin amb la necessària seguretat jurídica.

La regulació vigent sobre la interrupció voluntària de l'embaràs va ser aprovada al fi nal de la transició política i va semblar que era l'única possible en aquells moments. La introducció del sistema d'indicacions per a la interrupció voluntària de l'embaràs va suposar, aleshores, un avanç; no obstant això, avui, resulta desfasada.”

² “Fa un quart de segle, el legislador, responent al problema social dels avortaments clandestins, que posaven en greu risc la vida i la salut de les dones i atenent la consciència social majoritària que reconeixia la rellevància dels drets de les dones en relació amb la

del fet que si bé la llei derogada va ser un avenç, es trobava desfasada i creava inseguretat jurídica. En segon lloc, tant el Preàmbul del Document³ com el de la Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març,⁴ posen en relleu la necessitat de seguir les pautes establertes per les sentències del Tribunal Constitucional. En tercer

maternitat, va despenalitzar certs supòsits d'avortament. La reforma del Codi Penal va suposar un avanç ja que possibilitava l'accés de les dones a un avortament legal i segur quan es donés alguna de les indicacions legalment previstes: greu perill per a la vida o la salut física i psíquica de l'embarassada, quan l'embaràs fos conseqüència d'una violació o quan es presumís l'existència de greus tares físiques o psíquiques en el fetus. Al llarg d'aquests anys, tanmateix, l'aplicació de la Llei ha generat incerteses i pràctiques que han afectat la seguretat jurídica, amb conseqüències tant per a la garantia dels drets de les dones com per a l'eficax protecció del bé jurídic penalment tutelat i que, en contra del fi de la norma, eventualment han pogut posar en dificultats els professionals sanitaris de qui precisament depèn la vigilància de la seguretat mèdica en les intervencions d'interrupció de l'embaràs.”

³ Segons el Tribunal Constitucional espanyol, «l'article 15 CE reconeix com a Dret fonamental el dret de tots a la vida, del qual són titulars els nascuts ». Així es recull en la STC 53/85 (especialment en els Fonaments Jurídics 4 i 7) de manera que el nasciturus es considera un «bé jurídic protegit» però no gaudeix de la titularitat del dret a la vida, ni de l'especial dignitat humana.

En aquest mateix sentit, es pronuncien les STC 212/86 (especialment en els Fonaments Jurídics 3 i 9) i 116/99 (especialment en els Fonaments Jurídics 3 i 4) que reiteren i perfilen aquesta doctrina indicant que no es requereix una llei orgànica per tractar qüestions que es refereixin als embrions i fetus –com a béns jurídicament protegits– i que, en aquest context, les obligacions de l'Estat consisteixen a abstenir-se d'interrompre o d'obstaculitzar el procés natural de gestació i establir un sistema legal de defensa de la vida que suposi una protecció efectiva de la mateixa i que inclogui com a última garantia normes penals.

⁴ “En la concreció del model legal, s'ha considerat de manera especialment atenta la doctrina constitucional derivada de les sentències del Tribunal Constitucional en aquesta matèria. Així, en la sentència 53/1985, el Tribunal, perfectament dividit en importants qüestions de fons, va enunciar tanmateix alguns principis que han rebut el suport de la jurisprudència posterior i que aquí es prenen com a punt de partida. Una d'aquestes afirmacions de principi és la negació del caràcter absolut dels drets i interessos que entren en conflicte a l'hora de regular la interrupció voluntària de l'embaràs i, en conseqüència, el deure del legislador de «ponderar els béns i drets en funció del supòsit plantejat, intentant harmonitzar-los si és possible o, en cas contrari, precisant les condicions i requisits en què es podria admetre la prevalença d'un d'aquests» (STC 53/1985). Doncs si bé «els no nascuts no es poden considerar en el nostre ordenament com a titulars del dret fonamental a la vida que garanteix l'article 15 de la Constitució» això no significa que resultin privats de tota protecció constitucional (STC 116/1999). La vida prenatal és un bé jurídic mereixedor de protecció que el legislador ha de fer eficax, sense ignorar que la forma en què aquesta garantia es configuri i s'instrumenti ha d'estar sempre intermediada per la garantia dels drets fonamentals de la dona embarassada.”

lloc, tant el Preàmbul del Document⁵ com el de la Llei Orgànica 2 / 2010, de 3 de març,⁶ consideren que durant el termini inicial ha de prevaler la decisió de la dona. En quart lloc, tant el Preàmbul del Document⁷ com el de la Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març,⁸ parteixen d'una posició gradualista. En cinquè lloc, tant el Preàmbul del Document⁹ com el de la Llei orgànica 2 / 2010, de

⁵ “Entre el xoc d'absoluts que es produeix en atorgar drets dominants al fetus sobre els de la dona, prohibint l'avortament en qualsevol circumstància, o el que es produeix en atribuir a la dona drets absoluts de lliure decisió sobre el seu propi cos en qualsevol moment, la posició que en aquest Document es proposa és una posició gradual, que té en compte les circumstàncies fàctiques i que argumenta de manera raonable. Entenem que, en una primera etapa, ha de prevaler la decisió de la dona sobre la potencialitat d'una vida no viable i que, establint terminis, s'ha de deixar en mans de la dona –que és aquí l'únic subjecte de drets– la decisió, respectant la seva autonomia sense necessitat de controls de tercers –metges, psiquiatres, familiars–. A partir d'aquest moment, quanta més viabilitat adquireixi el fetus més mesures de protecció mereix.”

⁶ “La present Llei reconeix el dret a la maternitat lliurement decidida, que implica, entre d'altres coses, que les dones puguin prendre la decisió inicial sobre el seu embaràs i que aquesta decisió, conscient i responsable, sigui respectada. El legislador ha considerat raonable, d'acord amb les indicacions de les persones expertes i l'anàlisi del dret comparat, deixar un termini de 14 setmanes en el qual es garanteix a les dones la possibilitat de prendre una decisió lliure i informada sobre la interrupció de l'embaràs, sense interferència de tercers, el que la STC 53/1985 denomina «autodeterminació conscient», atès que la intervenció determinant d'un tercer en la formació de la voluntat de la dona gestant no ofereix més garantia per al fetus i, a la vegada, limita innecessàriament la personalitat de la dona, valor emparat en l'article 10.1 de la Constitució.”

⁷ “Així, l'estatus de l'embrió ha d'establir una protecció progressiva, ja que aquest només es converteix plenament en un individu quan neix. És llavors quan es considera que existeix una persona titular de drets fonamentals. D'aquesta manera es realitza una ponderació entre drets en col·lisió (que no es consideren absoluts) i una progressió en la protecció (individu, fetus, embrió, i fins i tot embrió preimplantatori). És aquí on intervé el dret com un mitjà de tractar els conflictes i com un sistema per fixar els acords.”

⁸ “La ponderació que el legislador realitza ha tingut en compte la doctrina de la STC 53/1985 i atén els canvis qualitius de la vida en formació que tenen lloc durant l'embaràs, i estableix, d'aquesta manera, una concordança pràctica dels drets i béns concurrents a través d'un model de tutela gradual al llarg de la gestació.”

⁹ “Des d'un punt de vista biològic la vida únicament es perpetua i no té un inici. És per això que cal prendre en consideració la capacitat de desenvolupar la vida d'una forma individual i autònoma. La visió avui majoritàriament acceptada pels científics és que la vida pròpiament humana comença al voltant de les 23 setmanes de gestació, quan s'inicien les connexions sinàptiques cap a l'escorça cerebral i a l'interior d'aquesta. Aquest fonament neurològic és coherent amb el fet que tant el començament com el final de la vida humana depenen de l'activitat de l'escorça cerebral, és a dir, de l'estat de consciència. A més, al voltant de les 22 setmanes de gestació se sol considerar que el fetus té possibilitats de viure fora de

3 de març,¹⁰ tenen en compte el criteri de viabilitat fetal. En sisè lloc, tant el Preàmbul del Document¹¹ com el de la Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març,¹² parteixen de la necessitat de normes clares que atorguin seguretat jurídica i respectin l'autonomia de les dones.

Pel que fa a les recomanacions que contenia aquest document, exposades en forma de **Conclusions**, cal dir que han estat acollides gairebé íntegrament per la legislació i constitueixen actualment dret vigent. Les úniques excepcions a aquesta afirmació es troben en les **Conclusions 2 b, c i d, i 4 c**. La resta de les **Conclusions** d'aquest Document formen part del contingut normatiu dels preceptes de la nova legislació.

l'úter; aquest criteri de viabilitat és variable i depèn no només de l'estat de la tècnica a cada moment sinó també de la possibilitat d'accedir-hi, possibilitat que pot variar fins i tot per raons geogràfiques.”

¹⁰ “En el desenvolupament de la gestació, «té –com ha afirmat la STC 53/1985– una especial transcendència el moment a partir del qual el nasciturus és ja susceptible de vida independent de la mare». El lliandar de la viabilitat fetal se situa, en consens general avalat per la comunitat científica i basat en estudis de les unitats de neonatologia, entorn de la vint-i-dosena setmana de gestació. És fins a aquest moment que la Llei permet la interrupció de l'embaràs sempre que es doni alguna d'aquestes dues indicacions: «que hi hagi greu risc per a la vida o la salut de l'embarassada», o «que hi hagi risc de greus anomalies en el fetus». Aquests supòsits d'interrupció voluntària de l'embaràs de caràcter mèdic es regulen amb les degudes garanties a fi d'acreditar amb la més alta seguretat possible la concurrència de la indicació. A diferència de la regulació vigent, s'estableix un límit temporal cert en l'aplicació de l'anomenada indicació terapèutica, de manera que, en cas d'haver-hi risc per a la vida o salut de la dona més enllà de la vint-i-dosena setmana de gestació, el més adequat és la pràctica d'un part induït, de manera que el dret a la vida i integritat física de la dona i l'interès en la protecció de la vida en formació s'harmonitzen plenament.”

¹¹ “La nostra proposta de reforma de la llei de l'avortament pretén que les seves condicions siguin clares i accessibles, a fi de garantir la seguretat jurídica i de respectar l'autonomia de les dones, permetent la interrupció voluntària de l'embaràs si es compleixen els requisits que s'exigeixen. La transparència és, també en aquest camp, una exigència democràtica.”

¹² “En una societat lliure, pluralista i oberta, correspon al legislador, dins del marc d'opcions que la Constitució deixa obert, exercir els drets fonamentals d'acord amb els valors dominants i les necessitats de cada moment històric. L'experiència acumulada en l'aplicació del marc legal vigent, l'avanç del reconeixement social i jurídic de l'autonomia de les dones tant en l'àmbit públic com en la seva vida privada, així com la tendència normativa imperant als països del nostre entorn, advoquen per una regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs presidida per la claredat on quedin adequadament garantides tant l'autonomia de les dones, com l'eficax protecció de la vida prenatal com a bé jurídic.”

A continuació es transcriuen els diferents apartats de la **Conclusions** del Document i, després de cada un d'ells, l'articulat concret de les noves lleis que recullen les propostes que allí s'hi feien.

S'han fet servir tipus de lletra diferents per ajudar el lector a la visualització. Les propostes del Document, redactades en forma de **Conclusions**, es presenten en el format original i les normes noves en un format diferent.

CONCLUSIONS

• *La Conclusió 1 del document proposava:*

1. La interrupció voluntària de l'embaràs en els supòsits legalment reconeguts ha de ser considerada i tractada com un acte sanitari més i, en conseqüència, ha de ser assumida per la sanitat pública

• *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*

– **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 3. Principis i àmbit d'aplicació.

1. En l'exercici dels seus drets de llibertat, intimitat i autonomia personal, totes les persones tenen dret a adoptar lliurement decisions que afecten la seva vida sexual i reproductiva sense més límits que els derivats del respecte als drets de les altres persones i a l'ordre públic garantit per la Constitució i les lleis.
2. Es reconeix el dret a la maternitat lliurement decidida.
3. Ningú no ha de ser discriminat en l'accés a les prestacions i serveis que preveu aquesta Llei per motius d'origen racial o ètnic, religió, convicció o opinió, sexe, discapacitat, orientació sexual, edat, estat civil, o qualsevol altra condició o circumstància personal o social.
4. Els poders públics, de conformitat amb les seves respectives competències, han de portar a terme les prestacions i altres obligacions que estableix la present Llei en garantia de la salut sexual i reproductiva.

Article 4. Garantia d'igualtat en l'accés.

L'Estat, en l'exercici de les seves competències d'Alta Inspecció, ha de vetllar perquè es garanteixi la igualtat en l'accés a les prestacions i serveis establerts pel Sistema Nacional de Salut que incideixen en l'àmbit d'aplicació d'aquesta Llei.

Article 12. Garantia d'accés a la interrupció voluntària de l'embaràs.

Es garanteix l'accés a la interrupció voluntària de l'embaràs en les condicions que determina aquesta Llei. Aquestes condicions s'han d'interpretar de la

manera més favorable per a la protecció i eficàcia dels drets fonamentals de la dona que sol·licita la intervenció, en particular, el seu dret al lliure desenvolupament de la personalitat, a la vida, a la integritat física i moral, a la intimitat, a la llibertat ideològica i a la no-discriminació.

Article 18. Garantia de l'accés a la prestació.

Els serveis públics de salut, en l'àmbit de les seves respectives competències, han d'aplicar les mesures necessàries per garantir el dret a la prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs en els supòsits i amb els requisits que estableix aquesta Llei. Aquesta prestació ha d'estar inclosa en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut.

Article 19. Mesures per garantir la prestació pels serveis de salut.

1. Amb la finalitat d'assegurar la igualtat i qualitat assistencial de la prestació a la interrupció voluntària de l'embaràs, les administracions sanitàries competents han de garantir els continguts bàsics que el Govern determini, un cop escoltat el Consell Interterritorial de Salut. S'ha de garantir a totes les dones igualment l'accés a la prestació amb independència del lloc on resideixin.
2. La prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs s'ha de realitzar en centres de la xarxa sanitària pública o en centres que hi estiguin vinculats.

– **Reial decret 831/2010, de 25 de juny, de garantia de la qualitat assistencial de la prestació a la interrupció voluntària de l'embaràs.**

Article 1. Objecte.

Aquest Reial decret té per objecte establir un marc bàsic que asseguri la igualtat i qualitat assistencial de la prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs i garanteixi a totes les dones de la mateixa manera l'accés a la prestació, amb independència del lloc on resideixin.

Article 2. Competències de gestió i organització dels serveis.

Els serveis públics de salut, en l'àmbit de les competències que els són pròpies, han d'organitzar els seus serveis de tal manera que es garanteixi la prestació

sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs en els supòsits i amb els requisits necessaris que preveu la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març.

En tot cas, els serveis públics de salut han de vetllar per la disponibilitat dels recursos necessaris, incloent les tècniques diagnòstiques urgents per possibilitar la pràctica de la interrupció voluntària de l'embaràs en els supòsits i condicions legalment establerts.

Article 3. Garanties bàsiques de la prestació d'interrupció voluntària de l'embaràs pel Sistema Nacional de Salut.

1. La prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs inclosa en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut s'ha de fer en centres de la xarxa sanitària pública o que hi estan vinculats sota alguna de les formes que preveu la legislació sanitària, sigui quin sigui el règim jurídic mitjançant el qual s'articuli aquesta vinculació.
2. Si, excepcionalment, el servei públic de salut on la dona embarassada hagi sol·licitat l'assistència no pot facilitar en temps la prestació, l'esmentat servei públic de salut ha de reconèixer a la sol·licitant el dret a acudir a qualsevol centre acreditat en el territori nacional, amb el compromís escrit d'assumir directament l'abonament de la prestació. El reconeixement del dret esmentat i el compromís d'assumir l'abonament de la prestació es consideren realitzats tàcitament si, transcorregut un termini de deu dies naturals des de la sol·licitud de la prestació, la dona sol·licitant no ha rebut del corresponent servei públic de salut indicació del centre sanitari on s'ha de dur a terme la prestació.
3. Quan el servei públic de salut opti per facilitar la prestació de la interrupció voluntària de l'embaràs amb mitjans aliens, aquests centres han d'estar acreditats per a la pràctica de la interrupció voluntària de l'embaràs.

• *La Conclusió 2 del document proposava:*

2. Cal que es modifiqui la regulació vigent de la interrupció voluntària de l'embaràs promulgant una normativa específica en els termes següents:

A) Durant les 14 primeres setmanes de gestació, la decisió d'interrompre l'embaràs correspon lliurement a la dona

• *Aquest apartat A) de la Conclusió 2 es recull en la normativa següent:*

– **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 3. Principis i àmbit d'aplicació.

1. En l'exercici dels seus drets de llibertat, intimitat i autonomia personal, totes les persones tenen dret a adoptar lliurement decisions que afecten la seva vida sexual i reproductiva sense més límits que els derivats del respecte als drets de les altres persones i a l'ordre públic garantit per la Constitució i les lleis.
2. Es reconeix el dret a la maternitat lliurement decidida.
3. Ningú no ha de ser discriminat en l'accés a les prestacions i serveis que preveu aquesta Llei per motius d'origen racial o ètnic, religió, convicció o opinió, sexe, discapacitat, orientació sexual, edat, estat civil, o qualsevol altra condició o circumstància personal o social.
4. Els poders públics, de conformitat amb les seves respectives competències, han de portar a terme les prestacions i altres obligacions que estableix la present Llei en garantia de la salut sexual i reproductiva.

Article 14. Interrupció de l'embaràs a petició de la dona.

Es pot interrompre l'embaràs dins de les primeres catorze setmanes de gestació a petició de l'embarassada, sempre que concorrin els requisits següents:

- a) Que s'hagi informat la dona embarassada sobre els drets, prestacions i ajudes públiques de suport a la maternitat, en els termes que estableixen els apartats 2 i 4 de l'article 17 d'aquesta Llei.
- b) Que hagi transcorregut un termini d'almenys tres dies, des de la informació esmentada en el paràgraf anterior i la realització de la intervenció.

B) No s'establirà cap termini per dur a terme la interrupció de l'embaràs en els supòsits de:

a. perill greu per a la salut física i psíquica i per a la vida de la dona

b. detecció de greus malformacions del fetus o de malalties de la mare que amb molta probabilitat causarien seqüeles greus al fetus

- *Aquest apartat B) de la Conclusió 2 es recull parcialment en la normativa següent:*

– Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs

Article 15. Interrupció per causes mèdiques.

Excepcionalment, es pot interrompre l'embaràs per causes mèdiques quan es doni alguna de les circumstàncies següents:

- a) Que no se superin les vint-i-dues setmanes de gestació i sempre que existeixi greu risc per a la vida o la salut de l'embarassada i així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per un metge o metgessa especialista diferent del que la practiqui o dirigeixi. En cas d'urgència per risc vital per a la gestant es pot prescindir del dictamen.
- b) Que no se superin les vint-i-dues setmanes de gestació i sempre que hi hagi risc de greus anomalies en el fetus i així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per dos metges especialistes diferents del que la practiqui o dirigeixi.
- c) Quan es detectin anomalies fetals incompatibles amb la vida i així consti en un dictamen emès amb anterioritat per un metge o metgessa especialista, diferent del que practiqui la intervenció, o quan es detecti en el fetus una malaltia extremadament greu i incurable en el moment del diagnòstic i així ho confirmi un comitè clínic.

C) Entre les 14 i les 22 setmanes de gestació es podrà practicar la interrupció voluntària de l'embaràs atenent a les circumstàncies socioeconòmiques desfavorables de la gestant

- *Aquest apartat C) de la Conclusió 2 no ha estat recollit per la legislació.*

En els casos B) i C), la proporcionalitat de la decisió –«estat de necessitat específic»– haurà de ser apreciada per una comissió externa de valoració i control. Aquesta comissió ha de ser plural, multidisciplinària i independent de les persones implicades en la

interrupció de l'embaràs i del centre en què es practiqui. A més, haurà de pronunciar-se en un termini màxim de quinze dies naturals, passat el qual s'entendrà que autoritza la interrupció de l'embaràs.

- *Aquest darrer apartat de la Conclusió 2 es recull parcialment en la normativa següent:*
- **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 16. Comitè clínic.

1. El comitè clínic al qual es refereix l'article anterior ha d'estar format per un equip pluridisciplinari integrat per dos metges especialistes en ginecologia i obstetrícia o experts en diagnòstic prenatal i un pediatre. La dona pot escollir un d'aquests especialistes.
 2. Confirmat el diagnòstic pel comitè, la dona ha de decidir sobre la intervenció.
 3. En cada comunitat autònoma hi ha d'haver, almenys, un comitè clínic en un centre de la xarxa sanitària pública. Els membres, titulars i suplents, designats per les autoritats sanitàries competents, ho són per un termini no inferior a un any. La designació s'ha de fer pública en els diaris oficials de les respectives comunitats autònomes.
 4. Les especificitats del funcionament del Comitè clínic s'han de determinar per reglament.
- **Reial decret 825/2010, de 25 de juny, de desplegament parcial de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.**

Comitè clínic de l'article 15.c), de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març

Article 2. Naturalesa i composició del comitè clínic.

1. El comitè clínic és un òrgan col·legiat de caràcter consultiu i naturalesa tècnico-facultativa, designat per l'òrgan competent de cada comunitat autònoma, que intervé en el supòsit d'interrupció voluntària de l'embaràs per causes mèdiques quan es detecti en el fetus una malaltia extremadament

greu i incurable en el moment del diagnòstic, d'acord amb el que preveu l'article 15.c) de la Llei orgànica 2/2010.

La seva intervenció ha de confirmar o no el diagnòstic previ, de malaltia extremadament greu i incurable, del metge o metges que hagin atès la dona en l'embaràs.

2. Hi ha d'haver, almenys, a la xarxa sanitària pública, un comitè clínic en cada comunitat autònoma. Hi pot haver, a més, altres comitès en altres centres de la xarxa sanitària esmentada, a decisió de la comunitat sobre la base de criteris relacionats amb la població, el nombre d'especialistes que exerceixen en el seu àmbit territorial, l'òptima qualitat assistencial de les intervencions o altres criteris similars.

3. El comitè o els comitès, amb la composició que determina l'article 16.1 de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, són designats per les autoritats competents de les comunitats autònomes, entre els especialistes que exerceixen a la xarxa assistencial pública d'aquestes.

La designació s'ha de publicar en el diari oficial de la comunitat autònoma i comprèn els membres titulars del comitè i, almenys, un suplent de cada un d'aquests.

El termini d'actuació del comitè o comitès clínics ha de ser, com a mínim, d'un any, i les comunitats autònomes en poden establir un altre de més gran.

4. La dona gestant té dret a escollir un dels metges especialistes o experts esmentats a l'article 16. 1 de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març. Si fa ús del seu dret, ha de proposar a les autoritats competents de la comunitat autònoma la designació d'un metge, del sector públic o del privat, de la seva elecció.

Article 3. Procediment d'actuació i règim de funcionament.

1. L'actuació del comitè o els comitès clínics és procedent, en el marc del procediment d'autorització de la interrupció de l'embaràs, una vegada la dona gestant disposa d'un diagnòstic previ de la malaltia del fetus.

A aquest efecte:

- a) Una vegada emès el primer diagnòstic la dona embarassada ha de sol·licitar, a l'òrgan competent de la comunitat autònoma on s'hagi de sotmetre a la intervenció, que iniciï la tramitació de l'expedient. Aquell ha d'assignar el cas, en un termini màxim de 24 hores, al comitè clínic que escaigui, per tal que s'emeti el dictamen corresponent. Al comitè s'ha

- d'integrar l'especialista que, si s'escau, hagi designat la dona, que ha de substituir el que determini, en cada cas i sense que requereixi publicitat, l'autoritat sanitària.
- b) El comitè clínic ha d'emetre el dictamen en un termini màxim de 10 dies, llevat que, motivadament, s'acrediti que les proves diagnòstiques o d'un altre tipus que s'hagin de practicar requereixin un termini més llarg.
 - c) Confirmat el diagnòstic pel comitè, aquest ho ha de transmetre, en el termini de 12 hores, a l'òrgan competent de l'administració autonòmica, a fi que ho notifiqui, de manera immediata, a la interessada perquè, en cas que vulgui continuar el procediment, es pugui portar a terme la interrupció de l'embaràs, preferentment, en un centre de la xarxa sanitària pública qualificat per realitzar la interrupció en aquest supòsit. El centre esmentat pot pertànyer a la xarxa sanitària de qualsevol comunitat autònoma, amb independència d'aquella a la qual figuri adscrit el comitè clínic.
 - d) En cas que el dictamen del comitè sigui contrari al diagnòstic previ, l'ha de transmetre igualment a l'òrgan competent de la comunitat autònoma, que l'ha de notificar a la interessada, i posar en el seu coneixement que no està en el supòsit legal que permet la pràctica de la interrupció de l'embaràs.
2. A tots els efectes, les dades i informacions de caràcter personal, assistencial i clínic que es puguin obtenir en el curs del procediment d'autorització de la interrupció de l'embaràs en aquest supòsit, són confidencials i estan sotmeses al règim de protecció de la intimitat i confidencialitat de les dades i el seu tractament, que preveuen els articles 20 i 21 de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març.

D) La indicació que en l'actual legislació permet la interrupció voluntària de l'embaràs en cas de violació, ha de ser substituïda per una norma/protocol que prescriu a tota dona denunciant l'administració de l'anticoncepció d'emergència, si així ho desitja.

Naturalment, si el termini d'actuació d'aquest fàrmac s'hagués exhaurit en el moment d'efectuar la denúncia, la dona podrà prendre lliurement la decisió que consideri oportuna abans de les 14 setmanes que s'esta14 bleixen en el punt A), quedant així subsumida la «indicació ètica» en el «termini».

- *Aquest apartat D) de la Conclusió 2 ha estat recollit per la legislació en substituir efectivament el sistema d'indicacions pel de terminis, com es proposava en el Document.*
 - *La Conclusió 3 del document proposava:*
- 3. *El canvi normatiu ha d'anar acompanyat d'una intensa i rigorosa política d'educació sexual i reproductiva, que haurà de ser transversal i permanent, i que inclogui mesures actives que proporcionin accés real als mètodes anticonceptius i a la interrupció de l'embaràs, atenent particularment als grups d'especial vulnerabilitat.***

És especialment necessari que la salut sexual i reproductiva no s'abordi solament des d'un punt de vista sanitari, actuant quan ja els riscos estan presents, sinó que cal posar especial èmfasi en el desenvolupament d'un pla d'educació per a la salut de forma transversal, amb un programa esglaonat, continu i integral sobre la sexualitat ja des de la infància, que vagi més enllà de l'explicació dels seus mecanismes biològics i que tingui en compte, a més, les infeccions de transmissió sexual.¹³

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*
- **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 9. Incorporació de la formació en salut sexual i reproductiva al sistema educatiu.

El sistema educatiu ha de preveure la formació en salut sexual i reproductiva, com a part del desenvolupament integral de la personalitat i de la formació en valors, incloent un enfocament integral que contribueixi a:

¹³ Vegis el Documento de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre *Salut sexual i reproductiva en l'adolescència* (2002).

- a) La promoció d'una visió de la sexualitat en termes d'igualtat i coresponsabilitat entre homes i dones amb especial atenció a la prevenció de la violència de gènere, agressions i abusos sexuals.
- b) El reconeixement i acceptació de la diversitat sexual.
- c) El desenvolupament harmònic de la sexualitat d'acord amb les característiques de les persones joves.
- d) La prevenció de malalties i infeccions de transmissió sexual i especialment la prevenció del VIH.
- e) La prevenció d'embarassos no desitjats, en el marc d'una sexualitat responsable.
- f) En la incorporació de la formació en salut i salut sexual i reproductiva al sistema educatiu, s'han de tenir en compte la realitat i les necessitats dels grups o sectors socials més vulnerables, com el de les persones amb discapacitat, i proporcionar, en tot cas, a aquest alumnat informació i materials accessibles, adequats a la seva edat.

Article 7. Atenció a la salut sexual i reproductiva.

Els serveis públics de salut han de garantir:

- a) La qualitat dels serveis d'atenció a la salut sexual integral i la promoció d'estàndards d'atenció basats en el millor coneixement científic disponible.
- b) L'accés universal a pràctiques clíniques efectives de planificació de la reproducció, mitjançant la incorporació d'anticonceptius d'última generació l'eficàcia dels quals hagi estat avalada per l'evidència científica, en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut.

Article 5. Objectius de l'actuació dels poders públics.

1. Els poders públics en l'exercici de les seves polítiques sanitàries, educatives i socials han de garantir:
 - a) La informació i l'educació afectivosexual i reproductiva en els continguts formals del sistema educatiu.
 - b) L'accés universal als serveis i programes de salut sexual i reproductiva.
 - c) L'accés a mètodes segurs i eficaços que permetin regular la fecunditat.
 - d) L'eliminació de tota forma de discriminació, amb especial atenció a les persones amb algun tipus de discapacitat, a les quals s'ha de garantir el seu dret a la salut sexual i reproductiva, i establir per a elles els suports necessaris en funció de la seva discapacitat.
 - e) L'educació sanitària integral i amb perspectiva de gènere sobre salut sexual i salut reproductiva.

-
- f) La informació sanitària sobre anticoncepció i sexe segur que previngui, tant les malalties i infeccions de transmissió sexual, com els embarassos no desitjats.
2. Així mateix en l'exercici de les seves polítiques han de promoure:
- a) Les relacions d'igualtat i respecte mutu entre homes i dones en l'àmbit de la salut sexual i l'adopció de programes educatius especialment dissenyats per a la convivència i el respecte a les opcions sexuals individuals.
 - b) La coresponsabilitat en les conductes sexuals, sigui quina sigui l'orientació sexual.

Article 6. Accions informatives i de sensibilització.

Els poders públics han de portar a terme accions informatives i de sensibilització sobre salut sexual i salut reproductiva, especialment a través dels mitjans de comunicació, i s'ha de prestar particular atenció a la prevenció d'embarassos no desitjats, mitjançant accions adreçades, principalment, a la joventut i col·lectius amb necessitats especials, així com la prevenció de malalties de transmissió sexual.

• ***La Conclusió 4 del document proposava:***

4. En el cas de les dones menors d'edat, en tant que presenten riscos especials, és necessari que:

A) en la prescripció d'anticonceptius, s'admeti la validesa del consentiment de les adolescents que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen

• ***Aquest apartat A) de la Conclusió 4 es recull en la normativa següent:***

– **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 3. Principis i àmbit d'aplicació.

1. En l'exercici dels seus drets de llibertat, intimitat i autonomia personal, totes les persones tenen dret a adoptar lliurement decisions que afecten la seva vida sexual i reproductiva sense més límits que els derivats del respecte als

drets de les altres persones i a l'ordre públic garantit per la Constitució i les lleis.

Article 5. Objectius de l'actuació dels poders públics.

1. Els poders públics en l'exercici de les seves polítiques sanitàries, educatives i socials han de garantir:
 - a) La informació i l'educació afectivosexual i reproductiva en els continguts formals del sistema educatiu.
 - b) L'accés universal als serveis i programes de salut sexual i reproductiva.
 - c) L'accés a mètodes segurs i eficaços que permetin regular la fecunditat.
 - d) L'eliminació de tota forma de discriminació, amb especial atenció a les persones amb algun tipus de discapacitat, a les quals s'ha de garantir el seu dret a la salut sexual i reproductiva, i establir per a elles els suports necessaris en funció de la seva discapacitat.
 - e) L'educació sanitària integral i amb perspectiva de gènere sobre salut sexual i salut reproductiva.
 - f) La informació sanitària sobre anticoncepció i sexe segur que previngui, tant les malalties i infeccions de transmissió sexual, com els embarassos no desitjats.

- **Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.**

Article 9. Límits del consentiment informat i consentiment per representació.

3. S'atorga el consentiment per representació en els casos següents:
 - c) Quan el pacient menor d'edat no sigui capaç intel·lectualment ni emocionalment de comprendre l'abast de la intervenció. En aquest cas, el consentiment l'ha de donar el representant legal del menor després d'haver escoltat la seva opinió si té dotze anys complerts. Quan es tracti de menors no incapaços ni incapacitats, però emancipats o amb setze anys complerts, no es pot prestar el consentiment per representació. Tanmateix, en cas d'actuació de greu risc, segons el criteri del facultatiu, els pares han de ser informats i la seva opinió ha de ser tinguda en compte per prendre la decisió corresponent.

B) s'adoptin les mesures escaients perquè l'accés als diferents mitjans anticonceptius, inclosa l'anticoncepció d'emergència, sigui real.

- *Aquest apartat B) de la Conclusió 4 es recull en la normativa següent:*
 - **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Disposició addicional tercera. Accés a mètodes anticonceptius.

El Govern, en el termini d'un any, des de l'entrada en vigor de la Llei, ha de concretar l'efectivitat de l'accés als mètodes anticonceptius. En aquest sentit, s'ha de garantir la inclusió d'anticonceptius d'última generació l'eficàcia dels quals hagi estat avalada per l'evidència científica en la cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut en les mateixes condicions que les prestacions farmacèutiques amb finançament públic.

C) en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, cal admetre la validesa del consentiment de les menors que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen i les conseqüències.

La llei haurà d'establir les mesures necessàries per assegurar la validesa del consentiment atorgat per les menors entre 16 i 18 anys, atès que la legislació sanitària vigent estableix que a partir dels 16 anys els menors poden donar el consentiment personalment sense que calgui el dels seus representants legals.¹⁴

Entre els 12 i 16 anys, la menor podrà prendre la decisió per si mateixa si té suficient maduresa per entendre l'abast de la intervenció sobre la seva salut, encara que caldrà que els pares o representants legals de la menor siguin escoltats. En cas que sorgís un conflicte, caldrà potenciar l'adequada mediació, a càrrec d'experts o d'una comissió externa, entre pares i adolescents a fi que la decisió que es prengui gaudeixi del màxim consens entre la menor i els seus pares o responsables legals i tenint present en tot moment l'interès superior de la menor.

¹⁴ – Llei 21/2000, de 29 de desembre, del Parlament de Catalunya, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

– Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

- *Aquest apartat C) de la Conclusió 4 es recull parcialment en la normativa següent:*

- **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 13. Requisits comuns.

Són requisits necessaris de la interrupció voluntària de l'embaràs:

Primer.– Que el practiqui un metge especialista o sota la seva direcció.

Segon.– Que es porti a terme en un centre sanitari públic o privat acreditat.

Tercer.– Que es realitzi amb el consentiment exprés i per escrit de la dona embarassada o, si s'escau, del representant legal, de conformitat amb el que estableix la Llei 41/2002, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Es pot prescindir del consentiment exprés en el supòsit que preveu l'article 9.2.b) de la Llei esmentada.

Quart.– En el cas de les dones de 16 i 17 anys, el consentiment per a la interrupció voluntària de l'embaràs els correspon exclusivament a elles d'acord amb el règim general aplicable a les dones majors d'edat.

Almenys un dels representants legals, pare o mare, persones amb pàtria potestat o tutors de les dones compreses en aquestes edats ha de ser informat de la decisió de la dona.

Es prescindeix d'aquesta informació quan la menor al·legui fundadament que això li provoca un conflicte greu, manifestat en el perill cert de violència intrafamiliar, amenaces, coaccions, mals tractes, o es produeixi una situació de desarrelament o desemparament.

- **Reial decret 825/2010, de 25 de juny, de desplegament parcial de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs.**

Article 8. Consentiment informat de les dones de 16 o 17 anys. Informació als representants legals.

1. La dona de 16 o 17 anys ha de prestar el seu consentiment acompanyat d'un document que acrediti el compliment del requisit d'informació que preveu

l'apartat quart de l'article 13 de la Llei orgànica 2/2010, de 3 de març. El document ha de ser lliurat personalment per la dona acompanyada del seu representant legal al personal sanitari del centre on s'hagi de practicar la intervenció.

2. En el cas de prescindir d'aquesta informació, quan la dona al·legui les circumstàncies que preveu l'apartat quart de l'esmentat article 13, el metge encarregat de practicar la interrupció de l'embaràs ha d'apreciar, per escrit i amb la signatura de la dona, que les al·legacions d'aquesta són fundades, i pot sol·licitar, si s'escau, un informe psiquiàtric, psicològic o d'un professional de treball social.

- ***La Conclusió 5 del document proposava:***

5. L'objecció de consciència del personal sanitari té com límit la possibilitat de prestació del servei:

L'objecció de consciència té límits i el seu exercici ha de complir determinats requisits. El límit essencial és que l'exercici de l'objecció de consciència per part d'un professional sanitari mai pot perjudicar els pacients, per la qual cosa només es podrà admetre quan no suposi una limitació de l'atenció sanitària obligatòria.

L'exercici de l'objecció de consciència, que deriva del dret a la llibertat ideològica, és una possibilitat individual a la qual no poden acollir-se les institucions (centres de salut, hospitals...). Cal remarcar que –com ha declarat el Tribunal Constitucional¹⁵– els centres sanitaris no poden invocar un ideari propi com un dret a ponderar enfront de drets constitucionalment tutelats. Els centres sanitaris finançats públicament i que ofereixin atenció ginecològica estan obligats, en tot cas, a prescriure i a subministrar els serveis i prestacions reconeguts pel sistema de salut.¹⁶

¹⁵ STC 106/1996.

¹⁶ Vegi's el Document de l'*Observatori de Bioètica i Dret sobre Objeció de consciència en sanitat* (2007).

- *Aquesta Conclusió es recull en la normativa següent:*
- **Llei orgànica 2 / 2010, de 3 de març, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs**

Article 19. Mesures per garantir la prestació pels serveis de salut.

1. Amb la finalitat d'assegurar la igualtat i qualitat assistencial de la prestació a la interrupció voluntària de l'embaràs, les administracions sanitàries competents han de garantir els continguts bàsics que el Govern determini, un cop escoltat el Consell Interterritorial de Salut. S'ha de garantir a totes les dones igualment l'accés a la prestació amb independència del lloc on resideixin.
2. La prestació sanitària de la interrupció voluntària de l'embaràs s'ha de realitzar en centres de la xarxa sanitària pública o en centres que hi estiguin vinculats.

Els professionals sanitaris directament implicats en la interrupció voluntària de l'embaràs tenen el dret d'exercir l'objecció de consciència sense que l'accés i la qualitat assistencial de la prestació puguin resultar menyscabades per l'exercici de l'objecció de consciència. El rebuig o la negativa a realitzar la intervenció d'interrupció de l'embaràs per raons de consciència és una decisió sempre individual del personal sanitari directament implicat en la realització de la interrupció voluntària de l'embaràs, que s'ha de manifestar anticipadament i per escrit. En tot cas els professionals sanitaris han de dispensar tractament i atenció mèdica adequats a les dones que ho necessitin abans i després d'haver-se sotmès a una intervenció d'interrupció de l'embaràs.

Si excepcionalment el servei públic de salut no pot facilitar en temps la prestació, les autoritats sanitàries han de reconèixer a la dona embarassada el dret a acudir a qualsevol centre acreditat en el territori nacional, amb el compromís escrit d'assumir directament l'abonament de la prestació.

Reedición y análisis del impacto
normativo de los documentos del
Observatorio de Bioética y Derecho
sobre salud sexual y reproductiva
en la adolescencia y sobre
la interrupción voluntaria del embarazo

M. Casado y E. Lamm (Coords.)

Elaborado por el Grupo de Opinión del
Observatori de Bioètica i Dret
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, enero de 2011

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldiri Reixac, 4. Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.es
www.bioethicsandlaw.es

PRESENTACIÓN

La necesidad de reeditar los Documentos del Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia (2002) y sobre la interrupción voluntaria del embarazo (2008) ha permitido el análisis de las repercusiones que ambos Documentos han tenido en el contexto sanitario y social así como en la actuación de los poderes públicos, y examinar detalladamente el impacto de los mismos en la legislación. Este estudio ha confirmado la impresión inicial ya habida, creada por su repercusión mediática y, de manera especial, por su amplio eco en los ámbitos de la especialidad. En efecto, la reciente legislación española ha acogido en los nuevos textos que regulan estas cuestiones, las recomendaciones de estos Documentos, con lo que se puede afirmar, con satisfacción, que nuestro trabajo ha obtenido unos resultados notables en aquello que más puede importar a juristas y a expertos en bioética: incidir en el cambio normativo, en la práctica profesional y en el debate social informado.

El hecho de que el trabajo y la opinión de un grupo científico y académico haya tenido tal relevancia en la modificación de las leyes es extremadamente significativo, porque pone de manifiesto las estrechas implicaciones de las normas técnicas respecto de las jurídicas y otorga sentido al papel de los organismos científico-técnicos –formales e informales– en la elaboración de las leyes. Este es un fenómeno novedoso en el mundo del Derecho y que cada vez adquiere mayor importancia en el ámbito bioético, en el que los comités de ética –como comités técnicos– y los grupos científicos –como el *Observatori de Bioètica i Dret*– tienen una incidencia notable en la legislación. Es, además, la tercera vez que un cotejo de este tipo permite acreditar que los resultados del trabajo del Grupo de Opinión se ven acogidos en la normativa estatal y en la autonómica; lo mismo sucedió ya con la reedición y análisis del impacto normativo alcanzado por los Documentos sobre reproducción asistida, de 2008, y la repercusión e impacto normativo de los Documentos sobre las voluntades anticipadas y sobre la eutanasia, publicado en 2010.¹

En este nuevo volumen se reproducen los dos Documentos elaborados por el Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* –el primero, sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia (2002), y el segundo, sobre la interrupción voluntaria del embarazo (2008)–, analizando punto por punto

¹ Ambos documentos pueden consultarse en: www.bioeticayderecho.ub.es/documentos

las **Conclusiones** entonces presentadas y dejando constancia de su impacto concreto en cada norma. La presentación se efectúa respetando en cada uno de ambos Documentos su versión original y añadiendo tras cada uno de ellos un comentario general sobre sus repercusiones y una revisión de sus **Conclusiones**, con indicación pormenorizada de las normas que recogen cada uno de los puntos precisos de nuestras propuestas.

Estos Documentos fueron elaborados y coordinados, en su día, por las personas que se mencionan en cada uno de ellos y, además, para la verificación y cotejo normativo el Grupo ha contado con la inestimable ayuda de Eleonora Lamm, quien ya colaboró en el análisis del impacto normativo de los Documentos sobre reproducción asistida, fue la destinataria de la primera de las becas *Josep Egozcue* para cursar el Master de Bioética y Derecho, y es hoy la primera Doctora en Derecho por la línea de investigación en Bioética en la Facultad de Derecho de la Universidad de Barcelona.

Esperamos que con esta nueva presentación, que recoge el impacto normativo de cada uno de ellos, estos Documentos y su actualización sigan siendo herramientas útiles para la discusión y para las personas interesadas en estas materias.

María Casado
Barcelona, enero de 2011.

ANÁLISIS DEL IMPACTO NORMATIVO DEL DOCUMENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

El Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia, elaborado por el Grupo de opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* en junio de 2002, se publicó con el fin de mostrar la opinión y los argumentos del Grupo sobre estas cuestiones y con la voluntad de participar así en el debate social acerca de estos temas, que en nuestra sociedad son cruciales. Se partía de la consideración de que es necesario abordar conjuntamente la educación sexual, ya que el sexo forma parte de la vida, el acceso a los medios de control de la natalidad y de evitación de las enfermedades sexuales, y los problemas que surgen en torno a la interrupción voluntaria del embarazo, que resultan especialmente complejos en el caso de las menores.

Las propuestas del Documento se han visto reflejadas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica y en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Las recomendaciones que contenía este Documento, expuestas en forma de **Conclusiones**, han sido acogidas casi íntegramente por la legislación y constituyen actualmente derecho vigente. Conviene remarcar que, muy significativamente, este Documento se anticipó al señalar la necesidad de otorgar a los menores de edad legal el derecho a consentir en el terreno de la sanidad de acuerdo con su capacidad para comprender aquello que deciden. Esta capacidad fue luego recogida en las leyes citadas, tal como se refleja en la **Conclusión 1**. La única excepción –parcial– a la mencionada recepción legal se encuentra en la **Conclusión 5**. En ésta, hay una diferencia entre la edad propuesta en el Documento y la finalmente adoptada por la Ley, y en los criterios de información. En efecto, el Documento consideraba que los menores de edad tienen derecho a la intimidad y a que se mantenga la confidencialidad de las conversaciones mantenidas en el entorno profesional. Esta afirmación fue recogida en el artículo 3 de la Ley, aunque en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo el artículo 13 exige que al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades, deberá ser informado de la decisión de la mujer. Aclarando que se prescindirá de esta información cuando la menor

alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo. El resto de las **Conclusiones** de este Documento forman parte del contenido normativo de los preceptos de la nueva legislación.

A continuación se transcriben los distintos apartados de la **Conclusiones** del Documento y, tras cada uno de ellos, el articulado concreto de las nuevas leyes que recogen sus propuestas.

Se han utilizado diferentes tipos de letra para ayudar al lector en la visualización. Las propuestas del Documento, efectuadas en forma de **Conclusiones**, se presentan en el formato original y las nuevas normas en un formato diferente.

CONCLUSIONES

- *La Conclusión 1 del Documento proponía:*

1. *En la prescripción de anticonceptivos hay que admitir la validez del consentimiento de los adolescentes que poseen capacidad para comprender aquello que deciden:*

Existe un deber general de respeto por la persona del paciente, que comprende el respeto por su autonomía e implica obtener su consentimiento para los tratamientos médicos; lo cual es válido también en los casos de menores de edad. Los métodos anticonceptivos que se usan actualmente en la adolescencia tienen unos riesgos mínimos para la salud y, en determinados casos, beneficios frente al riesgo que el embarazo representa para la salud física y psíquica.

El profesional debe tener en cuenta que la cuestión no es si él considera que el menor tiene madurez suficiente para tener relaciones sexuales sino si el menor ha decidido tenerlas. Se trata de derechos de los menores –y de la consideración de su mejor interés– no de valoraciones sobre la competencia de estos pacientes.

- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*

- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 3. Principios y ámbito de aplicación.

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:

- a) La información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
- b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
- c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
- d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
- e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
- f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

– **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica**

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. *Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.* Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

- ***La Conclusión 2 del Documento proponía:***

- 2. Es necesario adoptar las medidas pertinentes para que el acceso a los diferentes medios anticonceptivos sea real:***

El personal sanitario tiene una especial responsabilidad de velar por que esto sea así y debe tener en cuenta que su paciente es el menor y que tiene derechos. La denegación de la adecuada asistencia puede originar responsabilidades ya que existe la obligación de prestarla para atender la salud del menor, evitar riesgos o, cuando menos, disminuir los daños.

A pesar de que el profesional dude de la madurez del menor para decidir sobre su propia sexualidad, ante la posibilidad de que mantenga relaciones sexuales resulta obligado el ofrecimiento de información y la prescripción de medidas anticonceptivas, en evitación de los riesgos. La actuación en este sentido siempre estaría amparada para el profesional y justificada en el superior interés del menor.

- ***Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:***

- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:
 - a) La información y la educación afectivosexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
 - b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
 - c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
 - d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
 - e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.

- f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

Artículo 7. Atención a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera. Acceso a métodos anticonceptivos.

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

• *La Conclusión 3 del Documento proponía:*

3. La anticoncepción postcoital de emergencia (llamada píldora del día siguiente) es una medida anticonceptiva y, como tal, está incluida dentro de lo establecido en el anterior apartado:

Tanto la Organización Mundial de la Salud como el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya han insistido en la obligación de proporcionarla en los casos en que esté indicada. Es necesario establecer un dispositivo asistencial que cubra la dispensación de la anticoncepción de emergencia de forma eficaz, facilitando el acceso en farmacias, centros de salud y servicios de urgencias.

Es precisa una mayor sensibilización de la Administración, que debe garantizar la prescripción y dispensación de las medicaciones autorizadas. El sistema sanitario debe formar a sus profesionales para que

las prestaciones referentes a la salud reproductiva se proporcionen sin impedimentos, de forma rápida y equitativa, y sin que el coste económico impida la accesibilidad a los medios anticonceptivos.

- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*
- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 7. Atención a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera. Acceso a métodos anticonceptivos.

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

- *La Conclusión 4 del Documento proponía:*

4. La objeción de conciencia del personal sanitario tiene como límite la posibilidad de prestación del servicio:

Como cualquier otro derecho, la objeción de conciencia tiene límites y su ejercicio debe cumplir unos determinados requisitos. El límite esencial es que nunca el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por un profesional sanitario puede suponer perjuicio para el paciente, por lo que sólo podrá admitirse cuando no limite la aten-

ción sanitaria obligatoria. La objeción de conciencia, como derivada de la libertad ideológica, es un derecho individual que no puede ser ejercitado por una institución –centros de salud, hospitales... Es de resaltar que –como ha sostenido el Tribunal Constitucional en su *STC 106/1996*– los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como derecho a ponderar frente a derechos constitucionalmente tutelados. Los centros sanitarios están obligados, en todo caso, a prescribir y proporcionar los servicios y prestaciones reconocidos por el sistema de salud.

La Administración debe asumir aquí un papel especialmente vigilante en evitación de cualquier desatención al menor. Conviene recalcar que cada colectivo –padres, educadores, personal sanitario y Administración Pública en general– deben asumir sus responsabilidades y deberes, y que se requiere cooperación estable entre las diferentes instancias implicadas.

- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*
- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer em-

barazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

• ***La Conclusión 5 del Documento proponía:***

5. En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, hay que admitir la validez del consentimiento de las menores que poseen capacidad para comprender aquello que deciden:

Desde una interpretación integradora y armónica de la normativa aplicable a los menores, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo debe considerarse válido y eficaz el consentimiento de la menor para la realización del aborto en los supuestos establecidos legalmente. Consecuentemente, y en sentido opuesto, también debe admitirse que no podrá interrumpirse el embarazo sin el consentimiento de la menor, pues supondría una vulneración potencial de su derecho a la integridad física consagrado en el artículo 15 de la Constitución.

Sería un contrasentido atribuir eficacia al consentimiento de los menores a los tratamientos médicos y no hacerlo en este supuesto en el que el conflicto de intereses es más evidente y en el que se requiere proteger especialmente el superior interés de la menor. De no hacerlo así, la legislación teóricamente protectora del menor, en cuanto les reconoce capacidad para ejercitar sus derechos, se vacía de contenido. En algunos tipos penales relacionados con la igualdad y la libertad sexual, la edad a que se admite la validez del consentimiento no es 18 años sino 13, ya que se estima que es una etapa en la que el consentimiento tiene relevancia, aunque no se trate de la mayoría de edad civil o política. La interpretación conjunta del Código Penal con el resto de las normas jurídicas aplicables nos conduce a la solución propuesta, puesto que cualquier otra daría como resultado algo tan contrario al ordenamiento y al principio de igualdad como lo es la imposibilidad total de abortar legalmente en ninguna circunstancia a las menores (si se exigiera un consentimiento adulto) o, la posibilidad de obligar a gestar contra su voluntad y también a abortar contra su voluntad (si se atribuyese el consentimiento a padres y tutores) Soluciones a todas luces inaceptables y muchos más lesivas que admitir la validez del consentimiento de la menor.

- ***Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:***
 - **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 13. Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero.– Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.– Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.– Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b de la referida Ley.

Cuarto.– En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.¹

¹ En este punto, la **Conclusión 5** del Documento ha sido recogida sólo parcialmente. En la misma, nada se decía acerca de la información a los padres, pero sí se mencionaba esta circunstancia en el preámbulo del Documento: “*Un menor puede iniciar relaciones sexuales sabiéndolo o ignorándolo sus padres, o incluso en contra de la opinión de éstos. Revelar la información a los padres puede resultar una mala práctica profesional, pues si el menor no tiene la certeza de que esta información es estrictamente confidencial, la relación de confianza se puede quebrar, y si deja de solicitar consejo profesional, los riesgos se incrementan. El derecho a la intimidad, garantizado en el artículo 18 de la Constitución, debe interpretarse no sólo como la garantía de la existencia de un ámbito de secreto sino como un espacio de decisión personal protegido frente a la injerencia ajena (STC 151/1997) Así, garantizando explícitamente la confidencialidad de la consulta efectuada se podrá actuar como mediador, informando a los padres si el menor solicita ayuda para ello. También podrá hacerlo en el caso de existencia de peligros concretos y graves para la salud o la vida del menor o de terceros directamente derivados de la forma en que lleva a efecto esas prácticas sexuales. En todo caso, debe efectuarse una interpretación restrictiva de este supuesto y siempre que se pueda acreditar la relación causa-efecto y avisando de ello al menor. Advertir a los padres o responsables del riesgo para la salud o la libertad del menor no es lo mismo que trasladarles el consentimiento, éste siempre ha de ser del menor.*”

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

- **Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.**

Artículo 8. Consentimiento informado de las mujeres de 16 ó 17 años. Información a los representantes legales.

1. La mujer de 16 ó 17 años prestará su consentimiento acompañado de un documento que acredite el cumplimiento del requisito de información previsto en el apartado Cuarto del artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. El documento será entregado personalmente por la mujer acompañada de su representante legal al personal sanitario del centro en el que vaya a practicarse la intervención.
2. En el caso de prescindir de esta información, cuando la mujer alegue las circunstancias previstas en el apartado Cuarto del citado artículo 13, el médico encargado de practicar la interrupción del embarazo deberá apreciar, por escrito y con la firma de la mujer, que las alegaciones de ésta son fundadas, pudiendo solicitar, en su caso, informe psiquiátrico, psicológico o de profesional de trabajo social.

- *La Conclusión 6 del Documento proponía:*

6. Debería suprimirse la mención a “los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo” del artículo 7 de la ley 21/2000 “sobre els drets d’informació concernent la salut i l’autonomia del pacient, i la documentació clínica”, del Parlament de Catalunya.²

El artículo 7 de dicha ley reza: “No obstante, en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de

² En el momento de elaborar el Documento (junio de 2002) aún no había sido aprobada la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de

práctica de técnicas de reproducción humana asistida, se estará a lo establecido con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad, y, si procede, la normativa específica que sea de aplicación”. De esta confusa mención –que remite a la legislación especial del tema sin innovar lo que ya está regulado sobre el asunto–, no se debe deducir que la interrupción voluntaria del embarazo sólo puede ser consentida por el mayor de edad ya que hacerlo así entra en contradicción con el resto de la normativa catalana, así como con el ordenamiento del conjunto del Estado sobre los menores y de las declaraciones sobre los derechos de los menores que existen en el contexto europeo y mundial. Necesariamente, la remisión a la legislación civil debe entenderse referida a su conjunto, que estipula que los menores deben ser oídos teniendo capacidad de decidir según su grado de madurez.

No se puede olvidar que junto al mejor interés del menor como principio rector de cualquier normativa que les afecte, en nuestro Código Penal se otorga validez al consentimiento del mayor de 13 años para la práctica de relaciones sexuales y se protege la intimidad del menor, sea cual sea su edad, incluso respecto de las posibles intromisiones de los padres o tutores. El límite de los 18 años en derecho penal, sólo afecta a la responsabilidad del menor en la realización de un hecho delictivo, pero nunca a su capacidad de consentir, que siempre se ha considerado que debe interpretarse como capacidad natural de consentir.

• *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*

– **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Disposición final segunda. Modificación de la 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.

El apartado 4 del artículo 9 de la 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, tendrá la siguiente redacción:

derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, por lo que el Documento se refiere a la Ley 21/2000, del Parlament de Catalunya, que entonces era la única norma vigente.

“4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.”

Redacción anterior:

“4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.”

• ***La Conclusión 7 del Documento proponía:***

7. Se requiere cuidar especialmente la actuación en el ámbito educativo que comprenda los diversos momentos del antes, durante y después del riesgo:

Es especialmente necesario que la salud sexual y reproductiva no se aborde solamente desde un punto de vista sanitario, actuando cuando ya los riesgos están presentes, sino que hay que poner especial énfasis en desarrollar un plan de educación para la salud de forma transversal, con un programa escalonado, continuo e integral, sobre la sexualidad en la escuela que vaya más allá de la explicación de los meros mecanismos biológicos.

Tampoco es posible desconocer el efecto de la influencia del consumo del alcohol y otras drogas que disminuyen el control sobre los propios actos y conviene tener en cuenta el contexto que establece para el consentimiento a las relaciones sexuales.

Hay que proporcionar acceso real a datos y a informaciones claras y veraces de manera que se facilite su asimilación.

• ***Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:***

– **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Capítulo III. Medidas en el ámbito educativo.

Artículo 9. Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.

El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

- a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.
- d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
- e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.
- f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

• ***La Conclusión 8 del Documento proponía:***

8. Existe la necesidad de proporcionar asesoramiento a los padres y madres en estas materias.

Cada vez resulta más evidente esta necesidad y ya han surgido iniciativas al respecto desde centros educativos y sanitarios o, de manera concertada, en los llamados programas de intervención socio-comunitaria. Ha llegado el momento de institucionalizar ese tipo de actividades, dotándolas presupuestariamente, y no dejándolas únicamente para benevolentes campañas de las fundaciones, el voluntarismo de los profesionales o la disponibilidad y combatividad de las asociaciones de padres y madres de cada centro educativo

-
- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*
 - **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 10. Actividades formativas.

Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivosexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.

- *La Conclusión 9 del Documento proponía:*
- 9. Es necesario llevar a cabo un debate social informado sobre las contradicciones con que abordan la construcción de la autonomía y la subjetividad los hombres y las mujeres y subrayar el interés de estas cuestiones.**

No es conveniente adoptar decisiones sobre la educación sexual como si no existieran diferencias de género relevantes y profundas; ni es admisible desconocer la importancia que tienen estos factores en la configuración de la autonomía, subjetividad y sexualidad de los jóvenes. Si no se afronta esta diferencia de identidad y su repercusión, las decisiones y medidas que se adopten en nada alterarán la realidad del problema.

- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*
- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 6. Acciones informativas y de sensibilización.

Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y co-

lectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

ANÁLISIS DEL IMPACTO NORMATIVO DEL DOCUMENTO SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

El Documento sobre la interrupción voluntaria del embarazo se elaboró en abril de 2008 como continuación del Documento sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia, publicado en 2002, con el mismo fin de participar en el debate social informado en torno a la cuestión, en unos momentos en que la necesidad de reformar la vieja ley del aborto, vigente en España desde 1985, se hacía sentir con fuerza, puesto que su aplicación había sobrepasado el marco legalmente establecido y la realidad social demandaba respuestas normativas acordes con el sentir social y respetuosas con el ordenamiento jurídico.

Las recomendaciones que en este Documento se efectuaban en forma de *Conclusiones* han sido incorporadas a la nueva legislación habiéndose logrado con ello un importantísimo impacto normativo que puede constatarse con la simple lectura del Documento y su cotejo con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, ya que no sólo las *Conclusiones* del Documento han sido adoptadas en el articulado de la ley sino que se puede advertir cómo hasta el propio Preámbulo del Documento ha sido recogido por el legislador.

Así, en primer lugar, tanto el Preámbulo del Documento sobre la interrupción voluntaria del embarazo¹ como el de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo²

¹ “El Código Penal vigente recoge la despenalización de la práctica del aborto en tres supuestos: que el embarazo sea consecuencia de una violación –previamente denunciada–, las malformaciones del feto y el grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, siempre y cuando se realice con su consentimiento y se cumplan los requisitos establecidos. La necesidad de reformar la norma renueva una vieja polémica de gran importancia social, con su consiguiente impacto mediático, en la que se ponen de manifiesto conflictos de valores y derechos, que requieren de la urgente intervención de los poderes públicos para proporcionar soluciones de justicia material que se conjuguen con la necesaria seguridad jurídica. La vigente regulación sobre la interrupción voluntaria del embarazo fue aprobada al final de la transición política y pareció ser la única posible en aquellos momentos. La introducción del sistema de indicaciones para la interrupción voluntaria del embarazo supuso, a la sazón, un avance; no obstante, hoy, resulta desfasada”.

² “Hace un cuarto de siglo, el legislador, respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en

parten de que si bien la ley derogada fue un avance, ésta se encontraba desfasada y creaba inseguridad jurídica. En segundo lugar, tanto el Preámbulo del Documento³ como el de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo,⁴ ponen de relieve la necesidad de seguir las pautas establecidas por las sentencias del Tribunal

relación con la maternidad, despenalizó ciertos supuestos de aborto. La reforma del Código Penal supuso un avance al posibilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concurría alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la Ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo”.

³ Según el Tribunal Constitucional español, «el artículo 15 CE reconoce como Derecho fundamental el derecho de todos a la vida, del que son titulares los nacidos». Así se recoge en la STC 53/85 (en especial Fundamentos Jurídicos 4 y 7) de forma que el *nasciturus* se considera un «bien jurídico protegido» pero no goza de la titularidad del derecho a la vida, ni de la especial dignidad humana.

En este mismo sentido, se pronuncian las STC 212/86 (en especial Fundamentos Jurídicos 3 y 9) y 116/99 (en especial Fundamentos Jurídicos 3 y 4) que reiteran y perfilan esta doctrina indicando que no se requiere una ley orgánica para tratar cuestiones que se refieran a los embriones y fetos –como bienes jurídicamente protegidos– y que, en este contexto, las obligaciones del Estado estriban en abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación y establecer un sistema legal de defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que incluya como última garantía normas penales.

⁴ “En la concreción del modelo legal, se ha considerado de manera especialmente atenta la doctrina constitucional derivada de las sentencias del Tribunal Constitucional en esta materia. Así, en la sentencia 53/1985, el Tribunal, perfectamente dividido en importantes cuestiones de fondo, enunció sin embargo, algunos principios que han sido respaldados por la jurisprudencia posterior y que aquí se toman como punto de partida. Una de esas afirmaciones de principio es la negación del carácter absoluto de los derechos e intereses que entran en conflicto a la hora de regular la interrupción voluntaria del embarazo y, en consecuencia, el deber del legislador de ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, tratando de armonizarlos si ello es posible o, en caso contrario, precisando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos (STC 53/1985). Pues si bien los no nacidos no pueden considerarse en nuestro ordenamiento como titulares del derecho fundamental a la vida que garantiza el artículo 15 de la Constitución esto no significa que resulten privados de toda protección constitucional (STC 116/1999). La vida prenatal es un bien jurídico merecedor de protección que el legislador debe hacer eficaz, sin ignorar que la forma en que tal garantía se configure e instrumente estará siempre intermediada por la garantía de los derechos fundamentales de la mujer embarazada”.

Constitucional. En tercer lugar, tanto el Preámbulo del Documento⁵ como el de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo,⁶ consideran que durante el plazo inicial debe primar la decisión de la mujer. En cuarto lugar, tanto el Preámbulo del Documento⁷ como el de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo,⁸ parten de una posición gradualista. En quinto lugar, tanto el Preámbulo del Documento⁹

⁵ “Entre el choque de absolutos que se produce al otorgar derechos dominantes al feto sobre los de la mujer, prohibiendo el aborto en cualquier circunstancia, o el que se produce al atribuir derechos absolutos de libre decisión de la mujer sobre su propio cuerpo en cualquier momento, la posición que en este Documento se propone es una posición gradualista, que tiene en cuenta las circunstancias fácticas y que argumenta desde la razonabilidad de lo que se propugna. Entendemos que, en una primera etapa, debe primar la decisión de la mujer sobre la potencialidad de una vida no viable y, estableciendo plazos, se debe dejar en manos de la mujer –que es aquí el único sujeto de derechos– la decisión, respetando su autonomía sin necesidad de controles de terceros –médicos, psiquiatras, familiares–. A partir de ahí, mientras mayor viabilidad adquiera el feto mayores medidas de protección merece.

⁶ “La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina *autodeterminación consciente*, dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.”

⁷ “Así, el estatus del embrión debe establecer una protección progresiva, ya que éste sólo se convierte plenamente en un individuo cuando nace. Es entonces cuando se considera que existe una persona titular de derechos fundamentales. De esa manera se realiza una ponderación entre derechos en colisión (que no se consideran como absolutos) y una progresión en la protección (individuo, feto, embrión, e incluso embrión preimplantacional). Es ahí donde juega el Derecho como medio de tratar los conflictos y como sistema para fijar los acuerdos.”

⁸ “La ponderación que el legislador realiza ha tenido en cuenta la doctrina de la STC 53/1985 y atiende a los cambios cualitativos de la vida en formación que tienen lugar durante el embarazo, estableciendo, de este modo, una concordancia práctica de los derechos y bienes concurrentes a través de un modelo de tutela gradual a lo largo de la gestación.”

⁹ “Desde un punto de vista biológico la vida únicamente se perpetúa y no tiene un inicio. Es por ello que hay que tomar en consideración la capacidad de desarrollar la vida de una forma individual y autónoma. La visión hoy mayoritariamente aceptada por los científicos es que la vida propiamente humana empieza alrededor de las 23 semanas de gestación, cuando se inician las conexiones sinápticas hacia la corteza cerebral y en el interior de ésta. Este fundamento neurológico resulta coherente con que tanto el inicio como el final de la vida

como el de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo,¹⁰ tiene en cuenta el criterio de viabilidad fetal. En sexto lugar, tanto el Preámbulo del Documento¹¹ como el de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo,¹² parten de la necesidad de normas claras que otorguen seguridad jurídica y respeten la autonomía de las mujeres.

En cuanto a las recomendaciones que contenía este Documento, expuestas en forma de **Conclusiones**, éstas han sido acogidas casi íntegramente por la legislación y constituyen actualmente derecho vigente. Las únicas excepciones a esta afirmación de encuentran en la **Conclusiones 2 b, c y d, y 4 c**. El resto

humana dependen de la actividad de la corteza cerebral, es decir, del estado de conciencia. Además, en torno a las 22 semanas de gestación se su considerar que existen posibilidades de vida para el feto fuera del útero; este criterio de viabilidad es variable y depende no sólo del estado de la técnica en cada momento sino también de la accesibilidad a la misma, que puede variar incluso por razones de geografía.”

¹⁰ “En el desarrollo de la gestación, tiene –como ha afirmado la STC 53/1985– una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre. El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concurra alguna de estas dos indicaciones: que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o que exista riesgo de graves anomalías en el feto. Estos supuestos de interrupción voluntaria del embarazo de carácter médico se regulan con las debidas garantías a fin de acreditar con la mayor seguridad posible la concurrencia de la indicación. A diferencia de la regulación vigente, se establece un límite temporal cierto en la aplicación de la llamada indicación terapéutica, de modo que en caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de la vigésimo segunda semana de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido, con lo que el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el interés en la protección de la vida en formación se armonizan plenamente”.

¹¹ “Nuestra propuesta de reforma de la ley del aborto pretende que sus condiciones sean claras y accesibles en orden a garantizar la seguridad jurídica y a respetar la autonomía de las mujeres, permitiendo la interrupción voluntaria del embarazo si se cumplen los requisitos a exigir. La transparencia, también en este campo, constituye una exigencia democrática.”

¹² “En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico. La experiencia acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico.”

de las **Conclusiones** de este Documento forman parte del contenido normativo de los preceptos de la nueva legislación.

A continuación se transcriben los distintos apartados de la **Conclusiones** del Documento y, tras cada uno de ellos, el articulado concreto de las nuevas leyes que recogen sus propuestas.

Se han utilizado diferentes tipos de letra para ayudar al lector en la visualización. Las propuestas del Documento, efectuadas en forma de **Conclusiones**, se presentan en el formato original y las nuevas normas en un formato diferente.

CONCLUSIONES

- *La Conclusión 1 del Documento proponía:*

1. *La interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos legalmente reconocidos debe ser considerada y tratada como un acto sanitario más, cuya práctica debe ser asumida por la sanidad pública.*

- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*

- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 3. Principios y ámbito de aplicación.

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.
2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.
3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 4. Garantía de igualdad en el acceso.

El Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta Ley.

Artículo 12. Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

Artículo 18. Garantía del acceso a la prestación.

Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.
2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma

– **Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.**

Artículo 1. Objeto.

Este real decreto tiene por objeto establecer un marco básico que asegure la igualdad y calidad asistencial de la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y garantice a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación, con independencia del lugar donde residan.

Artículo 2. Competencias de gestión y organización de los servicios.

Los servicios públicos de salud en el ámbito de las competencias que les son propias, organizarán sus servicios de tal manera que se garantice la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en aquellos supuestos y con los requisitos necesarios que prevé la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. En todo caso, los servicios públicos de salud velarán por la disponibilidad de los recursos necesarios, incluyendo las técnicas diagnósticas urgentes para posibilitar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y condiciones legalmente establecidos.

Artículo 3. Garantías básicas de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo por el Sistema Nacional de Salud.

1. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma bajo alguna de las formas previstas en la legislación sanitaria, cualquiera que sea el régimen jurídico mediante el cual se articule esta vinculación.
2. Si, excepcionalmente, el servicio público de salud donde la mujer embarazada haya solicitado la asistencia no pudiera facilitar en tiempo la prestación, el citado servicio público de salud le reconocerá a la solicitante el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación. El reconocimiento del citado derecho y el compromiso de asumir el abono de la prestación se considerarán realizados tácitamente, si trascurrido un plazo de diez días naturales desde la solicitud de la prestación, la mujer solicitante no ha recibido del correspondiente servicio público de salud indicación del centro sanitario donde se realizará la prestación.
3. Cuando el servicio público de salud opte por facilitar la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo con medios ajenos, estos centros deberán estar acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

• *La Conclusión 2 del Documento proponía:*

2. Debe modificarse la actual regulación de la interrupción voluntaria del embarazo promulgando una normativa específica en los siguientes términos:

a) Durante las 14 primeras semanas de gestación, la decisión de interrumpir el embarazo corresponde libremente a la mujer

• *Este apartado A) de la Conclusión 2 se recoge en la siguiente normativa:*

– **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 3. Principios y ámbito de aplicación.

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.
2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.
3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurran los requisitos siguientes:

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

-
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

B) No se establecerá ningún plazo para la interrupción del embarazo en los supuestos de:

a. peligro grave para la salud física o psíquica y para la vida de la mujer

b. detección de graves malformaciones del feto o de enfermedades maternas que implican una alta probabilidad de graves secuelas para el feto.

- ***Este apartado B) de la Conclusión 2 se recoge parcialmente en la siguiente normativa:***

- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 15. Interrupción por causas médicas.

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.
- b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.
- c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, 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.

C) Entre las 14 y las 22 semanas de gestación, se podrá practicar la interrupción del embarazo atendiendo a las circunstancias socioeconómicas desfavorables de la gestante.

- ***Este apartado C) de la Conclusión 2 no ha sido recogido por la legislación.***

En los casos B) y C), la proporcionalidad de la decisión –«estado de necesidad específico»– deberá ser apreciada por una comisión externa de valoración y control. Esta comisión debe ser plural, multidisciplinar e independiente de las personas implicadas en la interrupción del embarazo y del centro en que se practique. Además, deberá pronunciarse en un plazo máximo de quince días naturales, pasado el cual se entenderá que autoriza la interrupción del embarazo

- ***Este último apartado de la Conclusión 2 se recoge parcialmente en la siguiente normativa:***
 - **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 16. Comité clínico.

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.
2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.
3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.
4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

-
- **Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.**

Comité clínico del artículo 15.c), de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo

Artículo 2. Naturaleza y composición del comité clínico.

1. El comité clínico es un órgano colegiado de carácter consultivo y naturaleza técnico-facultativa, designado por el órgano competente de cada Comunidad Autónoma, que interviene en el supuesto de interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, conforme a lo previsto en el artículo 15.c) de la Ley Orgánica 2/2010.
Su intervención confirmará o no el diagnóstico previo, de enfermedad extremadamente grave e incurable, del médico o médicos que hayan atendido a la mujer en el embarazo.
2. Existirá, al menos, en la red sanitaria pública, un comité clínico en cada Comunidad Autónoma. Podrán existir, además, otros comités en otros centros de dicha red sanitaria, a decisión de la Comunidad en base a criterios relacionados con la población, el número de especialistas ejercientes en su ámbito territorial, la óptima calidad asistencial de las intervenciones u otros criterios similares.
3. El comité o los comités, con la composición determinada en el artículo 16.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, serán designados por las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas, entre los especialistas ejercientes en la red asistencial pública de las mismas.
La designación se publicará en el diario oficial de la Comunidad Autónoma y comprenderá a los miembros titulares del comité y, al menos, un suplente de cada uno de ellos.
El plazo de actuación del comité o comités clínicos será, como mínimo, de un año, pudiendo las Comunidades Autónomas establecer otro mayor.
4. La mujer gestante tiene derecho a elegir uno de los médicos especialistas o expertos mencionados en el artículo 16. 1, de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. Si hace uso de su derecho, propondrá a las autoridades competentes de la Comunidad Autónoma la designación de un médico, del sector público o del privado, de su elección.

Artículo 3. Procedimiento de actuación y régimen de funcionamiento.

1. La actuación del comité o los comités clínicos procederá, en el marco del procedimiento de autorización de la interrupción del embarazo, una vez que la mujer gestante cuenta con un diagnóstico previo de la enfermedad del feto.

A este efecto:

- a) Una vez emitido el primer diagnóstico la mujer embarazada solicitará al órgano competente de la Comunidad Autónoma donde vaya a someterse a la intervención, que inicie la tramitación del expediente. Aquél asignará el caso, en un plazo máximo de 24 horas, al comité clínico que proceda, a fin de que se emita el correspondiente dictamen. En el comité se integrará el especialista que, en su caso, haya designado la mujer, que sustituirá al que determine, en cada caso y sin que requiera publicidad, la autoridad sanitaria.
 - b) El comité clínico deberá emitir su dictamen en un plazo máximo de 10 días, salvo que, motivadamente, se acredite que las pruebas diagnósticas o de otro tipo que deban practicarse requieran un plazo mayor.
 - c) Confirmado el diagnóstico por el comité, éste lo transmitirá, en el plazo de 12 horas, al órgano competente de la administración autonómica, a fin de que lo notifique, de manera inmediata, a la interesada para que, en el caso de que desee continuar con el procedimiento, pueda llevarse a cabo la interrupción del embarazo, preferentemente, en un centro de la red sanitaria pública cualificado para realizar la interrupción en este supuesto. Dicho centro podrá pertenecer a la red sanitaria de cualquier Comunidad Autónoma, con independencia de aquella a la que figure adscrito el comité clínico.
 - d) En el caso de que el dictamen del comité resulte contrario al diagnóstico previo, lo transmitirá igualmente al órgano competente de la Comunidad Autónoma, que lo notificará a la interesada, poniendo en su conocimiento que no se encuentra en el supuesto legal que permite la práctica de la interrupción del embarazo.
2. A todos los efectos, los datos e informaciones de carácter personal, asistencial y clínico que puedan recabarse en el curso del procedimiento de autorización de la interrupción del embarazo en este supuesto, serán confidenciales y estarán sometidos al régimen de protección de la intimidad y confidencia-

lidad de los datos y su tratamiento, previstos en los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

D) La indicación que en la actual legislación permite la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación, debe substituirse por una norma/protocolo que prescriba a toda mujer denunciante la administración de la anticoncepción de emergencia, si así lo desea.

Naturalmente, si el plazo de actuación de dicho fármaco hubiere transcurrido en el momento de efectuar la denuncia, la mujer podrá tomar libremente la decisión que considere oportuna antes de las 14 semanas que se establecen en el punto A) quedando subsumida así la llamada «indicación ética» en el sistema de «plazos».

- ***Este apartado D) de la Conclusión 2. ha sido recogido por la legislación al sustituir efectivamente el sistema de indicaciones por el de plazo, como se proponía en el Documento.***
- ***La Conclusión 3 del Documento proponía:***

3. El cambio normativo debe ir acompañado de una rigurosa política de educación sexual y reproductiva, que deberá ser transversal y permanente, incluyendo medidas activas que proporcionen acceso real a los métodos anticonceptivos y a la interrupción del embarazo, atendiendo particularmente a los grupos de especial vulnerabilidad.

Es especialmente necesario que la salud sexual y reproductiva no se aborde solamente desde un punto de vista sanitario, actuando cuando ya los riesgos están presentes, sino que hay que poner especial énfasis en desarrollar un plan de educación para la salud de forma transversal, con un programa escalonado, continuo e integral sobre la sexualidad ya desde la infancia, que vaya más allá de la explicación de los meros mecanismos biológicos y que tenga en cuenta, además, las infecciones de transmisión sexual.¹³

¹³ Véase el Documento del *Observatori de Bioètica i Dret sobre Salut sexual y reproductiva en la adolescència* (2002).

- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*
 - **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 9. Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.

El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

- a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.
- d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
- e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.
- f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

Artículo 7. Atención a la salud sexual y reproductiva.

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:
 - a) La información y la educación afectivosexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
 - b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
 - c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
 - d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
 - e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
 - f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:
 - a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.
 - b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

Artículo 6. Acciones informativas y de sensibilización.

Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- *La Conclusión 4 del Documento proponía:*

4. En el caso de mujeres menores de edad, en tanto que presentan especiales riesgos, es necesario que:

A) se admita la validez del consentimiento de las adolescentes que poseen capacidad para comprender aquello que deciden en la prescripción de anticonceptivos.

- *Este apartado A) de la Conclusión 4 se recoge en la siguiente normativa:*

– **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 3. Principios y ámbito de aplicación.

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:
 - a) La información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
 - b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
 - c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
 - d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
 - e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.

f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

– **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y de documentación clínica**

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

B) se adopten las medidas pertinentes para que su acceso a los diferentes medios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, sea real

• ***Este apartado B) de la Conclusión 4 se recoge en la siguiente normativa:***

– **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Disposición adicional tercera. Acceso a métodos anticonceptivos.

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

C) en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, hay que admitir la validez del consentimiento de las menores que poseen capacidad para comprender aquello que deciden y sus consecuencias.

La ley deberá arbitrar las medidas necesarias para asegurar la validez del consentimiento prestado por las menores entre 16 y 18 años, dado que la legislación sanitaria vigente, establece que a partir de los 16 años los menores pueden prestar el consentimiento personalmente sin necesidad de acudir al de sus representantes legales¹⁴.

Entre los 12 y 16 años, la menor podrá adoptar una decisión por sí misma si tiene suficiente madurez para entender el alcance de la intervención sobre su salud aunque deberán ser oídos los padres o representantes legales.

En el supuesto de que surgiera un conflicto, debe potenciarse la adecuada mediación a cargo de expertos, o de una comisión externa, que hagan de intermediarios entre padres y adolescentes, a fin de que la decisión que se tome goce del máximo consenso entre la menor y sus padres o responsables legales, atendiendo siempre al superior interés de la menor.

- ***Este apartado C) de la Conclusión 4 se recoge parcialmente en la siguiente normativa:***
- **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 13. Requisitos comunes.

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

- Primero.– Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
- Segundo.– Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

¹⁴ – Llei 21/2000, de 29 de desembre, del Parlament de Catalunya, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.

– 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.

Tercero.– Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b de la referida Ley.

Cuarto.– En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

– **Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.**

Artículo 8. Consentimiento informado de las mujeres de 16 ó 17 años. Información a los representantes legales.

1. La mujer de 16 ó 17 años prestará su consentimiento acompañado de un documento que acredite el cumplimiento del requisito de información previsto en el apartado Cuarto del artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. El documento será entregado personalmente por la mujer acompañada de su representante legal al personal sanitario del centro en el que vaya a practicarse la intervención.
2. En el caso de prescindir de esta información, cuando la mujer alegue las circunstancias previstas en el apartado Cuarto del citado artículo 13, el médico encargado de practicar la interrupción del embarazo deberá apreciar, por escrito y con la firma de la mujer, que las alegaciones de ésta son fundadas, pudiendo solicitar, en su caso, informe psiquiátrico, psicológico o de profesional de trabajo social.

- *La Conclusión 5 del Documento proponía:*

5. La objeción de conciencia del personal sanitario tiene como límite la posibilidad de prestación del servicio:

La objeción de conciencia tiene límites y su ejercicio debe cumplir determinados requisitos. El límite esencial es que nunca el ejercicio de la objeción de conciencia por un profesional sanitario puede suponer perjuicio para el paciente, por lo que sólo podrá admitirse cuando no limite la atención sanitaria obligatoria.

El ejercicio de la objeción de conciencia, que deriva del derecho a la libertad ideológica, es una posibilidad individual a la que no pueden acogerse las instituciones (centros de salud, hospitales...) Es de resaltar que –como ha declarado el Tribunal Constitucional¹⁵– los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como derecho a ponderar frente a derechos constitucionalmente tutelados. Los centros sanitarios que cuenten con financiación pública y ofrezcan atención ginecológica están obligados, en todo caso, a prescribir y proporcionar los servicios y prestaciones reconocidos por el sistema de salud.¹⁶

- *Esta Conclusión se recoge en la siguiente normativa:*

– **Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Artículo 19. Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.

- 1 Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.
2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

¹⁵ STC 106/1996.

¹⁶ Véase el Documento del *Observatori de Bioètica i Dret sobre Objeción de conciencia en sanidad* (2007).

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

Reprint and impact on regulations
of Documents issued by
the Bioethics and Law Observatory
on sexual and reproductive health
in adolescence and voluntary
interruption of pregnancy

M. Casado and E. Lamm (Coords.)

Prepared by the Opinion Group of
the Bioethics and Law Observatory
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, January 2011

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldiri Reixac, 4. Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.es
www.bioethicsandlaw.es

INTRODUCTION

The need to reissue the *Bioethics and Law Observatory* Opinion Group Documents on sexual and reproductive health in adolescence (2002) and on the voluntary interruption of pregnancy (2008) has provided an opportunity to analyse the impact which these documents have had in the health and social context and their effect on the actions of public authorities, and to undertake a detailed examination of their effects on legislation. This study has confirmed our initial impression, formed as much by media coverage of the documents as by the especially broad impact they have had in the specialist field. In effect, the texts of recent Spanish legislation on these issues have included the recommendations made in the documents, so we can assert with some satisfaction that our work has achieved notable results in what matters most to lawyers and bioethicists: having an effect on changes to legislation, professional practice and informed social debate.

The fact that the work and opinion of a scientific and academic group has been so important in changing the law is extremely significant because it shows the narrow implications of technical standards as compared to legal rules and gives meaning to the role played by formal and informal scientific and technical institutions in the drafting of laws. This is a new phenomenon in the world of law and is becoming increasingly important in the field of bioethics, where ethics committees as much as technical committees and scientific groups—such as the *Bioethics and Law Observatory*—have a notable effect on legislation.

It is also the third time that a comparison of this type has enabled us to show that the results of the Opinion Group's work have been included in central and regional government legislation; it was also true of the reissue and analysis of the regulatory impact of the 2008 Documents on assisted reproduction, and the repercussions and effect on regulations of the Documents on living wills and euthanasia published in 2010¹.

The new volume reproduces two documents which were drawn up by the *Bioethics and Law Observatory* Opinion Group—the first on sexual and reproductive health in adolescence (2002) and the second on the voluntary interruption of pregnancy (2008) and includes a point-by-point analysis of the **Conclusions** presented at the time and notes on their impact on specific

¹ Both documents may be consulted at: www.bioethicsandlaw.es/documents

regulations. The original versions of the documents have been respected and each one is followed by general comments on the document's implications and a review of its *Conclusions*, showing in detail the legislation which includes the proposals made there.

The documents were originally written and coordinated by the individuals mentioned in each one. The verification and comparison with the regulations was carried out with the invaluable help of Eleonora Lamm, who also assisted in analysing the regulatory impact of the document on assisted reproduction, was the first recipient of the *Josep Egozcue* grant to study for a Master's degree in Bioethics and Law, and is now the first Doctor of Law researching into Bioethics in the University of Barcelona Law Faculty.

We hope that these documents, newly-presented and up-dated and with comments on their regulatory impact, will continue to be useful tools for discussion and for people who take an interest in such matters.

María Casado
Barcelona, January 2011

ANALYSIS OF THE REGULATORY IMPACT OF THE DOCUMENT ON SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN ADOLESCENCE

The Document on sexual and reproductive health in adolescence, drawn up by the Bioethics and Law Observatory Opinion Group in June 2002, was published in order to present the Group's point of view and arguments on these issues and thus to participate in the social debate on these crucial questions. The Document took as its starting point the consideration that the issues of sexual education, since sex is part of life, access to means of birth control, ways of preventing the spread of sexually transmitted diseases and problems arising in relation to the voluntary interruption of pregnancy, which are especially complex in the case of minors, should be addressed together as a whole.

The Document's proposals were reflected in Law 41/2002 of 14th November regulating patient autonomy and rights and obligations in matters of information and medical documentation and in Organic Law 2/2010 of 3rd March on sexual and reproductive health and the voluntary interruption of pregnancy.

The recommendations contained in this Document, which were presented in the form of *Conclusions*, were included almost in their entirety in the legislation and now constitute enforceable law. It should be especially emphasised that this document was ahead of its times in pointing out the need to give minors the legal right to consent in health matters in accordance with their capacity to understand what they are deciding. This capacity was later included in the laws mentioned above, as is reflected in *Conclusion 1*. The only (partial) exception to the inclusion of the document's recommendations in the legislation lies in *Conclusion 5*; there is a difference between the age proposed by the document and that finally taken up by the law, and in the information criteria. Effectively, the document considered that minors have a right to privacy and that the confidentiality of conversations taking place in the professional environment should be maintained. This assertion was included in article 3 of the Law, even though, when voluntary interruption of pregnancy is actually practiced, article 13 requires at least one of the adolescent girl's legal representatives –mother or father or persons with custody or guardianship rights– to be informed of the girl's decision. However, this information is dispensed with when the minor has grounds for claiming that it will cause serious trouble for her, in the form of clear danger of domestic violence, threats, coercion or mistreatment, or will result in a situation of separation from the

family or abandonment. The Document's remaining conclusions form part of the regulatory principles of the new legislation.

***Note:** There is no official translation into English of the legislation, so readers should consult the Catalan or Spanish version of this document for more details on the regulatory impact achieved.*

ANALYSIS OF THE REGULATORY IMPACT OF THE DOCUMENT ON THE VOLUNTARY INTERRUPTION OF PREGNANCY

The Document on the voluntary interruption of pregnancy was drawn up in April 2008 as a follow-up to the 2002 Document on sexual and reproductive health in adolescence, again with the aim of participating in the informed social debate surrounding the issue: at that time there was a strong feeling that the abortion law, in force since 1985, needed reforming, as its application had exceeded the legally-established framework, and social reality required regulatory responses that accorded with the feeling in society and respected the legal system.

The Document's recommendations, which were made in the form of **Conclusions**, were incorporated into the new legislation, therefore achieving a major regulatory impact. This can be ascertained by simply reading through the Document and comparing it with Organic Law 2/2010 of 3rd March on sexual and reproductive health and the voluntary interruption of pregnancy, as not only did the articles of the law take up the Document's **Conclusions**, but the legislator even included its preamble.

With regard to the recommendations contained in this document, which appear in the form of **Conclusions**, it should be said that they were included almost in their entirety by the legislation and now constitute enforceable law. The only exceptions to this assertion are to be found in **Conclusions 2 b, c and d**, and **4 c**. The rest of the Document's Conclusions form part of the regulatory principles of the new legislation.

***Note:** There is no official translation into English of the legislation, so readers should consult the Catalan or Spanish version of this document for more details on the regulatory impact achieved.*

DOCUMENT SOBRE SALUT SEXUAL I REPRODUCTIVA EN L'ADOLESCÈNCIA

Elaborat pel Grup d'Opinió de
l'Observatori de Bioètica i Dret

Barcelona, juny de 2002

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldri Reixac, 4. Torre D, 4rt

08028 - Barcelona

Tel./Fax: 93 403 45 46

obd@pcb.ub.es

www.bioeticaidret.cat

www.bioeticayderecho.ub.es

www.bioethicsandlaw.es

Imprime: Signo Impressió Gràfica, S.A.
C. Múrcia, 54 d, Pol. Ind. Can Calderon
08830 Sant Boi de Llobregat - Barcelona

Depósito Legal B- 39.736-2002

PRESENTACIÓ

El Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret, amb seu al Parc Científic de Barcelona, va sorgir per tractar de donar resposta a la necessitat d'analitzar, des d'un punt de vista pluridisciplinari, les implicacions ètiques, socials i jurídiques de la biotecnologia i per proposar després actuacions concretes. La creació de l'Observatori de Bioètica i Dret es va portar a terme amb la intenció de participar en el diàleg entre universitat i societat, amb la finalitat de fer sentir la seva veu en el conjunt de la societat i, més específicament, davant dels organismes públics, administratius o polítics que regulen i controlen les activitats d'investigació i l'aplicació de les noves tecnologies. Això inclou la relació amb els mitjans de comunicació per millorar la qualitat de la informació.

En aquest cas, el grup ha analitzat els problemes existents quant a la salut sexual i reproductiva en l'adolescència i la validesa del consentiment informat dels menors. Aquesta qüestió requereix un debat social informat, encaminat a assolir el consens suficient per portar a terme les actuacions necessàries -d'acord amb la normativa ja existent per a la majoria dels supòsits- que protegeixin l'interès del menor, considerat en la nostra legislació com sempre preferent.

En aquest tema, com sol passar en bioètica, es requereix una disposició especial per al diàleg pluridisciplinari, que inclogui els plantejaments ètico-filosòfics, educatius, antropològics, jurídics i sociosanitaris, i les conclusions dels quals es fonamentin en una forta base tècnica i científica, aportada per aquelles disciplines les noves possibilitats de les quals desencadenen el debat.

En aquesta ocasió, la Dra. María Casado ha coordinat el grup, i ha comptat amb l'aportació dels especialistes en antropologia, dret, infermeria, filosofia, medicina, pedagogia, psicologia i sociologia, que es relacionen en l'annex.

PREÀMBUL

Les dades sobre interrupció voluntària de l'embaràs en dones menors de vint anys mostren un increment en l'última dècada que és major que en qualsevol altre grup d'edat, o en el conjunt de dones a Espanya. A Catalunya, des de 1999, l'increment d'avortaments en dones de menys de quinze anys resulta preocupant. Aquestes dades reclamen analitzar-ne les causes, qüestionen l'eficàcia de les campanyes existents actualment, posen en relleu que són insuficients i ens enfronten a problemes morals i jurídics importants.

A aquesta primera causa de preocupació s'ha sumat la produïda per les dades sobre la transmissió de la sida, l'anàlisi de les quals revela que continuen augmentant els contagis a conseqüència de les relacions heterosexuales. A més, es dóna la circumstància que una part significativa correspon a malalts dels quals es dedueix -per la seva edat i els períodes d'incubació i manifestació coneguts- que es devien infectar en relacions sexuals mantingudes en l'adolescència i la primera joventut.

Es tracta, doncs, d'un veritable problema de salut pública, i tant l'ètica (que, entre altres coses, busca el benestar i la felicitat de les persones, si no es tracta de morals llastades per components que no pertanyen al regne dels humans) com el dret (que ha de regular els conflictes que es plantegen en la societat) s'han d'ocupar de proposar pautes de conducta assumibles per la majoria dels ciutadans i respectuoses amb les minories, tenint sempre com a marc de referència el respecte als Drets humans, dels quals, indubtablement, també són titulars els menors.

La discussió pública sobre la salut sexual i reproductiva en l'adolescència té llacunes d'informació i pateix la falta d'un debat rigorós. Convé analitzar quins són els principals arguments existents per admetre la possibilitat que els menors puguin prendre les mesures necessàries per controlar les conseqüències dels seus actes, respecte de la seva pròpia salut i respecte de les conseqüències reproductives que se'n poguessin derivar. Encara que els joves tenen actualment moltes possibilitats per portar una vida sexual independent, els adults segueixen tenint recels per acceptar les seves decisions respecte a les mesures anticonceptives.

Entre els experts de l'àmbit educatiu i sanitari ja existeix un important consens que preconitza la necessitat d'establir programes -o, si més no, complir

els que ja hi ha- encaminats a ajudar els adolescents a progressar en aquesta etapa de creixement, també pel que fa a la sexualitat i la seva expressió.

En els mitjans de comunicació el debat ha estat molt present en els últims temps, tant en l'última Cimera sobre la Infància com a causa de la polèmica mediàtica ocasionada per determinats programes de salut pública que han preconitzat la instal·lació de màquines de preservatius als instituts i a les escoles, després de discussió i referèndum. Aquestes campanyes, encaminades a conscienciar sobre el contagi del VIH per via sexual -independentment dels seus mèrits o demèrits-, han fet renéixer tots els fantasmes de l'obscurantisme i del reaccionarisme més visceral. Convé discutir i posar en evidència les "desraons" i ideologies que romanen darrere aquestes reaccions violentes, que no pel fet que són sorolloses deixen de ser minoritàries. Al mateix temps, convé recalcar la necessitat d'un treball continuat i sistemàtic, i no sols en campanyes puntuals que poden generar efectes no desitjats.

Aquest document pretén, precisament, aportar informació, anàlisi i punts de vista diferents, tant per participar en el debat públic sobre la qüestió com per proporcionar pautes a l'Administració i al legislador amb vista a la implementació i la posada en pràctica de les possibilitats que la llei ja té previstes al nostre país. O fins i tot per a la modificació d'aquells aspectes que siguin necessaris de manera que es compatibilitzin els drets dels menors, els dels pares i la responsabilitat dels poders públics en l'educació i en la sanitat. No es pot oblidar que la nostra regulació està basada sobre el principi de supremacia de l'interès del menor, la qual cosa exigeix assegurar que les garanties dels drets dels menors estiguin prou desenvolupades.

La societat en què vivim és una societat plural, constituïda per individus i col·lectius amb interessos i sensibilitats diversos, potencialment en conflicte, en què el ciutadà no esdevé simplement una peça més en la suma de la voluntat comuna, i en què precisament la funció dels poders públics és conciliar distintes sensibilitats en el marc dels principis establerts per la Constitució, instrumentant les solucions a través de lleis i obligant-se a aplicar-les, adoptant totes les mesures que siguin necessàries i aportant els mitjans requerits perquè siguin efectives. En aquestes circumstàncies és especialment rellevant ocupar-se de la situació dels menors com a persones en període de formació i com a ciutadans constructors del futur que són.

Atès que la sexualitat constitueix un ingredient bàsic de la vida, la societat n'hauria de transmetre una concepció positiva, plaent i responsable —des de la família fins a l'escola. No obstant això, resulta evident que en el nostre país hi ha una doble moral en relació amb la sexualitat dels joves: d'una banda, es potencia, però, d'altra, no es consideren les necessitats educatives i assistencials en aquestes matèries. Els menors són persones en una etapa de maduració, que requereixen per al desenvolupament harmònic de la seva personalitat un model d'educació sexual pluridimensional, que comporti un plantejament integral, que transmeti continguts equilibrats i que proposi un enfocament reflexiu i dialogant. En definitiva, que fomenti el desenvolupament de l'autonomia personal i la consciència moral i social dels adolescents, cosa que els conduirà a convertir-se en persones responsables.

En aquest document es planteja la necessitat d'afrontar les causes que fan que sigui possible l'augment del nombre d'embarassos no desitjats en les adolescents de societats en què imperen la informació i la llibertat. Per a això és necessari preguntar-se quin model de conducta adulta presentem als joves i quin model de feminitat o masculinitat. Les diferències biològiques entre els homes i les dones han estat utilitzades per fonamentar i justificar diferències d'estatus i de capacitat intel·lectual o moral; aquesta diferència, avui inacceptable, es manté present en el diferent nivell de poder i autoritat que posseeixen les unes i els altres en tots i cada un dels àmbits de la vida familiar i social. La confusió davant unes exigències impossibles de complir i uns models adults que pateixen de la mateixa ambigüitat, permet comprendre i treure a la llum el conflicte en què els joves inicien la seva vida sexual, des de quina posició ho fan i què hi busquen. La discussió pública no ha d'oblidar la influència que totes aquestes qüestions tenen en la salut mental; el fet de considerar únicament els aspectes biològics seria tant com reduir la complexitat de l'ésser humà a un únic vessant. El càlcul de risc per a la salut del jove o adolescent i la seva evitació ha de prendre en consideració els dos nivells de salut, la física i la mental, que en aquests supòsits, més que en cap altre, estan fortament entrelaçats.

Per això, convé que s'integrin l'ensenyament escolar i les aportacions del sector sociosanitari. Tenint en compte que informar sobre la sexualitat no indueix a la pràctica sexual i que, com està reconegut per la mateixa Organització Mundial de la Salut, l'educació sexual no fomenta la precocitat de les relacions ni la promiscuïtat, sinó que potencia la reflexió i l'anàlisi anticipatòria, la qual cosa evita el predomini de l'acció irreflexiva sobre

el pensament lògic. Curiosament, aquesta discussió ja es va desenvolupar àmpliament en el nostre país en l'època de la transició democràtica, quan es va introduir tímidament l'educació sexual a l'escola, generalment a iniciativa de serveis sanitaris externs als centres. És lamentable i descoratjador que, 25 anys després, se segueixin utilitzant els mateixos arguments i que les decisions adoptades per majoria, amb el suport normatiu i democràtic, encara no s'hagin introduït en la pràctica amb normalitat.

Els professionals amb què es posin en contacte els menors han d'atendre'ls i no sols poden informar-los en matèria sexual sinó que tenen l'obligació de fer-ho, mantenint la confidencialitat de la informació facilitada pel menor. Els menors, sense límit d'edat, tenen dret a rebre una informació veraç sobre qüestions que afecten la seva salut, incloent-hi la sexualitat.

La responsabilitat de les relacions sexuals segures i de l'adopció de mesures anticonceptives correspon tant al menor com a la menor, però cal no oblidar la situació de major vulnerabilitat de les dones respecte a això, tant per les conseqüències reproductives com perquè tenen més facilitat de contagi en certes circumstàncies. En tot cas, el professional els ha d'informar molt acuradament perquè siguin ells, en definitiva, els qui adoptin la decisió adequada i informada. Des de l'àmbit educatiu i la prevenció sanitària és necessari crear un entorn de confiança, d'intimitat, de compromís, que pugui facilitar una decisió compartida.

Així, quan un menor consulta sobre la sexualitat i les seves pràctiques, el professional sanitari ha d'informar, assessorar i —si és procedent— prescriure les mesures anticonceptives adequades. No fer-ho revela una actuació contrària a l'interès del menor, perquè és evident que l'absència de mesures preventives comporta risc d'embaràs i de contraure malalties de transmissió sexual. Malgrat que el professional dubti de la maduresa del menor per decidir sobre la seva pròpia sexualitat, davant de la possibilitat que mantingui relacions sexuals, l'oferiment d'informació i la prescripció de mesures preventives i anticonceptives resulta obligada per evitar riscos. L'actuació en aquest sentit sempre estaria justificada pel superior interès del menor. Decisions judicials com el cas *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority, Anglaterra, 1981*, estableixen precedents importants en el dret comparat i estableixen una doctrina que cal tenir en compte en el context europeu.

Un menor pot iniciar les relacions sexuals sabent-ho o ignorant-ho els seus pares, o fins i tot en contra de l'opinió d'aquests. El fet de revelar la informació als pares pot resultar una mala pràctica professional, perquè si el menor no té la certesa que aquesta informació és estrictament confidencial, la relació de confiança es pot trencar, i si deixa de sol·licitar consell professional, els riscos s'incrementen. El dret a la intimitat, garantit en l'article 18 de la Constitució, s'ha d'interpretar no sols com la garantia de l'existència d'un àmbit de secret sinó com un espai de decisió personal protegit enfront de la ingerència aliena (*STC 151/1997*). Així, garantint explícitament la confidencialitat de la consulta efectuada, es podrà actuar com a mediador i es podrà informar els pares si el menor sol·licita ajuda per a això. També es podrà fer en el cas que hi hagi perills concrets i greus per a la salut o la vida del menor o de tercers, directament derivats de la forma en què realitza aquestes pràctiques sexuals. En tot cas, s'ha de fer una interpretació restrictiva d'aquest supòsit i sempre que es pugui acreditar la relació causa-efecte i avisant d'això el menor. El fet d'advertir els pares o responsables del risc per a la salut o la llibertat del menor no és el mateix que traslladar-los el consentiment; aquest sempre ha de ser del menor.

La pàtria potestat s'ha d'exercir sempre en benefici dels fills (art. 154 del Codi civil i art. 133.1 del Codi de família de Catalunya) i això comprèn vetllar per ells i procurar-los una formació integral. Les regles que regulen les relacions paternofilials no s'han d'interpretar de manera que privin el menor de l'exercici dels seus drets fonamentals (art. 162 del Codi civil i art. 152.2a) del Codi de família de Catalunya). Les normes jurídiques no poden imposar uns límits fixos on la naturalesa estableix un procés continuat, com és el creixement; fer-ho suposaria una falta de realisme en una àrea en què el dret demostra que és sensible al desenvolupament humà i al canvi social. En tot cas, aquests problemes no són totalment nous en l'establiment de polítiques públiques en sanitat, on és freqüent que s'apliqui certa forma de gradualisme. La distància entre els valors socials majoritàriament admesos, l'actuació efectiva de la societat i les normes no ha de ser tan gran que converteixi aquestes normes en simples declaracions de bons desitjos. Cal que el consens normatiu es construeixi a partir de les dades empíriques, i en el marc d'allò establert pels drets reconeguts.

En el nostre país hi ha normes jurídiques directament aplicables -estatals, autonòmiques, internacionals- i poden entrar en joc ordres normatius diversos, amb les seves corresponents sancions: dins de les jurídiques, des de

les administratives fins a les civils i penals. Però també les deontològiques, les d'ètica professional i les de la bona pràctica poden entrar a formar part del continu de mesures dels distints col·lectius professionals implicats.

Interessa ressaltar que en els problemes de què s'ocupa aquest document, més que aconsellar l'adopció de noves mesures normatives, cal l'actuació decidida de l'Administració en sanitat i en educació, i que es facin efectives les possibilitats ja previstes. De la mateixa manera, la societat sencera ha de prendre les seves responsabilitats -pròpies i compartides- seriosament, i actuar en conseqüència amb el que ja preveu la llei; és a dir, en benefici de l'interès dels adolescents, de la seva educació integral i de la seva salut.

Aquest Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret tracta de partir, en les seves propostes, de la llibertat i establir després les condicions del seu exercici i els límits, si és necessari. I propugna que és possible establir acords respecte al que cal fer en determinades circumstàncies, encara que es difereixi en les raons per les quals cal fer-ho. Només considerant que, des de principis distints, es pot convenir en les mateixes pautes, concretes i revisables, es pot anar avançant en el tractament i la resolució dels problemes bioètics.

DECLARACIÓ

EXPOSICIÓ DE MOTIUS

Considerant que una de les finalitats de l'activitat dels poders públics és promoure la salut pública, i desenvolupar actuacions orientades a la millora de la qualitat de vida de l'ésser humà.

Considerant que a Espanya s'han incrementat les taxes d'avortament adolescent més que en cap altre grup d'edat, i també les taxes de transmissió heterosexual de la sida.

Considerant que el nostre ordenament jurídic, a través d'un ampli ventall normatiu, estableix que el fet de vetllar pel suprem interès del menor és una obligació prioritària dels poders públics.

Considerant que els menors d'edat tenen dret a la intimitat i que es mantingui la confidencialitat de les converses que tenen lloc en l'entorn professional.

Considerant que els menors, sense límit d'edat, tenen dret a rebre informació veraç i assistència sobre qüestions que afecten la seva salut, incloent-hi la sexualitat.

Considerant que les normatives més recents atorguen als menors capacitat per consentir en el terreny de la sanitat d'acord amb la seva capacitat per comprendre allò que decideixen.

Considerant que la primera lleialtat dels professionals sanitaris i docents ha de ser envers els seus pacients i educands, siguin de l'edat que siguin.

Considerant que, com a mínim, hi ha el deure de reduir els danys que poden causar les conductes de risc (per exemple, consum de drogues o alcohol associat amb conductes sexuals desprotegides).

Considerant que l'inici de les relacions sexuals a una edat molt primerenca comporta uns riscos per als menors sobre els quals han de ser informats.

Considerant que les mesures educatives que estableixen els plans d'estudi en diversos nivells resulten insuficients i que no tenen la continuïtat i el

caràcter integral que es preconeixen com a necessaris per a l'educació sexual i en valors.

Considerant que l'educació sexual no està inclosa com a tal en el currículum escolar i es confia a la voluntarietat dels docents i centres educatius.

Considerant que els problemes de salut sexual i reproductiva s'han d'afrontar en el context de la discussió plural, amb la trobada entre especialistes de distintes disciplines científiques i socials i per mitjà d'un debat social profund.

Considerant que és necessari contribuir al debat social a fi de crear elements que orientin la política legislativa i l'actuació de l'Administració.

Conscients que s'han de revisar periòdicament els criteris d'actuació en bioètica, d'acord amb el desenvolupament de la ciència i els canvis socials i culturals.

El Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret ha arribat a les següents

CONCLUSIONS

1. En la prescripció d'anticonceptius cal admetre la validesa del consentiment dels adolescents que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen

Hi ha un deure general de respecte per la persona del pacient, que comprèn el respecte per la seva autonomia i implica obtenir el seu consentiment per als tractaments mèdics, la qual cosa també és vàlida en els casos de menors d'edat. Els mètodes anticonceptius que s'usen actualment en l'adolescència tenen uns riscos mínims per a la salut i, en determinats casos, beneficis davant del risc que l'embaràs representa per a la salut física i psíquica.

El professional ha de tenir en compte que la qüestió no és si ell considera que el menor té maduresa suficient per tenir relacions sexuals sinó si el menor ha decidit tenir-les. Es tracta de drets dels menors i de la consideració del seu millor interès, no de valoracions sobre la competència dels pacients.

2. Cal adoptar les mesures pertinents perquè l'accés als diferents mitjans anticonceptius sigui real

El personal sanitari té una especial responsabilitat de vetllar perquè això sigui així i ha de tenir en compte que el seu pacient és el menor i que té drets. La denegació de l'assistència adequada pot originar responsabilitats, ja que hi ha l'obligació de prestar-la per atendre la salut del menor, evitar riscos o, si més no, disminuir els danys.

Encara que el professional dubti de la maduresa del menor per decidir sobre la seva pròpia sexualitat, davant de la possibilitat que mantingui relacions sexuals resulta obligat l'oferiment d'informació i la prescripció de mesures anticonceptives, per evitar riscos.

L'actuació en aquest sentit sempre estaria emparada per al professional i justificada en l'interès superior del menor.

3. L'anticoncepció postcoital d'emergència (anomenada píndola del dia següent) és una mesura anticonceptiva i, com a tal, està inclosa dins del que estableix l'apartat anterior

Tant l'Organització Mundial de la Salut com el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya han insistit en l'obligació de proporcionar-la en els casos en què estigui indicada. S'ha d'establir un dispositiu assistencial

que cobreixi la dispensació de l'anticoncepció d'emergència de manera eficaç, de manera que se'n faciliti l'accés en farmàcies, centres de salut i serveis d'urgències.

És necessària una major sensibilització de l'Administració, que ha de garantir la prescripció i dispensació de les medicacions autoritzades. El sistema sanitari ha de formar els seus professionals perquè les prestacions referents a la salut reproductiva es proporcionin sense impediments, de manera ràpida i equitativa, i sense que el cost econòmic impedeixi l'accessibilitat als mitjans anticonceptius.

4. L'objecció de consciència del personal sanitari té com a límit la possibilitat de prestació del servei

Com qualsevol altre dret, l'objecció de consciència té límits i el seu exercici ha de complir uns requisits determinats. El límit essencial és que mai l'exercici del dret a l'objecció de consciència per un professional sanitari pot suposar perjudici per al pacient, per la qual cosa només es podrà admetre quan no limiti l'atenció sanitària obligatòria. L'objecció de consciència, com a derivada de la llibertat ideològica, és un dret individual que no pot ser exercitat per una institució, centres de salut, hospitals, etc. Cal ressaltar que com ha sostingut el Tribunal Constitucional en la seva *STC 106/1996*, els centres sanitaris no poden invocar un ideari propi com a dret a ponderar enfront de drets constitucionalment tutelats. Els centres sanitaris estan obligats, en tot cas, a prescriure i proporcionar els serveis i les prestacions reconeguts pel sistema de salut.

L'Administració hi ha d'assumir un paper especialment vigilant per evitar qualsevol desatenció al menor. Convé recalcar que cada col·lectiu pares, educadors, personal sanitari i Administració pública en general han d'assumir les seves responsabilitats i els seus deures, i que es requereix cooperació estable entre les diferents instàncies implicades.

5. En els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, cal admetre la validesa del consentiment de les menors que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen.

Des d'una interpretació integradora i harmònica de la normativa aplicable als menors, en relació amb la interrupció voluntària de l'embaràs s'ha de considerar vàlid i eficaç el consentiment de la menor per a la realització de l'avortament en els supòsits establerts legalment. Conseqüentment, i en

sentit oposat, també s'ha d'admetre que no es podrà interrompre l'embaràs sense el consentiment de la menor, perquè suposaria una vulneració potencial del seu dret a la integritat física consagrat en l'article 15 de la Constitució.

Seria un contrasentit atribuir eficàcia al consentiment dels menors als tractaments mèdics i no fer-ho en aquest supòsit en què el conflicte d'interessos és més evident i en el qual es requereix protegir especialment l'interès superior de la menor. Si no es fa així, la legislació teòricament protectora del menor, en la mesura en què els reconeix capacitat per exercitar els seus drets, es buida de contingut.

En alguns tipus penals relacionats amb la igualtat i la llibertat sexual, l'edat en què s'admet la validesa del consentiment no és 18 anys sinó 13, ja que s'estima que és una etapa en què el consentiment té rellevància, encara que no es tracti de la majoria d'edat civil o política.

La interpretació conjunta del Codi penal amb la resta de les normes jurídiques aplicables ens condueix a la solució proposada, ja que qualsevol altra donaria com a resultat quelcom tan contrari a l'ordenament i al principi d'igualtat com ho és la impossibilitat total de les menors d'avortar legalment en cap circumstància (si s'exigís un consentiment adult), o la possibilitat d'obligar a gestar contra la seva voluntat i també a avortar contra la seva voluntat (si s'atribuís el consentiment a pares i tutors). Solucions sens dubte inacceptables i molt més lesives que admetre la validesa del consentiment de la menor.

6. S'hauria de suprimir la menció a “els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs” de l'article 7 de la Llei 21/2000 sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, del Parlament de Catalunya

L'article 7 de dita llei diu: “Això no obstant, en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, d'assaigs clínics i de pràctica de tècniques de reproducció humana assistida, cal atènyer-se al que estableix amb caràcter general la legislació civil sobre majoria d'edat, i, si escau, la normativa específica que hi sigui aplicable.”

D'aquesta confusa menció que remet a la legislació especial del tema sense innovar el que ja està regulat sobre l'assumpte, no s'ha de deduir que la interrupció voluntària de l'embaràs només pot ser consentida pel major d'edat ja que fer-ho així entra en contradicció amb la resta de la normativa

catalana, així com amb l'ordenament del conjunt de l'Estat sobre els menors i de les declaracions sobre els drets dels menors que existeixen en el context europeu i mundial. Necessàriament, la remissió a la legislació civil s'ha d'entendre referida al seu conjunt, que estipula que els menors han de ser escoltats i tenir capacitat de decidir segons el seu grau de maduresa.

No es pot oblidar que, al costat del millor interès del menor com a principi rector de qualsevol normativa que els afecti, en el nostre Codi penal s'atorga validesa al consentiment del major de 13 anys per a la pràctica de relacions sexuals i es protegeix la intimitat del menor, sigui quina sigui la seva edat, fins i tot respecte de les possibles intromissions dels pares o tutors. El límit dels 18 anys en dret penal només afecta la responsabilitat del menor en la realització d'un fet delictiu, però mai la seva capacitat de consentir, que sempre s'ha considerat que s'ha d'interpretar com a capacitat natural de consentir.

7. Es requereix cuidar especialment l'actuació en l'àmbit educatiu que compregui els diversos moments d'abans, durant i després del risc.

És especialment necessari que la salut sexual i reproductiva no s'abordi només des d'un punt de vista sanitari, actuant quan els riscos ja estan presents, sinó que cal posar especial èmfasi a desenvolupar un pla d'educació per a la salut de manera transversal, amb un programa sobre la sexualitat a l'escola que sigui esglaonat, continu i integral, i que vagi més enllà de l'explicació dels seus mecanismes biològics.

Tampoc no és possible desconèixer l'efecte de la influència del consum de l'alcohol i altres drogues, que disminueixen el control sobre els propis actes, i convé tenir en compte el context que estableix per al consentiment a les relacions sexuals.

Cal proporcionar accés real a dades i a informacions clares i veraces de manera que se'n faciliti l'assimilació.

8. Hi ha la necessitat de proporcionar assessorament als pares i a les mares en aquestes matèries

Cada vegada resulta més evident aquesta necessitat i ja han sorgit iniciatives respecte a això des de centres educatius i sanitaris o, de manera concertada, en els anomenats programes d'intervenció sociocomunitària.

Ha arribat el moment d'institucionalitzar aquest tipus d'activitats, de manera que es puguin dotar pressupostàriament, i no deixar-les únicament per a les campanyes benèvoles de les fundacions, per al voluntarisme dels professionals o per a la disponibilitat i combativitat de les associacions de pares i mares de cada centre educatiu.

9. És necessari portar a terme un debat social informat sobre les contradiccions amb què aborden la construcció de l'autonomia i la subjectivitat els homes i les dones i subratllar l'interès d'aquestes qüestions

No és convenient adoptar decisions sobre l'educació sexual com si no existissin diferències de gènere rellevants i profundes; ni és admissible desconèixer la importància que tenen els factors de gènere en la configuració de l'autonomia, la subjectivitat i la sexualitat dels joves. Si no s'afronta aquesta diferència d'identitat i la seva repercussió, les decisions i les mesures que s'adoptin no alteraran gens la realitat del problema.

RELACIÓ DE PARTICIPANTS

Pilar Antón. *Professora titular d'Ètica i Legislació Sanitària, Universitat de Barcelona.*

Josep Arnau. *Metge. Tècnic en Salut Pública.*

Lídia Buisan. *Membre de la Comissió Deontològica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya. Professora d'Ètica Mèdica, Universitat de Barcelona.*

M. Jesús Buxó. *Catedràtica d'Antropologia, Universitat de Barcelona.*

Lluís Cabré. *Metge. Secretari general de l'Associació de Bioètica i Dret.*

María Casado. *Directora de l'Observatori de Bioètica i Dret, professora titular de Filosofia del Dret, Moral i Política, Universitat de Barcelona.*

Mirentxu Corcoy. *Catedràtica de Dret Penal. Universitat de Barcelona.*

Josep Egozcue. *Catedràtic de Biologia Cel·lular, Universitat Autònoma de Barcelona.*

Roser González Duarte. *Catedràtica de Genètica, Universitat de Barcelona.*

Itziar Lecuona. *Llicenciada en Dret i becària d'investigació, Universitat de Barcelona.*

Silvia López. *Psicòloga psicoanalista, Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. ICS-IMAS. Barcelona.*

Florencia Luna . *Professora d'investigació CONICET i directora de l'Àrea de Bioètica de FLACSO, Argentina.*

Pilar Malo. *Biòloga, professora de Biologia, IES Olorda.*

Isidre Marias. *Professor de Filosofia, IES J.V. Foix. Formador de professorat.*

Esther Mitjans. *Professora titular de Dret Constitucional, Universitat de Barcelona.*

M. Jesús Montoro Chiner. *Catedràtica de Dret Administratiu, Universitat de Barcelona.*

Mónica Navarro Michel. *Professora de Dret Civil, Universitat de Barcelona.*

Dolors Orta. *Metge especialista en medicina preventiva i salut pública.*

Núria Parera. *Ginecòloga, Unitat Adolescents, Institut Universitari Dexeus de Barcelona.*

Jaime Peris. *Catedràtic de Dret Penal, Universitat de Múrcia.*

Encarna Roca. *Catedràtica de Dret Civil, Universitat de Barcelona.*

Coral Rodríguez Fouz. *Llicenciada en Medicina, Associació de Bioètica i Dret.*

Rosa Ros Rahola. *Metge, directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.*

Albert Royes. *Professor d'Ètica Mèdica, Universitat de Barcelona.*

Ana Rubio. *Professora titular de Filosofia del Dret, Universitat de Granada.*

Javier Sádaba. *Catedràtic d'Ètica, Universitat Autònoma de Madrid.*

Ana Sánchez Urrutia. *Professora titular de Dret Constitucional, Universitat de Barcelona.*

Graciela Sarrible. *Professora titular de Sociologia, Universitat de Barcelona.*

Pilar Seron. *Psicòloga, Fundació Eulàlia Torras de Deà. Creu Roja Barcelona.*

Mercè Solé. *Professora de Filosofia, IES Maragall.*

Juan Antonio Vanrell. *Catedràtic de Ginecologia, Universitat de Barcelona.*

Ramon Valls. *Catedràtic de Filosofia i Síndic de Greuges, Universitat de Barcelona.*

Carmina Virgili. *Catedràtica de Geologia, Universitat Complutense de Madrid.*

DOCUMENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

Elaborado por el Grupo de Opinión del
Observatori de Bioètica i Dret

Barcelona, junio de 2002

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldiri Reixac, 4. Torre D, 4rt

08028 - Barcelona

Tel./Fax: 93 403 45 46

obd@pcb.ub.es

www.bioeticaidret.cat

www.bioeticayderecho.ub.es

www.bioethicsandlaw.es

PRESENTACIÓN

El “Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret”, con sede en el Parc Científic de Barcelona, surgió para tratar de dar respuesta a la necesidad de analizar desde un punto de vista pluridisciplinar, las implicaciones éticas, sociales y jurídicas de la biotecnología y para proponer después actuaciones concretas. La creación del Observatori de Bioètica i Dret se llevó a cabo con la intención de participar en el diálogo universidad / sociedad, con la finalidad de hacer oír su voz en el conjunto de la sociedad y, más específicamente, ante los organismos públicos, administrativos o políticos que regulan y controlan las actividades de investigación y la aplicación de las nuevas tecnologías. Esto incluye la relación con los medios de comunicación para mejorar la calidad de la información.

En este caso, el grupo ha analizado los problemas existentes entorno a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia y la validez del Consentimiento Informado de los menores. Cuestión que requiere un debate social informado encaminado a alcanzar el suficiente consenso para llevar a cabo las actuaciones necesarias -de acuerdo con la normativa ya existente para la mayoría de los supuestos- que protejan el interés del menor, considerado en nuestra legislación como siempre preferente.

En este tema, como suele suceder en bioética, se requiere una especial disposición para el diálogo pluridisciplinar, que englobe los planteamientos ético-filosóficos, educativos, antropológicos, jurídicos y socio-sanitarios, y cuyas conclusiones se apoyen en una fuerte base técnica y científica, aportada por aquellas disciplinas cuyas nuevas posibilidades desencadenan el debate.

En esta ocasión, el grupo ha sido coordinado por la Dra. María Casado, y ha contado con la aportación de los especialistas en antropología, derecho, enfermería, filosofía, medicina, pedagogía, psicología y sociología, que se relacionan en el anexo.

PREÁMBULO

Los datos sobre interrupción voluntaria del embarazo en mujeres menores de veinte años muestran un incremento en la última década que es mayor que en cualquier otro grupo de edad, o en el conjunto de mujeres en España. En Cataluña, desde 1999, resulta preocupante el incremento de abortos en mujeres de menos de quince años. Estos datos reclaman el análisis de sus causas, cuestionan la eficacia de las campañas actualmente existentes, ponen de relieve su insuficiencia y nos enfrentan a problemas morales y jurídicos de importancia.

A esta primera causa de preocupación se ha sumado la producida por los datos sobre la transmisión del SIDA, cuyo análisis revela que continúan aumentando los contagios consecuencia de relaciones heterosexuales. Además, se da la circunstancia de que una parte significativa corresponde a enfermos de los que se deduce -por su edad y los periodos de incubación y manifestación conocidos- que debieron infectarse en relaciones sexuales habidas en su adolescencia y primera juventud.

Se trata, pues, de un verdadero problema de salud pública y tanto la ética (que, entre otras cosas, busca el bienestar y la felicidad de las personas, si no se trata de morales lastradas por componentes que no pertenecen al reino de los humanos) como el derecho (que debe regular los conflictos que se plantean en la sociedad) deben ocuparse de proponer pautas de conducta asumibles por la mayoría de los ciudadanos y respetuosas con las minorías. Teniendo siempre como marco de referencia el respeto a los Derechos Humanos de los cuales, indudablemente, también son titulares los menores.

La discusión pública sobre la salud sexual y reproductiva en la adolescencia tiene lagunas de información y adolece de la falta de un debate riguroso. Conviene analizar cuáles son los principales argumentos existentes para admitir la posibilidad de que los menores puedan tomar las medidas necesarias para controlar las consecuencias de sus actos, respecto de su propia salud y respecto de las consecuencias reproductivas que pudieran derivarse. Aunque los jóvenes tienen actualmente múltiples posibilidades de llevar una vida sexual independiente, los adultos siguen teniendo celos para aceptar sus decisiones respecto a medidas anticonceptivas.

Entre los expertos del ámbito educativo y sanitario existe ya un importante consenso que preconiza la necesidad de establecer programas –o, cuando menos, cumplir los que ya existen- encaminados a ayudar a los adolescentes a progresar en esta etapa de crecimiento, también en lo que se refiere a la sexualidad y su expresión.

En los medios de comunicación el debate ha estado muy presente en los últimos tiempos, tanto en la última Cumbre sobre la Infancia como a causa del revuelo mediático ocasionado por determinados programas de salud pública que han preconizado la instalación de máquinas de preservativos en los institutos y escuelas, tras discusión y referéndum. Tales campañas, encaminadas a concienciar sobre el contagio del VIH por vía sexual –independientemente de sus méritos o deméritos- han hecho renacer todos los fantasmas del oscurantismo y del reaccionarismo más visceral. Conviene discutir y poner en evidencia las “sinrazones” e ideologías que subyacen en estas violentas reacciones, que no por ruidosas dejan de ser minoritarias. Al mismo tiempo, conviene hacer hincapié en la necesidad de un trabajo continuado y sistemático, y no sólo en campañas puntuales que pueden generar efectos no deseados.

Este Documento pretende, precisamente, aportar información, análisis y puntos de vista distintos, tanto para participar en el debate público sobre la cuestión como para proporcionar pautas a la Administración y al legislador con vistas a la implementación y puesta en práctica de las posibilidades que la ley ya tiene previstas en nuestro país. O, incluso, para la modificación de aquellos aspectos que sean necesarios de forma que se compatibilicen los derechos de los menores, los de los padres y la responsabilidad de los poderes públicos en la educación y en la sanidad. No puede olvidarse que nuestra regulación está basada sobre el principio de supremacía del interés del menor, lo que exige asegurar que estén suficientemente desarrolladas las garantías de los derechos de los menores.

La sociedad en que vivimos es una sociedad plural, constituida por individuos y colectivos con intereses y sensibilidades diversos, potencialmente en conflicto, en la cual el ciudadano no constituye simplemente una pieza más en la suma de la voluntad común, y en la que precisamente la función de los poderes públicos es conciliar distintas sensibilidades en el marco de los principios establecidos por la Constitución, instrumentando las soluciones a través de leyes y obligándose a aplicarlas, adoptando cuantas medidas sean

necesarias y aportando los medios requeridos para que sean efectivas. En estas circunstancias es especialmente relevante ocuparse de la situación de los menores, como personas en período de formación y como ciudadanos constructores del futuro que son.

Puesto que la sexualidad constituye un ingrediente básico de la vida, la sociedad debería transmitir una concepción de la misma positiva, placentera y responsable –desde la familia hasta la escuela-. Sin embargo resulta patente en nuestro país la existencia de una doble moral con relación a la sexualidad de los jóvenes: por un lado se potencia pero, por otro, no se consideran las necesidades educativas y asistenciales en estas materias. Los menores son personas en una etapa de maduración, que requieren para el desarrollo armónico de su personalidad un modelo de educación sexual pluridimensional, que comporte un planteamiento integral, que transmita contenidos equilibrados y que proponga un enfoque reflexivo y dialogante. En suma, que fomente el desarrollo de la autonomía personal y la conciencia moral y social de los adolescentes, conduciéndolos a convertirse en personas responsables.

En el presente Documento se plantea la necesidad de afrontar las causas de cómo es posible que aumente el número de embarazos no deseados en las adolescentes de sociedades en las que imperen la información y la libertad. Para ello es preciso interrogarse sobre qué modelo de conducta adulta presentamos a los jóvenes y qué modelo de feminidad o masculinidad. Las diferencias biológicas entre los hombres y las mujeres han sido utilizadas para fundamentar y justificar diferencias de *status* y de capacidad intelectual o moral; esta diferencia, hoy inaceptable, se mantiene presente en el distinto nivel de poder y autoridad que poseen unas y otros en todos y cada uno de los ámbitos de la vida familiar y social. La confusión ante unas exigencias imposibles de realizar y unos modelos adultos que adolecen de la misma ambigüedad, permite comprender y sacar a la luz el conflicto en el que los jóvenes inician su vida sexual, desde qué posición lo hacen y qué buscan en ella. La discusión pública no debe olvidar la influencia que todas estas cuestiones tienen en la salud mental; considerar únicamente los aspectos biológicos sería tanto como reducir la complejidad del ser humano a una sola de sus vertientes. El cálculo de riesgo para la salud del joven o adolescente y su evitación ha de tomar en consideración los dos niveles de salud, la física y la mental, que en estos supuestos, más que en ningún otro, están fuertemente entrelazados.

Por ello, resulta conveniente que se integren la enseñanza escolar y las aportaciones del sector socio-sanitario. Teniendo en cuenta que informar sobre la sexualidad no induce a la práctica sexual y que, como está reconocido por la propia Organización Mundial de la Salud, la educación sexual no fomenta la precocidad de las relaciones ni la promiscuidad sino que potencia la reflexión y el análisis anticipatorio, lo que evita el predominio de la acción irreflexiva sobre el pensamiento lógico. Curiosamente, esta discusión ya se desarrolló ampliamente en nuestro país en la época de la transición democrática cuando se introdujo tímidamente la educación sexual en la escuela, generalmente a iniciativa de servicios sanitarios externos a los centros. Es lamentable y descorazonador que, veinticinco años después, se sigan utilizando los mismos argumentos y que las decisiones adoptadas por mayoría, con el respaldo normativo y democrático, aún no se hayan introducido en la práctica con normalidad.

Los profesionales con quienes contacten los menores deben atenderles y no sólo pueden informarles en materia sexual sino que tienen la obligación de hacerlo, manteniendo la confidencialidad de la información facilitada por el menor. Los menores, sin límite de edad, tienen derecho a recibir una información veraz sobre cuestiones que afectan a su salud, incluida la sexualidad.

La responsabilidad de las relaciones sexuales seguras y de la adopción de medidas anticonceptivas corresponde tanto al menor como a la menor pero no hay que olvidar la situación de mayor vulnerabilidad de las mujeres al respecto, tanto por las consecuencias reproductivas como por la mayor facilidad de contagio en ciertas circunstancias. En todo caso, el profesional debe informar muy cuidadosamente para que sean ellos, en definitiva, quienes adopten la decisión adecuada e informada. Desde el ámbito educativo y la prevención sanitaria es necesario crear un entorno de confianza, de intimidad, de compromiso, que pueda facilitar una decisión compartida.

Así, cuando un menor consulta sobre la sexualidad y sus prácticas, el profesional sanitario debe informar, asesorar y –en su caso– prescribir las medidas anticonceptivas adecuadas. No hacerlo revela una actuación contraria al interés del menor, pues es evidente que la ausencia de medidas preventivas comporta riesgo de embarazo y de contraer enfermedades de transmisión sexual. A pesar de que el profesional dude de la madurez del menor para decidir sobre su propia sexualidad, ante la posibilidad de que mantenga

relaciones sexuales, el ofrecimiento de información y la prescripción de medidas preventivas y anticonceptivas resulta obligada, en evitación de riesgos. La actuación en este sentido siempre estaría justificada por el superior interés del menor. Decisiones judiciales como el caso *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority, Inglaterra, 1981*, sientan importantes precedentes en el derecho comparado y establecen una doctrina a tener en cuenta en el contexto europeo.

Un menor puede iniciar relaciones sexuales sabiéndolo o ignorándolo sus padres, o incluso en contra de la opinión de éstos. Revelar la información a los padres puede resultar una mala práctica profesional, pues si el menor no tiene la certeza de que esta información es estrictamente confidencial, la relación de confianza se puede quebrar, y si deja de solicitar consejo profesional, los riesgos se incrementan. El derecho a la intimidad, garantizado en el artículo 18 de la Constitución, debe interpretarse no sólo como la garantía de la existencia de un ámbito de secreto sino como un espacio de decisión personal protegido frente a la injerencia ajena (*STC 151/1997*) Así, garantizando explícitamente la confidencialidad de la consulta efectuada se podrá actuar como mediador, informando a los padres si el menor solicita ayuda para ello. También podrá hacerlo en el caso de existencia de peligros concretos y graves para la salud o la vida del menor o de terceros directamente derivados de la forma en que lleva a efecto esas prácticas sexuales. En todo caso, debe efectuarse una interpretación restrictiva de este supuesto y siempre que se pueda acreditar la relación causa-efecto y avisando de ello al menor. Advertir a los padres o responsables del riesgo para la salud o la libertad del menor no es lo mismo que trasladarles el consentimiento, éste siempre ha de ser del menor.

La patria potestad debe ser ejercida siempre en beneficio de los hijos (art. 154 del Código Civil y art. 133.1 del Código de Familia de Cataluña) y esto comprende velar por ellos y procurarles una formación integral. Las reglas que regulan las relaciones paterno-filiales no deben interpretarse de forma que priven al menor del ejercicio de sus derechos fundamentales (art. 162 del Código Civil y art. 152.2,a) del Código de Familia de Cataluña) Las normas jurídicas no pueden imponer unos límites fijos donde la naturaleza establece un proceso continuado, como es el crecimiento; hacerlo supondría una falta de realismo en una área en la que el derecho demuestra ser sensible al desarrollo humano y al cambio social. En todo caso, estos problemas no son totalmente nuevos en el establecimiento de políticas públicas en

sanidad, donde es frecuente que se establezca cierta forma de gradualismo. La distancia entre los valores sociales mayoritariamente admitidos, la actuación efectiva de la sociedad y las normas no debe ser tan grande que convierta a éstas en simples declaraciones de buenos deseos. Es preciso que el consenso normativo se construya a partir de los datos empíricos, y en el marco de lo establecido por los derechos reconocidos.

En nuestro país existen normas jurídicas directamente aplicables –estatales, autonómicas, internacionales- y pueden entrar en juego órdenes normativos diversos, con sus correspondientes sanciones: dentro de las jurídicas, desde las administrativas a las civiles y penales. Pero también las deontológicas, las de ética profesional y las de la buena práctica pueden entrar a formar parte del continuo de medidas de los distintos colectivos profesionales implicados.

Interesa resaltar que en los problemas de que se ocupa este Documento, más que aconsejar la adopción de nuevas medidas normativas, lo que se requiere es la actuación decidida de la Administración en sanidad y en educación, haciendo efectivas las posibilidades ya previstas. De la misma manera, la sociedad entera debe tomar sus responsabilidades -propias y compartidas- seriamente, actuando en consecuencia con lo que ya prevé la ley; es decir, en beneficio del interés de los adolescentes, de su educación integral y de su salud.

Este Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret trata de partir en sus propuestas de la libertad, estableciendo luego las condiciones de su ejercicio y los límites, si es necesario. Y propugna que es posible establecer acuerdos respecto a lo que hay que hacer en determinadas circunstancias, aunque se difiera en las razones para ello. Sólo considerando que, desde principios distintos se puede convenir en las mismas pautas, concretas y revisables, se puede ir avanzando en el tratamiento y la resolución de los problemas bioéticos.

DECLARACIÓN

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Considerando que uno de los fines de la actividad de los poderes públicos es promover la salud pública, desarrollando actuaciones orientadas a la mejora de la calidad de vida del ser humano.

Considerando que en España se han incrementado las tasas de aborto adolescente más que en ningún otro grupo de edad, así como las tasas de transmisión heterosexual del SIDA.

Considerando que nuestro ordenamiento jurídico, a través de un amplio abanico normativo, establece que el velar por el supremo interés del menor es una obligación prioritaria de los poderes públicos.

Considerando que los menores de edad tienen derecho a la intimidad y a que se mantenga la confidencialidad de las conversaciones mantenidas en el entorno profesional.

Considerando que los menores, sin límite de edad, tienen derecho a recibir información veraz y asistencia sobre cuestiones que afectan a su salud, incluida la sexualidad.

Considerando que las más recientes normativas otorgan a los menores capacidad para consentir en el terreno de la sanidad de acuerdo con su capacidad para comprender aquello que deciden.

Considerando que la primera lealtad de los profesionales sanitarios y docentes tiene que ser para con sus pacientes y educandos, sean estos de la edad que fueren.

Considerando que, como mínimo, existe el deber de reducir los daños que pueden causar las conductas de riesgo (por ejemplo, consumo de drogas o alcohol asociados con conductas sexuales desprotegidas).

Considerando que el inicio de relaciones sexuales a una edad muy temprana comporta unos riesgos para los menores sobre los que deben ser informados.

Considerando que las medidas educativas que establecen los planes de estudio en diversos niveles resultan insuficientes y carecen de la continuidad y carácter integral que se preconizan como necesarios para la educación sexual y en valores.

Considerando que la educación sexual no está contemplada como tal en el *curriculum* escolar y se confía a la voluntariedad de los docentes y centros educativos.

Considerando que los problemas de salud sexual y reproductiva deben afrontarse en el contexto de la discusión plural, con el encuentro entre especialistas de distintas disciplinas científicas y sociales y mediante un debate social profundo.

Considerando que es necesario contribuir al debate social a fin de crear elementos que orienten la política legislativa y la actuación de la administración.

Conscientes de que los criterios de actuación en bioética deben ser revisados periódicamente, en función del desarrollo de la ciencia y los cambios sociales y culturales.

El Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret ha llegado a las siguientes

CONCLUSIONES

1. - En la prescripción de anticonceptivos hay que admitir la validez del consentimiento de los adolescentes que poseen capacidad para comprender aquello que deciden:

Existe un deber general de respeto por la persona del paciente, que comprende el respeto por su autonomía e implica obtener su consentimiento para los tratamientos médicos; lo cual es válido también en los casos de menores de edad. Los métodos anticonceptivos que se usan actualmente en la adolescencia tienen unos riesgos mínimos para la salud y, en determinados casos, beneficios frente al riesgo que el embarazo representa para la salud física y psíquica.

El profesional debe tener en cuenta que la cuestión no es si él considera que el menor tiene madurez suficiente para tener relaciones sexuales sino si el menor ha decidido tenerlas. Se trata de derechos de los menores –y de la consideración de su mejor interés- no de valoraciones sobre la competencia de estos pacientes.

2. - Es necesario adoptar las medidas pertinentes para que el acceso a los diferentes medios anticonceptivos sea real:

El personal sanitario tiene una especial responsabilidad de velar por que esto sea así y debe tener en cuenta que su paciente es el menor y que tiene derechos. La denegación de la adecuada asistencia puede originar responsabilidades ya que existe la obligación de prestarla para atender la salud del menor, evitar riesgos o, cuando menos, disminuir los daños.

A pesar de que el profesional dude de la madurez del menor para decidir sobre su propia sexualidad, ante la posibilidad de que mantenga relaciones sexuales resulta obligado el ofrecimiento de información y la prescripción de medidas anticonceptivas, en evitación de los riesgos. La actuación en este sentido siempre estaría amparada para el profesional y justificada en el superior interés del menor.

3. - La anticoncepción postcoital de emergencia (llamada píldora del día siguiente) es una medida anticonceptiva y, como tal, está incluida dentro de lo establecido en el anterior apartado:

Tanto la Organización Mundial de la Salud como el Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya han insistido en la obligación de proporcionarla en los casos en que esté indicada. Es necesario establecer un dispositivo asistencial que cubra la dispensación de la anticoncepción de emergencia de forma eficaz, facilitando el acceso en farmacias, centros de salud y servicios de urgencias.

Es precisa una mayor sensibilización de la Administración, que debe garantizar la prescripción y dispensación de las medicaciones autorizadas. El sistema sanitario debe formar a sus profesionales para que las prestaciones referentes a la salud reproductiva se proporcionen sin impedimentos, de forma rápida y equitativa, y sin que el coste económico impida la accesibilidad a los medios anticonceptivos.

4. - La objeción de conciencia del personal sanitario tiene como límite la posibilidad de prestación del servicio:

Como cualquier otro derecho, la objeción de conciencia tiene límites y su ejercicio debe cumplir unos determinados requisitos. El límite esencial es que nunca el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia por un profesional sanitario puede suponer perjuicio para el paciente, por lo que sólo podrá admitirse cuando no limite la atención sanitaria obligatoria. La objeción de conciencia, como derivada de la libertad ideológica, es un derecho individual que no puede ser ejercitado por una institución –centros de salud, hospitales...-. Es de resaltar que –como ha sostenido el Tribunal Constitucional en su *STC 106/1996*, los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como derecho a ponderar frente a derechos constitucionalmente tutelados. Los centros sanitarios están obligados, en todo caso, a prescribir y proporcionar los servicios y prestaciones reconocidos por el sistema de salud.

La Administración debe asumir aquí un papel especialmente vigilante en evitación de cualquier desatención al menor. Conviene recalcar que cada colectivo –padres, educadores, personal sanitario y Administración Pública en general- deben asumir sus responsabilidades y deberes, y que se requiere cooperación estable entre las diferentes instancias implicadas.

5. - En los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, hay que admitir la validez del consentimiento de las menores que poseen capacidad para comprender aquello que deciden:

Desde una interpretación integradora y armónica de la normativa aplicable a los menores, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo debe considerarse válido y eficaz el consentimiento de la menor para la realización del aborto en los supuestos establecidos legalmente. Consecuentemente, y en sentido opuesto, también debe admitirse que no podrá interrumpirse el embarazo sin el consentimiento de la menor, pues supondría una vulneración potencial de su derecho a la integridad física consagrado en el artículo 15 de la Constitución.

Sería un contrasentido atribuir eficacia al consentimiento de los menores a los tratamientos médicos y no hacerlo en este supuesto en el que el conflicto de intereses es más evidente y en el que se requiere proteger especialmente el superior interés de la menor. De no hacerlo así, la legislación teóricamente protectora del menor, en cuanto les reconoce capacidad para ejercitar sus derechos, se vacía de contenido.

En algunos tipos penales relacionados con la igualdad y la libertad sexual, la edad a que se admite la validez del consentimiento no es 18 años sino 13, ya que se estima que es una etapa en la que el consentimiento tiene relevancia, aunque no se trate de la mayoría de edad civil o política. La interpretación conjunta del Código Penal con el resto de las normas jurídicas aplicables nos conduce a la solución propuesta, puesto que cualquier otra daría como resultado algo tan contrario al ordenamiento y al principio de igualdad como lo es la imposibilidad total de abortar legalmente en ninguna circunstancia a las menores (si se exigiera un consentimiento adulto) o, la posibilidad de obligar a gestar contra su voluntad y también a abortar contra su voluntad (si se atribuyese el consentimiento a padres y tutores) Soluciones a todas luces inaceptables y muchos más lesivas que admitir la validez del consentimiento de la menor.

6.- Debería suprimirse la mención a “los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo” del artículo 7 de la ley 21/00 “sobre els drets d’informació concernent la salut i l’autonomia del pacient, i la documentació clínica”, del Parlament de Catalunya.

El artículo 7 de dicha ley reza: “No obstante, en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, de ensayos clínicos y de práctica de

técnicas de reproducción humana asistida, se estará a lo establecido con carácter general por la legislación civil sobre mayoría de edad, y, si procede, la normativa específica que sea de aplicación”.

De esta confusa mención -que remite a la legislación especial del tema sin innovar lo que ya está regulado sobre el asunto-, no se debe deducir que la interrupción voluntaria del embarazo sólo puede ser consentida por el mayor de edad ya que hacerlo así entra en contradicción con el resto de la normativa catalana, así como con el ordenamiento del conjunto del Estado sobre los menores y de las declaraciones sobre los derechos de los menores que existen en el contexto europeo y mundial. Necesariamente, la remisión a la legislación civil debe entenderse referida a su conjunto, que estipula que los menores deben ser oídos teniendo capacidad de decidir según su grado de madurez.

No se puede olvidar que junto al mejor interés del menor como principio rector de cualquier normativa que les afecte, en nuestro Código Penal se otorga validez al consentimiento del mayor de 13 años para la práctica de relaciones sexuales y se protege la intimidad del menor, sea cual sea su edad, incluso respecto de las posibles intromisiones de los padres o tutores. El límite de los 18 años en derecho penal, sólo afecta a la responsabilidad del menor en la realización de un hecho delictivo, pero nunca a su capacidad de consentir, que siempre se ha considerado que debe interpretarse como capacidad natural de consentir.

7. - Se requiere cuidar especialmente la actuación en el ámbito educativo que comprenda los diversos momentos del antes, durante y después del riesgo:

Es especialmente necesario que la salud sexual y reproductiva no se aborde solamente desde un punto de vista sanitario, actuando cuando ya los riesgos están presentes, sino que hay que poner especial énfasis en desarrollar un plan de educación para la salud de forma transversal, con un programa escalonado, continuo e integral, sobre la sexualidad en la escuela que vaya mas allá de la explicación de los meros mecanismos biológicos.

Tampoco es posible desconocer el efecto de la influencia del consumo del alcohol y otras drogas que disminuyen el control sobre los propios actos y conviene tener en cuenta el contexto que establece para el consentimiento a las relaciones sexuales.

Hay que proporcionar acceso real a datos y a informaciones claras y veraces de manera que se facilite su asimilación.

8. - Existe la necesidad de proporcionar asesoramiento a los padres y madres en estas materias.

Cada vez resulta más evidente esta necesidad y ya han surgido iniciativas al respecto desde centros educativos y sanitarios o, de manera concertada, en los llamados programas de intervención socio-comunitaria.

Ha llegado el momento de institucionalizar ese tipo de actividades, dotándolas presupuestariamente, y no dejándolas únicamente para benevolentes campañas de las fundaciones, el voluntarismo de los profesionales o la disponibilidad y combatividad de las asociaciones de padres y madres de cada centro educativo.

9. - Es necesario llevar a cabo un debate social informado sobre las contradicciones con que abordan la construcción de la autonomía y la subjetividad los hombres y las mujeres y subrayar el interés de estas cuestiones.

No es conveniente adoptar decisiones sobre la educación sexual como si no existieran diferencias de género relevantes y profundas; ni es admisible desconocer la importancia que tienen estos factores en la configuración de la autonomía, subjetividad y sexualidad de los jóvenes. Si no se afronta esta diferencia de identidad y su repercusión, las decisiones y medidas que se adopten en nada alterarán la realidad del problema.

RELACIÓN DE PARTICIPANTES:

Pilar Antón. Profesora Titular de Ética y Legislación Sanitaria, Universitat de Barcelona.

Josep Arnau. Médico. Técnico en Salud Pública.

Lydia Buisan. Miembro de la Comissió Deontològica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya . Profesora de Ética Médica, Universitat de Barcelona.

Maria Jesús Buxó. Catedrática de Antropología, Universitat de Barcelona.

Lluís Cabré. Médico. Secretario General de la Asociación de Bioética y Derecho.

Maria Casado. Directora del Observatori de Bioètica i Dret, Profesora Titular de Filosofía del Derecho, Moral y Política, Universitat de Barcelona.

Mirentxu Corcoy. Catedrática de Derecho Penal. Universitat de Barcelona.

Josep Egozcue. Catedrático de Biología Celular, Universitat Autònoma de Barcelona.

Roser González Duarte. Catedrática del Genética, Universitat de Barcelona.

Itziar Lecuona. Licenciada en Derecho y Becaria de Investigación, Universitat de Barcelona.

Silvia López. Psicóloga psicoanalista, Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, ICS-IMAS. Barcelona.

Florencia Luna. Profesora de investigación CONICET y Directora del Área de Bioética de FLACSO, Argentina.

Pilar Malo. Bióloga, Profesora de Biología, IES Olorda.

Isidre Marias. Profesor de Filosofía, IES J.V. Foix. Formador de profesorado.

Esther Mitjans. Profesora Titular de Derecho Constitucional, Universitat de Barcelona.

M^a Jesús Montoro Chiner. Catedrática de Derecho Administrativo, Universitat de Barcelona.

Mónica Navarro Michel. Profesora de Derecho Civil, Universitat de Barcelona.

Dolors Orta. Médico especialista en medicina preventiva y salud pública.

Núria Parera. Ginecóloga, Unidad Adolescentes, Institut Universitari Dexeus de Barcelona.

Jaime Peris. Catedrático de Derecho Penal, Universidad de Murcia.

Encarna Roca. Catedrática de Derecho Civil, Universitat de Barcelona.

Coral Rodríguez Fouz. Licenciada en Medicina, Asociación de Bioética y Derecho.

Rosa Ros Rahola. Médico, Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.

Albert Royes. Profesor de Ética Médica, Universitat de Barcelona.

Ana Rubio. Profesora Titular de Filosofía del Derecho, Universidad de Granada.

Javier Sádaba. Catedrático de Ética, Universidad Autónoma de Madrid.

Ana Sánchez Urrutia. Profesora Titular de Derecho Constitucional, Universitat de Barcelona.

Graciela Sarrible. Profesora Titular de Sociología, Universitat de Barcelona.

Pilar Serón. Psicóloga, Fundació Eulàlia Torras de Deà. Creu Roja Barcelona.

Mercè Solé. Profesora de Filosofía, IES Maragall.

Juan Antonio Vanrell. Catedrático de Ginecología, Universitat de Barcelona.

Ramon Valls. Catedrático de Filosofía y Síndic de Greuges, Universitat de Barcelona.

Carmina Virgili. Catedrática de Geología, Universidad Complutense de Madrid.

DECLARATION ON THE SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH IN ADOLESCENCE

Prepared by The Opinion Group of the
Bioethics and Law Observatory

Barcelona, June 2002

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldiri Reixac, 4. Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.es
www.bioethicsandlaw.es

INTRODUCTION

The Opinion Group of Bioethics and Law Observatory, based at the Parc Científic de Barcelona, was formed to study the ethical, social and legal implications of new biotechnology techniques from a scientific and multidisciplinary point of view, and to make specific proposals for legislative action.

The Group itself was created with a view to participating in the university-society dialogue and making its voice heard in the wider society; more specifically its aim was to make submissions to the public, administrative and political bodies which regulate and control research and the application of new technologies. To achieve these aims it is also necessary to maintain a fluid relationship with the media, so as to improve the quality of information available.

In this particular case, the group has studied the problems of sexual and reproductive health in adolescence and the validity of the concept of Informed Consent of Minors. This issue demands informed social debate if we are to achieve a consensus for appropriate action, in keeping with the already existing legal provisions for protection of minors, whose interests are given special attention under Spanish legislation.

As tends to occur with issues in Bioethics, there is a great need for multidisciplinary dialogue encompassing ethical, philosophical, anthropological, legal, social and health aspects of the issue. In addition, the debate needs to be solidly based on technical and scientific input from the disciplines whose advances underlie the field.

On this occasion, the group has been coordinated by Dr. María Casado, and has received submissions from specialists in anthropology, law, nursing, philosophy, medicine, pedagogy, psychology and sociology as acknowledged in the annex.

PREAMBLE

Over the last 10 years voluntary termination of pregnancy has increased more among women younger than twenty years than among any other age group, and in excess of the total trend for Spanish women. In Catalonia, there has been an alarming increase in abortions among women younger than 15 years of age since 1999. This situation demands a review of the causes underlying this problem, questions the effectiveness of our present prevention campaigns, highlights their insufficiency and raises important moral and legal problems.

Another source of concern lies in AIDS transmission figures. HIV infection through heterosexual relations continues to rise. Furthermore, on the basis of age, incubation periods and symptoms, it is evident that a significant proportion of patients were infected in the early years of their lives.

Thus, the situation has become a major public health problem and both Ethics (which seeks human happiness, through examination of human moral issues) and Law (which seeks to regulate for the real problems facing society) must concern themselves with this issue, and propose behavioural guidelines which are acceptable to the majority, and yet respectful of minorities through scrupulous observance of their Human Rights, and this also includes the rights of minors.

Public discussion of sexual and reproductive health among adolescent minors suffers from a lack of information and rigour. We must study the main arguments in favour of enabling minors to take the necessary means to control the consequences of their actions, both in terms of their own health and in terms of possible pregnancies. While young people today are afforded multiple possibilities to be sexually active, many adults are still reluctant to accept their right to make decisions with regard to contraception.

General consensus has already been reached among education and health experts on the need to establish programmes - or at very least, to implement the already existing programmes - which aim to provide help to adolescents on matters of sexuality.

Media coverage of adolescent sex issues has increased recently, both due to the last World Summit for Children and also the outcry in response to

health programme proposals to install condom machines in schools, subject to discussion and referendums. Regardless of their merits or weaknesses, these campaigns, designed to raise awareness of the risks of HIV infection, have led to a visceral, obscurantist reaction. We have a duty to expose and highlight the injustice and the ideological stances underlying these reactions which, though noisy are nevertheless the views of a minority. At the same time, we must stress the need for ongoing, systematic work and not just isolated campaigns which may lead to undesirable effects.

This document aims to provide information and different points of view, both for the purpose of participating in the public debate and offering guidelines to the government and legislators for implementation and application of the provisions currently available under our laws; or for modification of aspects of the law to achieve compatibility of the rights of the minor, the rights of parents and the responsibilities of our public authorities in education and health. It must not be forgotten that our legislation is underlain by a general principle of protection of the best interests of the minor, and this demands an effective safeguard of their rights.

The society in which we live is a plural one, made up of individuals and groups with their own interests and varied sensitivities, all potentially in conflict, and in which the individual is not a mere cog in the machine of common will. In such a society the function of the state's structures is to reconcile the various views through the enactment of parliamentary laws, in accordance with Constitutional principles, to apply these laws and to adopt whatever measures are needed to make them effective. In this context, we must be especially concerned with the welfare of minors, who are still at a learning stage and will be the builders of the future.

As an integral part of human life, society should strive to transmit a positive, pleasant and responsible conception of sexuality. Achieving this will require the participation of both the family and the school. However, it is clear that there is a certain hypocrisy in our society with regard to young people and sexuality: on one hand, there are factors which promote young people's sexuality, while on the other, their educational and health needs in this area are not provided for. Young people are at a learning stage; for harmonious development of their personality they require a multi-faceted, integrated and balanced sexual education, with a reflective, dialogue-based approach. In short, they need sexual education which fosters the develop-

ment of personal autonomy and moral and social consciousness, enabling them to become responsible citizens.

We must address the causes of the rising numbers of unwanted pregnancies among adolescents in societies with markedly high levels of personal freedom and access to information. To do this, we must ask what models of adult behaviour, masculinity and femininity we give to young people. The biological differences between men and women have often served as the basis and justification for differences of status and perceptions of intellectual and moral capacity; these differences, today unacceptable, are still reflected in the different levels of power and authority held by men and women in all areas of the family and society.

The combination of impossible demands and ambiguous models of adult behaviour, explains the confusion in which most young people begin their sexual lives, their attitudes and expectations. Public discussion must not neglect the issue of mental health; considering only biological aspects of young people's sexuality is tantamount to reducing the human being to a single dimension. Calculation of the health risks for adolescents or minors must consider both physical and mental health, both of which, in this case more than any other, are closely interlinked.

Therefore, it is important to seek integration of education and health and social services. Providing information about sexuality does not induce sexual activity and, as recognised by the World Health Organisation, sexual education does not encourage sexual precocity or promiscuity, but rather fosters reflection and prior analysis, thus helping to avoid the rule of unthinking action over logical thought. Ironically, the sex education debate was already held in Spain, at the time of the transition to democracy, when sexual education was timidly introduced into the schools, generally on the initiative of external health centres. It is truly lamentable and disheartening to see that, 25 years later, the same arguments are still being paraded out and that legally valid and democratic decisions accepted by the majority have not yet been implemented with any degree of normality.

Healthcare professionals contacted by minors are obliged to attend them and not only are they allowed to provide information on sexual matters: they are obliged to do so, and to keep the information confidential. Minors,

of whatever age, have the right to receive truthful information concerning issues which affect their health, and this includes sexuality.

Responsibility for safe sexual relations and the use of contraceptive measures lies with the young male and the young female, but it must be remembered that women are more vulnerable in this regard, due both to the risk of pregnancy and the greater risk of infection in certain circumstances. In any case, the professional is obliged to provide all the necessary information so that young people are in a position to take an appropriate, informed decision. It is important that our education and health services foster an environment of trust, privacy, and commitment to facilitate shared decisions.

Therefore, when a minor enquires about sexuality and sexual practice, the health professional must inform, advise and, if necessary, prescribe the appropriate means of contraception. Not to do this is to act against the interests of the minor, because failure to use preventive measures involves a risk of pregnancy and infection by sexually transmitted disease. Even if the health professional has doubts with regard to the minor's maturity to make decisions concerning his or her own sexuality, when there is a possibility that he or she may engage in sexual relations, there is an obligation to provide information and prescribe contraception as a risk-avoiding measure. This line of action is always justified given the overriding protection afforded to the interest of the minor in Spanish law. Decisions such as *Gillick v West Norfolk and Wisbech Area Health Authority, England, 1981*, have established important precedents in comparative law, which will have a bearing on the European context.

A minor may engage in sexual relations whether parents realise it or not, even if parents are strongly opposed. Informing parents could constitute bad professional practice, since failure to maintain confidentiality could lead the minor to cease seeking professional advice and this, in turn, would constitute increased risk. The right to privacy, guaranteed in article 18 of the Constitution, must be interpreted not only as the right to secrecy, but also in the sense that personal decisions are protected from third party interference (*STC 151/1997*).

Thus, by explicitly guaranteeing professional confidentiality, the health professional can act as an intermediary - only informing the parents if the minor requests it or seeks help to do so. Parents may also be informed in

cases of serious specific health risks either for the minor or for third parties as a result of the sexual practice in question. However, such cases must be interpreted restrictively, it must be possible to demonstrate a clear cause and effect relation, and the minor must be informed. Advising parents or guardians of the risks to the minor's health or freedom does not mean that the right of consent is transferred to them; it remains with the minor.

Custody must always be exercised in the best interest of the children (article 154 of the Civil Code and article 133.1 of the Family Code of Catalonia). This means safeguarding them and ensuring that they receive a full education. The laws governing the relations between parents and children must not be interpreted in such a way as to deprive the minor of his or her fundamental rights (article 162 of the Civil Code and article 152.2,a) of the Family Code of Catalonia). Laws cannot establish fixed limits where nature has determined a continuous process, as is the case of human growth; to attempt to do this would be nothing but a lack of realism in an area in which the law has shown itself capable of sensitivity to human development and social change.

In any case, such problems are not entirely new in the area of public health policies, where a certain degree of "gradualism" is often admitted. The distance between the values held by the majority of the society and the law must not be so great as to convert the latter in nothing more than a collection of good intentions. It is vital for legal consensus to be based on a foundation of empirical data and in the framework of recognised rights.

In Spain, there are directly applicable laws - at state, autonomous region and international level. The various codes have their corresponding penalties: within the purely legal sphere, there is Administrative, Civil and Criminal Law. In addition, there are also deontological codes: professional ethics and codes of good practice, which can form part of the continuum of measures applied by the professional bodies involved.

It must be emphasised that this Declaration, in addressing these problems, does not recommend the introduction of new legislative measures, but rather a decisive and committed government action in the fields of health and education so as to enable effective implementation of the measures already available. Also, society as a whole must take its responsibilities seriously - both individually and collectively - in accordance with the pro-

visions of the law; in other words, in the best interests of minors, striving to safeguard their education and health.

In its proposals, the Opinion Group of the Observatori de Bioètica i Dret sets out from the basis of freedom as opposed to fear. We also aim to establish the conditions, and limitations, if necessary, for application of our proposals. We hold that it is possible to reach consensus on what should be done in given circumstances, although the reasons underlying this agreement may be different. Only if we accept that agreement on a set of actions is possible despite the existence of divergent principles, can we advance in dealing with and solving the problems now emerging in Bioethics.

DECLARATION

REASONS FOR THE DECLARATION

Given that one of the objectives of Government is to promote public health, through improvement of human quality of life.

That abortion rates among adolescents in Spain have increased more than in any other age group and that heterosexual transmission of AIDS has also risen.

That our laws, through a wide range of legislative provisions, establish that safeguarding the interest of minors is a priority of Government action.

That minors have a right to privacy and confidentiality in their dealings with health professionals.

That minors, irrespective of age, have the right to receive truthful information and adequate medical assistance regarding issues which affect their health, including sexuality.

That recent legislation recognises the right of consent of minors regarding health issues in line with their ability to understand these issues.

That the first duty of health professionals and educators is to their patients and students, irrespective of their age.

That there is a duty, as a minimum, to reduce the harm caused by risk behaviours (for example, drug or alcohol use associated with unprotected sexual practices).

That initiation of sexual practices at an early age involves risks for young people, about which they should be informed.

That school texts are insufficient, and lack the continuity and integration needed for appropriate education in sexual matters and values.

That no direct provision is made for sexual education in the school curriculum and that responsibility falls to the goodwill of individual teachers and schools.

That the issue of sexual and reproductive health must be addressed in the context of an in-depth, multidisciplinary debate involving experts and specialists from different fields.

That it is necessary to make a contribution to this debate with a view to providing guidance to legislators and government;

And in the awareness that the criteria for action in Bioethics must be subject to regular readjustment, in keeping with scientific advances, and social and cultural change,

The Opinion Group of the Bioethics and Law Observatory has reached the following

CONCLUSIONS

1. - For prescription of contraception, the right of consent of minors must be respected when the minor is capable of understanding the nature of the decision:

Respect for the patient includes respect for his or her autonomy and means that consent must be secured for any medical treatment to be administered; this is also true in the case of minors. Contraceptive methods prescribed for use by adolescents have minimum health risks, and, in certain cases, are beneficial in protecting against the risks posed by pregnancy to physical and psychological health.

The health professional must bear in mind that the issue is not whether the minor is sufficiently mature or not to engage in sexual relations but rather whether he or she is likely to do so. It is a question of the rights of minors and protection of their best interests - rather than evaluation of their competence.

2.- It is necessary to ensure access to contraception:

Healthcare staff have a special responsibility to ensure access to contraception. They must bear in mind that the minor is their patient and has rights. Failure to provide appropriate assistance may lead to legal responsibilities, since it is obligatory for healthcare staff to care for the health of the minor, avoid risks and, as a minimum, reduce harmful effects.

Even if the health professional has doubts with regard to the minor's maturity to make decisions concerning his or her sexuality, if there is a possibility that he or she may have sexual relations, information must be provided and contraceptive measures prescribed as a risk-avoiding measure. This line of action is always justified by the priority afforded to protection of the minor by Spanish law.

3.- Post-coital contraception (the morning after pill) is a form of contraception and, as such, falls within the provisions of the previous section:

Both the World Health Organisation and the Generalitat of Catalonia's Department of Health insist that post-coital contraception must be made available when appropriate. Effective access must be ensured through a network of pharmacies, health centres and emergency services.

Government awareness and sensitivity in this area must improve. Government must ensure prescription and provision of authorised treatments. The health system must train its professionals so that reproductive healthcare can be provided unhindered, swiftly and equitatively, and cost must not be an impediment to access to contraceptives.

4. - Conscientious objection on the part of healthcare staff is secondary to the obligation that service be provided:

Like any other right, conscientious objection has its limits and its exercise is subject to certain requirements. The right to conscientious objection on the part of healthcare staff cannot ever be compatible with prejudice to a patient's best interests. Therefore, it can only be exercised when it does not limit the healthcare provided. The right to conscientious objection, deriving as it does from the right to ideological freedom, is an individual right and may not be exercised by an institution - health centres, hospitals, etc. In ruling *STC 106/1996*, the Constitutional Court stated that health centres cannot use ideological issues as grounds to override rights enshrined in the Constitution. Health centres are obliged to prescribe and provide the services recognised by the health system.

Government has an important role to play in prevention of negligent treatment of minors. Parents, educators, healthcare staff and Public Administration, must all accept their responsibilities and duties, and cooperation between the various strata involved is vital.

5. - In the legally accepted circumstances for voluntary termination of pregnancy, the right of consent of minors must be respected when the minor is capable of understanding the nature of the decision:

Through integrational and harmonious interpretation of the applicable legislation, the right of consent of minors must be considered valid and effective in the legally accepted circumstances for voluntary termination of pregnancy. Consequently, the right of the minor not to terminate a pregnancy must also be respected; to act otherwise could be an infringement of their right to physical integrity as set out in article 15 of the Constitution.

It would be contradictory to attribute the right of consent to minors in relation to medical treatment and not to do so in the case of abortion, in which the conflict of interests is all the more clear and in which the best interests of the minor must be safeguarded. Otherwise, the legislation which, in

theory, sets out to protect minors by recognising their capacity to exercise their rights, would be rendered meaningless.

In certain provisions of Penal Law related to sexual equality and freedom, the age of consent is 13 as opposed to 18 years of age; the early teens are considered an appropriate age for consent even though the minor has not yet reached the civil or political age of majority. Interpretation of the Penal Code in conjunction with the other applicable laws leads us to the solution proposed above, since any other interpretation would be totally alien to the spirit of the law and to the principle of equality. Examples of this would be a total prohibition on legal abortion for minors under any circumstances (in the case in which adult consent was required) or, the possibility of obliging a person against her will to either continue with a pregnancy or forceably abort (if consent was attributed to parents and guardians). These latter cases are of course unacceptable and much more prejudicial than acceptance of the minor's right to consent.

6.- The clause “the legally accepted circumstances for voluntary termination of pregnancy” should be dropped from article 7 of Law 21/00 “on the right to information concerning patient health and autonomy, and clinical documentation” (Catalan Parliament).

Article 7 of this law states “Nevertheless, in the legally accepted circumstances for voluntary termination of pregnancy, for clinical tests and use of assisted human reproduction techniques, the general provisions of civil legislation on the age of majority will apply, and also, if appropriate, the applicable specific law.”

This confusing clause - which defers to the specific legislation without incorporating the more recent legal provisions, must not be interpreted as meaning that voluntary termination of pregnancy can only occur subject to the consent of a person of the age of majority, since this would be in conflict with the other provisions of Catalan and State law and also with European and international declarations on the rights of minors. This deference to civil legislation must be interpreted as to the whole of the Civil Code, which stipulates that minors have the right to consent in keeping with their capacity to understand the issues involved.

It should not be forgotten that, in addition to the general principle protecting the best interests of the minor in any legislation affecting them, the Spanish Penal Code recognises the age of consent as 13 years with regard

to the practice of sexual relations, and protects the privacy of the minor, irrespective of age, even against interference by parents or guardians. The 18 year old limit in penal law, is only applicable for criminal responsibility, but not to their right of consent, which has always been interpreted as in line with their natural capacity to consent.

7.- Special emphasis must be placed on education before, during and after the period of potential risk.

It is especially important that sexual and reproductive health should not be approached exclusively from a healthcare point of view, with action only taken when risk is present. Special emphasis must be placed on a continuous, integrated and graded health and sex education programme covering all aspects of sexuality above and beyond the mere biological mechanisms.

The influence of alcohol and drug consumption associated to sexual practice must also be considered. This has the effect of reducing self-control and may represent an additional risk factor.

Access to clear, accurate information must be provided so as to facilitate an understanding of the risks involved.

8.- Advice and counselling must be provided for parents.

It is becoming increasingly clear that parents need advice and counselling. Several schools and health centres have already undertaken initiatives in this area, in addition to the community intervention schemes.

These programmes now need to be implemented on a wider, more permanent footing, with adequate funding. They can no longer be left to charitable foundations, and the goodwill of professionals and parents in individual schools.

9. - An informed social debate is needed on the contradictions inherent to the development of autonomy and subjectivity in young men and women, and special emphasis must be placed on sexual and reproductive health issues.

Decisions regarding sex education cannot be taken without accounting for gender differences. Nor can we ignore the role played by gender in the development of autonomy, subjectivity and sexuality in young people. Failure

to face these differences and their consequences, will lead to failure of any measures taken to alleviate the problem.

MEMBERS OF THE BIOETHICS AND LAW OPINION GROUP WHO HAVE DRAWN UP THIS DOCUMENT:

Pilar Antón. Profesora Titular de Ética y Legislación Sanitaria, Universitat de Barcelona.

Josep Arnau. Médico. Técnico en Salud Pública.

Lydia Buisan. Miembro de la Comissió Deontològica del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya . Profesora de Ética Médica, Universitat de Barcelona.

Maria Jesús Buxó. Catedrática de Antropología, Universitat de Barcelona.

Lluís Cabré. Médico. Secretario General de la Asociación de Bioética y Derecho.

Maria Casado. Directora del Observatori de Bioètica i Dret, Profesora Titular de Filosofía del Derecho, Moral y Política, Universitat de Barcelona.

Mirentxu Corcoy. Catedrática de Derecho Penal. Universitat de Barcelona.

Josep Egozcue. Catedrático de Biología Celular, Universitat Autònoma de Barcelona.

Roser González Duarte. Catedrática del Genética, Universitat de Barcelona.

Itziar Lecuona. Licenciada en Derecho y Becaria de Investigación, Universitat de Barcelona.

Silvia López. Psicóloga psicoanalista, Servei d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, ICS-IMAS. Barcelona.

Florencia Luna. Profesora de investigación CONICET y Directora del Área de Bioética de FLACSO, Argentina.

Pilar Malo. Bióloga, Profesora de Biología, IES Olorda.

Isidre Marias. Profesor de Filosofía, IES J.V. Foix. Formador de profesorado.

Esther Mitjans. Profesora Titular de Derecho Constitucional, Universitat de Barcelona.

M^a Jesús Montoro Chiner. Catedrática de Derecho Administrativo, Universitat de Barcelona.

Mónica Navarro Michel. Profesora de Derecho Civil, Universitat de Barcelona.

Dolors Orta. Médico especialista en medicina preventiva y salud pública.

Núria Parera. Ginecóloga, Unidad Adolescentes, Institut Universitari Dexeus de Barcelona.

Jaime Peris. Catedrático de Derecho Penal, Universidad de Murcia.

Encarna Roca. Catedrática de Derecho Civil, Universitat de Barcelona.

Coral Rodríguez Fouz. Licenciada en Medicina, Asociación de Bioética y Derecho.

Rosa Ros Rahola. Médico, Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears.

Albert Royes. Profesor de Ética Médica, Universitat de Barcelona.

Ana Rubio. Profesora Titular de Filosofía del Derecho, Universidad de Granada.

Javier Sádaba. Catedrático de Ética, Universidad Autónoma de Madrid.

Ana Sánchez Urrutia. Profesora Titular de Derecho Constitucional, Universitat de Barcelona.

Graciela Sarrible. Profesora Titular de Sociología, Universitat de Barcelona.

Pilar Serón. Psicóloga, Fundació Eulàlia Torras de Deà. Creu Roja Barcelona.

Mercè Solé. Profesora de Filosofía, IES Maragall.

Juan Antonio Vanrell. Catedrático de Ginecología, Universitat de Barcelona.

Ramon Valls. Catedrático de Filosofía y Síndic de Greuges, Universitat de Barcelona.

Carmina Virgili. Catedrática de Geología, Universidad Complutense de Madrid.

DOCUMENT SOBRE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS

Elaborat pel Grup d'Opinió de
l'*Observatori de Bioètica i Dret*
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, abril de 2008

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldiri Reixac, 4. Torre D, 4rt

08028 - Barcelona

Tel./Fax: 93 403 45 46

obd@pcb.ub.es

www.bioeticaidret.cat

www.bioeticayderecho.ub.es

www.bioethicsandlaw.es

Imprimeix: Signo Impressió Gràfica, sa
C. Múrcia, 54 d, Pol. Ind. Can Calderon
08830 Sant Boi de Llobregat - Barcelona

Dipòsit Legal: B - 23.538 - 2008

PRESENTACIÓ

L'Observatori de Bioètica i Dret, amb seu al Parc Científic de Barcelona, es va crear per analitzar des d'un punt de vista científic i pluridisciplinari les implicacions ètiques, socials i jurídiques de les biotecnologies.

El Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret es va constituir el 1996 amb l'objectiu d'intervenir en el diàleg entre la universitat i la societat mitjançant la transmissió del coneixement científicotècnic i els arguments necessaris per contribuir al debat social informat respecte de les noves tecnologies, les relacions conflictives entre les pràctiques biomèdiques, la legislació i les demandes de la ciutadania, i tots aquells problemes que es plantegen en termes ètics, socials i jurídics i en els que són necessàries argumentacions sòlides. En aquest intercanvi cal implicar els mitjans de comunicació no només per millorar la qualitat de la informació, sinó també per la seva incidència en la generació d'opinió pública.

Amb aquest objectiu, el Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret ha elaborat ja diversos Documents sobre problemes i qüestions d'actualitat en els quals no existeix una opinió unànime ni en la societat ni en les diverses comunitats científiques implicades, la qual cosa ha requerit identificar els problemes, contrastar els arguments i proposar recomanacions de consens.

En aquesta ocasió, el Grup presenta un Document d'Opinió amb la voluntat d'intervenir en el debat sobre la interrupció voluntària de l'embaràs i proposar mesures normatives que posin fi a l'actual situació d'inseguretat jurídica derivada de la distorsionada aplicació que s'efectua de la desfasada legislació vigent.

L'avortament és un veritable problema de salut pública i tant l'ètica com el dret han de plantejar pautes de conducta assumibles per la majoria dels ciutadans i respectuoses amb les minories, tenint sempre com a marc de referència i principi indeclinable el respecte als Drets Humans.

En aquesta qüestió, com sol succeir amb la major part dels problemes que repton o activen la Bioètica, es requereix un profund diàleg pluridisciplinari que inclogui plantejaments ètics i filosòfics, antropològics, jurídics, econòmics, socials i sanitaris, i les conclusions del qual parteixin d'una base científica i tècnica sòlida que emana de les disciplines implicades en els contextos problemàtics en què té lloc el debat.

Per a l'elaboració d'aquest Document, el Grup ha estat coordinat pels Drs. Maria Casado, Mirentxu Corcoy, Rosa Ros i Albert Royes i ha comptat amb les aportacions d'especialistes dels quals es fa una relació al final del Document.

PREÀMBUL

El Codi Penal vigent recull la despenalització de la pràctica de l'avortament en tres supòsits¹: que l'embaràs sigui conseqüència d'una violació —prèviament denunciada—, les malformacions del fetus i el greu perill per a la vida o per a la salut física o psíquica de l'embarassada, sempre que es realitzi amb el seu consentiment i es compleixin els requisits establerts. La necessitat de reformar la norma renova una vella polèmica de gran importància social, amb el consegüent impacte mediàtic, en què es posen de manifest conflictes de valors i de drets que requereixen la intervenció urgent dels poders públics a fi de proporcionar solucions de justícia material que es conjuguin amb la necessària seguretat jurídica.

La regulació vigent sobre la interrupció voluntària de l'embaràs va ser aprovada al final de la transició política i va semblar que era l'única possible en aquells moments. La introducció del sistema d'indicacions per a la interrupció voluntària de l'embaràs va suposar, aleshores, un avanç; no obstant això, avui, resulta

¹ El Codi penal de 1995, en la Disposició derogatòria única 1.a), manté la vigència de l'article 417 bis que recull la Llei Orgànica 9/1985 en què es despenalitzava la pràctica de l'avortament en els supòsits que a continuació es transcriuen. Cal remarcar que és l'únic precepte substantiu que no fou modificat en el nou Codi Penal.

Article 417 bis:

1. No serà punible l'avortament practicat per un metge, o sota la seva direcció, en un centre o establiment sanitari, públic o privat, acreditat i amb consentiment explícit de la dona embarassada, quan concorri alguna de les circumstàncies següents:
 1. Que sigui necessari per evitar un greu perill per a la vida o la salut física o psíquica de l'embarassada i així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per un metge de l'especialitat corresponent, distint d'aquell per qui o sota la direcció de qui es practiqui l'avortament.
En cas d'urgència per risc vital de la gestant, es podrà prescindir del dictamen i del consentiment explícit.
 2. Que l'embaràs sigui conseqüència d'un fet constitutiu de delictes de violació de l'article 429, sempre que l'avortament es practiqui dins les dotze primeres setmanes de gestació i que l'esmentat fet hagués estat denunciat.
 3. Que es presumeixi que el fetus haurà de néixer amb greus tares físiques o psíquiques, sempre que l'avortament es practiqui dins les vint-i-dues primeres setmanes de gestació i que el dictamen, expressat amb anterioritat a la pràctica de l'avortament, sigui emès per dos especialistes del centre o establiment sanitari, públic o privat, acreditat a aquest efecte, i distints d'aquell per qui o sota la direcció de qui es practiqui l'avortament.
2. En els casos previstos en el número anterior, no serà punible la conducta de l'embarassada tot i que la pràctica de l'avortament no es realitzi en un centre o establiment públic o privat acreditat o no s'hagin emès els dictàmens mèdics exigits.

desfasada. Al llarg de la seva trajectòria, aquesta llei s'ha revelat tan necessària que els successius governs ni la van suprimir, ni la van restringir, ni han intentat limitar-ne la interpretació extensiva amb què s'aplica. Tanmateix, les diferents majories parlamentàries no han dut a terme les reformes legislatives necessàries per adequar la norma i el seu contingut als moments actuals. En tractar-se de drets fonamentals de les dones, aquesta inadaptació a la realitat social de les normes que els desenvolupen equival a restringir-los innecessàriament i a buidar-los de contingut. Així les coses, res no impedeix que hom investigui amb deteniment cadascun dels supòsits d'avortament «legalment» practicat, que és el que efectivament succeeix.

El conflicte actual deriva de la interpretació extensiva que se'n fa, i que s'accepta, de la indicació terapèutica en el supòsit que concorre un risc greu per a la salut psíquica de l'embarassada, ja que aquesta indicació s'utilitza de tal manera que *de facto* inclou —en contra del que estableix la llei— la indicació socioeconòmica. Cal tenir en compte, a més, que per a la indicació terapèutica no es preveuen terminis, de manera que, *a priori*, la interrupció de l'embaràs es pot dur a terme en qualsevol moment. Això, encara que cobreixi unes necessitats i problemes socials evidents i dignes d'empara, genera una situació d'inseguretat jurídica posada de manifest reiteradament. És sempre negatiu que el tractament normatiu es contradigui amb la pràctica generalitzada, fins i tot quan això suposi arribar a solucions de justícia material en situacions límit, i més encara en l'àmbit del dret penal. El que s'ha d'exigir és que el legislador abordi de front el problema i li doni una resposta raonable.

L'avortament ha tingut una llarga història de prohibició i de pràctica. La seva repressió no ha aconseguit evitar-lo sinó, únicament, convertir-lo en un procediment d'alt risc per a la vida i la salut de les dones. L'assumpció de tal risc genera, al seu torn, una situació greument discriminatòria, que es produeix no només entre dones i homes sinó entre les pròpies dones, ja que la possibilitat d'accedir a un avortament segur és molt diferent en funció de la capacitat econòmica i cultural. Per aquest motiu, la llei ha de ser curosa en garantir les condicions d'equitat i per oferir a totes les dones les mateixes oportunitats.

La primera consideració referent a això és que, en totes les legislacions, és delictu l'avortament sense consentiment de l'embarassada, amb vista a respectar la seva autonomia. La segona, que en cap moment de la història es penalitza l'avortament com l'homicidi o l'assassinat; tampoc socialment té la mateixa rellevància, ni la pèrdua d'un fetus es considera quelcom semblant a la mort

d'una persona. La tercera, fonamental, és que qualsevol llei de l'avortament ha d'anar acompanyada d'educació en salut sexual i reproductiva i de polítiques que facilitin l'accés real i efectiu a la informació i als mètodes anticonceptius i que fomentin la responsabilitat en l'exercici de la sexualitat, de manera que l'avortament —que no és un fet desitjable— no sigui un mètode anticonceptiu més.

En el dret comparat, la interrupció voluntària de l'embaràs es regula bé mitjançant una llei que reculli les indicacions dels supòsits de fet en què la conducta queda despenalitzada, bé mitjançant una llei que fixi terminis per a la intervenció sense més requisit substancial que la voluntat de l'embarassada, o mitjançant un sistema mixt en el qual s'atengui al sistema de terminis durant les primeres setmanes de gestació i, a partir d'aquí, entrin en joc les indicacions i, fins i tot, la prohibició². El sistema de terminis és l'únic que no trasllada la decisió a un tercer, és a dir, és el que en major mesura pren en consideració l'exercici de la llibertat de la dona. En l'adopció d'una o altra tècnica legislativa s'hi troben valoracions distintes del conflicte entre els drets efectius i presents de

² L'avortament està despenalitzat en la majoria de països de la Unió Europea:

Alemanya, Àustria, Bèlgica, Bulgària, Dinamarca, Eslovàquia, Estònia, França, Grècia, Hongria, Letònia, Lituània, Noruega, Txèquia, Romania i Suïssa tenen una llei de terminis fins les 12 setmanes de gestació. Aquest termini s'amplia fins les 24 setmanes a Holanda, fins les 18 setmanes a Suècia i a Itàlia fins 90 dies; en canvi, a Portugal només arriba fins les 10 setmanes.

Vençuts aquests terminis, alguns països continuen permetent l'avortament amb indicacions específiques i amb nous terminis. Fins el segon trimestre, l'avortament s'admet quan concorre la indicació de risc per a la vida de la mare a Àustria, Dinamarca, Eslovàquia, França, Hongria, Luxemburg, Noruega, Txèquia, Romania i Suïssa; en cas de risc per a la salut de la mare, a Àustria, Dinamarca, França, Luxemburg, Noruega i Suïssa; per malformació del fetus, a Àustria, Dinamarca, Eslovàquia, França, Luxemburg, Noruega, Txèquia i Romania i com a conseqüència d'una violació, a Eslovàquia, Hongria, Luxemburg, Noruega i Txèquia. En aquest darrer país també s'hi afegeixen les «raons mèdiques», a Hongria en cas de «greu situació de crisi» i a Àustria es permet fins el segon trimestre quan es tracta de menors de 14 anys. A Grècia s'admet l'avortament en el supòsit de violació fins la setmana 20 i en el de malformació del fetus fins la 24. Al Regne Unit existeix una llei d'indicacions d'acord amb la qual és possible avortar fins la setmana 24 en cas de risc per a la salut física o mental de la mare o per problemes econòmics o socials.

Alguns països, com Àustria, Bèlgica, Dinamarca, França o el Regne Unit, no posen terminis per a l'avortament quan hi ha riscos de malformacions fetals. Tampoc en posen quan existeix un risc greu per a la vida de la mare a Bèlgica, França, Luxemburg i el Regne Unit i a Alemanya en cas d'haver-hi «raons mèdiques».

la dona i els drets potencials del no nascut, al qual el Tribunal Constitucional no considera persona sinó bé jurídicament protegit³.

Entre el xoc d'absoluts que es produeix en atorgar drets dominants al fetus sobre els de la dona, prohibint l'avortament en qualsevol circumstància, o el que es produeix en atribuir a la dona drets absoluts de lliure decisió sobre el seu propi cos en qualsevol moment, la posició que en aquest Document es proposa és una posició gradual, que té en compte les circumstàncies fàctiques i que argumenta de manera raonable. Entenem que, en una primera etapa, ha de prevaler la decisió de la dona sobre la potencialitat d'una vida no viable i que, establint terminis, s'ha de deixar en mans de la dona —que és aquí l'únic subjecte de drets— la decisió, respectant la seva autonomia sense necessitat de controls de tercers —metges, psiquiatres, familiars—. A partir d'aquest moment, quanta més viabilitat adquireixi el fetus més mesures de protecció mereix.

L'enfocament adoptat per aquest Grup d'Opinió parteix de considerar que la discussió pública sobre l'avortament no ha d'introduir criteris propis de concepcions religioses, sobre el bé o la vida ideal, que un mateix vulgui imposar-se voluntàriament, però que mai es poden imposar a altres persones. Això significa que no és possible debatre, deliberar o dialogar sobre temes controvertits en el camp de la bioètica, com ho és l'avortament, si no s'accepten normativament els valors de científicitat, laïcitat i pluralisme democràtic. Des d'aquestes raons públiques pròpies d'un espai democràtic pluralista i tenint en compte els coneixements que ens proporciona l'*estat de la ciència*, es justifica la despenalització de l'avortament en determinats supòsits. És necessari remarcar, a més, que no existeix un conflicte de drets entre la dona gestant i l'embrió-fetus: aquest darrer no és titular de drets fonamentals. Per això mateix, l'Estat ha d'utilitzar tots els recursos al seu abast a fi de salvaguardar els drets de la dona.

³ Segons el Tribunal Constitucional espanyol, «l'article 15 CE reconeix com Dret fonamental el Dret de tots a la vida, del que són titulars els nascuts». Així es recull en la STC 53/85 (especialment en els Fonaments Jurídics 4 i 7), de manera que el *nasciturus* es considera «bé jurídic protegit» però no gaudeix de la titularitat del dret a la vida, ni de l'especial dignitat humana.

En aquest mateix sentit, es pronuncien les STC 212/86 (especialment en els Fonaments Jurídics 3 i 9) i 116/99 (especialment en els Fonaments Jurídics 3 i 4) que reiteren i perfilen aquesta doctrina indicant que no es requereix una llei orgànica per tractar qüestions que es refereixin als embrions i fetus —com béns jurídicament protegits— i que, en aquest context, l'obligació de l'Estat consisteix en abstenir-se d'interrompre o d'obstaculitzar el procés natural de gestació i en establir un sistema legal de defensa de la vida que en suposi una protecció efectiva i que inclogui, com última garantia, normes penals.

Per abordar la problemàtica de l'avortament existeixen diferents vies: o bé es posa l'accent en els fets biològics, que indiquen que l'embrió és part d'un procés evolutiu potencial, o bé s'aborda la qüestió des d'un punt de vista que podem anomenar metafísic-teològic, on el que es discuteix és una qüestió d'absoluts. Des del punt de vista de les realitats científiques existeix un alt nivell d'acord; per contra, des del punt de vista filosòfic-religiós no existeix acord a l'hora d'intentar establir veritats fonamentals sobre la naturalesa de l'embrió. Convindria afegir a aquests plantejaments altres enfocaments més idonis, de caràcter cultural i social, que es recolzin en la construcció dels valors morals i culturals i en la seva plasmació en normes. Així, l'estatus de l'embrió ha d'establir una protecció progressiva, ja que aquest només es converteix plenament en un individu quan neix. És llavors quan es considera que existeix una persona titular de drets fonamentals. D'aquesta manera es realitza una ponderació entre drets en col·lisió (que no es consideren absoluts) i una progressió en la protecció (individu, fetus, embrió, i fins i tot embrió preimplantacional). És aquí on intervé el dret com un mitjà de tractar els conflictes i com un sistema per fixar els acords.

Des d'un punt de vista biològic la vida únicament es perpetua i no té un inici. És per això que cal prendre en consideració la capacitat de desenvolupar la vida d'una forma individual i autònoma. La visió avui majoritàriament acceptada pels científics és que la vida pròpiament humana comença al voltant de les 23 setmanes de gestació, quan s'inicien les connexions sinàptiques cap a l'escorça cerebral i a l'interior d'aquesta. Aquest fonament neurològic és coherent amb el fet que tant el començament com el final de la vida humana depenen de l'activitat de l'escorça cerebral, és a dir, de l'estat de consciència. A més, al voltant de les 22 setmanes de gestació se sol considerar que el fetus té possibilitats de viure fora de l'úter; aquest criteri de viabilitat és variable i depèn no només de l'estat de la tècnica a cada moment sinó també de la possibilitat d'accedir-hi, possibilitat que pot variar fins i tot per raons geogràfiques.

No menys important és tenir en compte la dimensió sociològica del problema i la seva transcendència per a la salut pública, ja que la possibilitat d'acudir a la interrupció voluntària de l'embaràs de manera legal i segura té un impacte gran en la salut i en la vida de les dones. La interrupció voluntària de l'embaràs ha mostrat a Espanya una tendència continuada a l'alça. Hi ha grups més vulnerables que, precisament per això, necessiten major atenció per part de les directrius de política sanitària. Es tracta de les dones de menys de 20 anys i de les que provenen de sectors desfavorits socialment i culturalment. Per això,

la regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs constitueix un problema social, no només jurídic o sanitari. És sabut que els països que tenen una política restrictiva en aquest camp tenen també un índex molt alt de morbiditat i de mortalitat maternes. No es pot obviar la dimensió ètica d'aquest fet ja que prohibir l'avortament no n'evita la pràctica sinó que només aconseguix que es porti a terme en condicions insegures, la qual cosa perjudica greument moltes dones.

La nostra proposta de reforma de la llei de l'avortament pretén que les seves condicions siguin clares i accessibles, a fi de garantir la seguretat jurídica i de respectar l'autonomia de les dones, permetent la interrupció voluntària de l'embaràs si es compleixen els requisits que s'exigeixen. La transparència és, també en aquest camp, una exigència democràtica.

Partint de la idea de que les propostes jurídiques i bioètiques han d'intentar resoldre els conflictes de forma racional i possible, en les Conclusions d'aquest Document es proposa un sistema de regulació mixt que conjunta els terminis amb les indicacions i que ha d'anar acompanyat de polítiques clares i decidides en educació sexual i reproductiva⁴. Les normes, i els responsables de dur-les a efecte, han de garantir la realització de la prestació sanitària corresponent i, alhora, la possibilitat del personal sanitari que així ho desitgi d'objectar en consciència⁵.

⁴ Grup d'Opinió de l'*Observatori de Bioètica i Dret sobre Salut sexual i reproductiva en l'adolescència* (2002). <http://www.bioeticaidret.cat/documents>.

⁵ Grup d'Opinió de l'*Observatori de Bioètica i Dret sobre Objeció de consciència en sanitat* (2007). <http://www.bioeticaidret.cat/documents>.

DECLARACIÓ

Tenint en compte:

- que la interrupció legal de l'embaràs ha de ser considerada com un acte sanitari més i com a tal ha de ser assumida per la sanitat pública
- que l'avortament té una llarga història de prohibició que només aconsegueix fer-ne la pràctica insegura i perillosa
- que aquesta inseguretats i risc recau en major mesura sobre les dones en situació més desfavorable, la qual cosa genera discriminació
- que penalitzar l'avortament augmenta, a més, la discriminació entre homes i dones
- que les conseqüències de tipus psicològic i social dels avortaments denegats poden ser més serioses que les associades a una interrupció voluntària de l'embaràs
- que la seguretat jurídica exigeix claredat sobre els moments i les circumstàncies en què és possible la interrupció voluntària de l'embaràs
- que la regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs no és obligatòria sinó opcional i, per tant, respecta la lliure decisió moral de les persones
- que l'Estat no ha d'obligar les dones a tenir fills no desitjats i encara menys recorrent al dret penal
- que la protecció del fetus ha de ser gradual en funció del seu grau de desenvolupament però que aquesta protecció no ha d'anul·lar els drets de les dones
- que l'avortament té a veure amb la complexitat de la sexualitat humana i amb aspectes personals, emocionals i relacionals
- que l'Organització Mundial de la Salut defineix la salut com «un estat de complet benestar físic, mental i social»

- que l'Informe (núm. 11537, de 17 de març de 2008) elaborat pel *Comitè per a la igualtat d'oportunitats entre els homes i les dones* del Consell d'Europa, considera que l'avortament ha de ser una pràctica a la que hi puguin accedir les dones a tots els estats membres d'aquest organisme
- que l'educació sexual i reproductiva i l'accés a l'anticoncepció no és una realitat que es pugui considerar generalitzada, ni tan sols en la nostra societat
- que les menors són persones en procés de maduració i d'aprenentatge en l'exercici de la sexualitat
- que de les diferents tècniques per a la interrupció voluntària de l'embaràs s'han de potenciar aquelles que siguin físicament i psicològicament menys agressives atenent a l'edat gestacional i a la situació concreta de cada dona

Aquest Grup d'Opinió ha arribat a les conclusions següents:

CONCLUSIONS

1. *La interrupció voluntària de l'embaràs en els supòsits legalment reconeguts ha de ser considerada i tractada com un acte sanitari més i, en conseqüència, ha de ser assumida per la sanitat pública*
2. *Cal que es modifiqui la regulació vigent de la interrupció voluntària de l'embaràs promulgant una normativa específica en els termes següents:*
 - A) *Durant les 14 primeres setmanes de gestació, la decisió d'interrompre l'embaràs correspon lliurement a la dona*
 - B) *No s'establirà cap termini per dur a terme la interrupció de l'embaràs en els supòsits de:*
 - a. *perill greu per a la salut física i psíquica i per a la vida de la dona*
 - b. *detecció de greus malformacions del fetus o de malalties de la mare que amb molta probabilitat causarien seqüeles greus al fetus*
 - C) *Entre les 14 i les 22 setmanes de gestació es podrà practicar la interrupció voluntària de l'embaràs atenent a les circumstàncies socioeconòmiques desfavorables de la gestant*

En els casos B) i C), la proporcionalitat de la decisió —«estat de necessitat específic»— haurà de ser apreciada per una comissió externa de valoració i control. Aquesta comissió ha de ser plural, multidisciplinària i independent de les persones implicades en la interrupció de l'embaràs i del centre en què es practiqui. A més, haurà de pronunciar-se en un termini màxim de quinze dies naturals, passat el qual s'entendrà que autoritza la interrupció de l'embaràs

- D) *La indicació que en l'actual legislació permet la interrupció voluntària de l'embaràs en cas de violació, ha de ser substituïda per una norma/protocol que prescriuï a tota dona denunciant l'administració de l'anticoncepció d'emergència, si així ho desitja.*

Naturalment, si el termini d'actuació d'aquest fàrmac s'hagués exhaurit en el moment d'efectuar la denúncia, la dona podrà prendre lliurement la

decisió que consideri oportuna abans de les 14 setmanes que s'estableixen en el punt A), quedant així subsumida la «indicació ètica» en el «termini».

3. *El canvi normatiu ha d'anar acompanyat d'una intensa i rigorosa política d'educació sexual i reproductiva, que haurà de ser transversal i permanent, i que inclogui mesures actives que proporcionin accés real als mètodes anticonceptius i a la interrupció de l'embaràs, atenent particularment als grups d'especial vulnerabilitat.*

És especialment necessari que la salut sexual i reproductiva no s'abordi solament des d'un punt de vista sanitari, actuant quan ja els riscos estan presents, sinó que cal posar especial èmfasi en el desenvolupament d'un pla d'educació per a la salut de forma transversal, amb un programa esglaonat, continu i integral sobre la sexualitat ja des de la infància, que vagi més enllà de l'explicació dels seus mecanismes biològics i que tingui en compte, a més, les infeccions de transmissió sexual⁶.

4. *En el cas de les dones menors d'edat, en tant que presenten riscos especials, és necessari que:*

- a) *en la prescripció d'anticonceptius, s'admeti la validesa del consentiment de les adolescents que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen*
- b) *s'adoptin les mesures escaients perquè l'accés als diferents mitjans anticonceptius, inclosa l'anticoncepció d'emergència, sigui real*
- c) *en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, cal admetre la validesa del consentiment de les menors que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen i les conseqüències.*

La llei haurà d'establir les mesures necessàries per assegurar la validesa del consentiment atorgat per les menors entre 16 i 18 anys, atès que la legislació sanitària vigent estableix que a partir dels 16 anys els menors poden donar el consentiment personalment sense que calgui el dels seus representants legals⁷.

⁶ Vegi's el Document de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre Salut sexual i reproductiva en l'adolescència (2002) abans esmentat.

⁷ — Llei 21/2000, de 29 de desembre, del Parlament de Catalunya, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
— Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Entre els 12 i 16 anys, la menor podrà prendre la decisió per si mateixa si té suficient maduresa per entendre l'abast de la intervenció sobre la seva salut, encara que caldrà que els pares o representants legals de la menor siguin escoltats. En cas que sorgís un conflicte, caldrà potenciar l'adequada mediació, a càrrec d'experts o d'una comissió externa, entre pares i adolescents a fi que la decisió que es prengui gaudeixi del màxim consens entre la menor i els seus pares o responsables legals i tenint present en tot moment l'interès superior de la menor.

5. *L'objecció de consciència del personal sanitari té com límit la possibilitat de prestació del servei*

L'objecció de consciència té límits i el seu exercici ha de complir determinats requisits. El límit essencial és que l'exercici de l'objecció de consciència per part d'un professional sanitari mai pot perjudicar els pacients, per la qual cosa només es podrà admetre quan no suposi una limitació de l'atenció sanitària obligatòria.

L'exercici de l'objecció de consciència, que deriva del dret a la llibertat ideològica, és una possibilitat individual a la qual no poden acollir-se les institucions (centres de salut, hospitals...). Cal remarcar que —com ha declarat el Tribunal Constitucional⁸— els centres sanitaris no poden invocar un ideari propi com un dret a ponderar enfront de drets constitucionalment tutelats. Els centres sanitaris finançats públicament i que ofereixin atenció ginecològica estan obligats, en tot cas, a prescriure i a subministrar els serveis i prestacions reconeguts pel sistema de salut⁹.

⁸ STC 106/1996.

⁹ Vegi's el Document de l'*Observatori de Bioètica i Dret sobre Objeció de consciència en sanitat* (2007) abans esmentat.

DOCUMENTO SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Elaborado por el Grupo de Opinión del
Observatori de Bioètica i Dret
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, abril de 2008

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldri Reixac, 4. Torre D, 4rt

08028 - Barcelona

Tel./Fax: 93 403 45 46

obd@pcb.ub.es

www.bioeticaidret.cat

www.bioeticayderecho.ub.es

www.bioethicsandlaw.es

PRESENTACIÓN

El Observatori de Bioètica i Dret, con sede en el Parc Científic de Barcelona, se creó para analizar científica e interdisciplinariamente las implicaciones éticas, sociales y jurídicas de las biotecnologías.

El Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret se constituyó en 1996 con el objetivo de participar en el diálogo entre la universidad y la sociedad mediante la transmisión del conocimiento científico-técnico y los argumentos necesarios para contribuir a un debate social informado respecto a las nuevas tecnologías, las relaciones conflictivas entre las prácticas biomédicas, la legislación y las demandas ciudadanas, y todos aquellos problemas que se identifican en términos éticos, sociales y jurídicos y que requieren una argumentación sólida. En ese intercambio es preciso implicar a los medios de comunicación no sólo para mejorar la calidad de la información, sino también por su incidencia en la generación de opinión pública.

Con este fin, el Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret ha elaborado ya diversos Documentos sobre problemas y cuestiones en los que no existe una opinión unánime ni en la sociedad ni en las diversas comunidades científicas implicadas, ni entre quienes han de tomar las decisiones normativas. Ello requiere identificar los problemas, contrastar los argumentos y proponer recomendaciones de consenso.

En esta ocasión, el Grupo presenta un Documento de Opinión con la voluntad de intervenir en el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo y proponer medidas normativas que den fin a la actual situación de inseguridad jurídica derivada de la distorsionada aplicación que se efectúa de la desfasada legislación vigente.

El aborto es un problema de salud pública, y tanto la ética como el derecho deben ocuparse de proponer pautas de conducta asumibles por la mayoría de los ciudadanos y respetuosas con las minorías, teniendo siempre como marco de referencia y principio indeclinable el respeto a los Derechos Humanos.

En esta cuestión, como suele suceder con la mayor parte de los problemas que retan o activan la Bioética, se requiere un profundo diálogo pluridisciplinar, que englobe planteamientos ético-filosóficos, antropológicos, jurídicos, económicos, sociales y sanitarios, así como un fuerte aporte técnico y científico de las disciplinas implicadas en los contextos problemáticos donde se desencadena el debate.

Para la elaboración de este Documento, el Grupo ha sido coordinado por los Drs. María Casado, Mirentxu Corcoy, Rosa Ros y Albert Royes y ha contado con las aportaciones pluridisciplinarias de los especialistas que se relacionan al final del mismo.

PREÁMBULO

El Código Penal vigente recoge la despenalización de la práctica del aborto en tres supuestos¹: que el embarazo sea consecuencia de una violación —previamente denunciada—, las malformaciones del feto y el grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, siempre y cuando se realice con su consentimiento y se cumplan los requisitos establecidos. La necesidad de reformar la norma renueva una vieja polémica de gran importancia social, con su consiguiente impacto mediático, en la que se ponen de manifiesto conflictos de valores y derechos, que requieren de la urgente intervención de los poderes públicos para proporcionar soluciones de justicia material que se conjuguen con la necesaria seguridad jurídica.

La vigente regulación sobre la interrupción voluntaria del embarazo fue aprobada al final de la transición política y pareció ser la única posible en aquellos momentos. La introducción del sistema de indicaciones para la interrupción voluntaria del embarazo supuso, a la sazón, un avance; no obstante, hoy, re-

¹ El Código Penal de 1995, en su Disposición derogatoria única 1.a), mantiene la vigencia del artículo 417 bis que recoge la Ley Orgánica 9/1985 en la que se despenalizaba la práctica del aborto en los supuestos que se transcriben a continuación. Es relevante poner de manifiesto que es el único precepto sustantivo que no fue modificado en el nuevo Código Penal.

Artículo 417 bis:

1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:
 1. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.
En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
 2. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
 3. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél o bajo cuya dirección se practique el aborto.
2. En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

sulta desfasada. A través de su larga trayectoria, la citada ley se ha revelado tan necesaria que los sucesivos gobiernos ni la suprimieron, ni la restringieron, ni han intentado siquiera limitar la interpretación extensiva con que se aplica. Sin embargo las diferentes mayorías parlamentarias no han efectuado las necesarias reformas legislativas para adecuar la norma y su contenido de regulación a los momentos actuales. Tratándose de derechos fundamentales de las mujeres, la no adaptación de las normas que los desarrollan a la realidad social supone restringirlos innecesariamente, vaciando su contenido. Así las cosas, nada impide que se investigue con detenimiento cada uno de los supuestos de aborto «legalmente» practicado, como efectivamente sucede.

El conflicto actual deriva de la interpretación extensiva que se efectúa, y que se acepta, de la llamada indicación terapéutica en el supuesto que concurra un riesgo grave para la salud psíquica de la embarazada, ya que esta indicación se utiliza de tal manera que *de facto* incluye —contra lo establecido en la ley— la indicación socioeconómica. Hay que tener en cuenta, además, que para la indicación terapéutica no se prevén plazos, de forma que, *a priori*, la interrupción del embarazo puede realizarse en cualquier momento del mismo. Esto, aunque cubra unas necesidades y problemas sociales evidentes y dignos de amparo, genera una situación de inseguridad jurídica puesta de manifiesto reiteradamente. Es siempre negativo que el tratamiento normativo se contradiga con la práctica generalizada, incluso cuando suponga alcanzar soluciones de justicia material en situaciones límite, máxime si está en la órbita del derecho penal. Lo exigible es que el legislador aborde de frente el problema y dé una respuesta razonable.

El aborto ha tenido una larga historia de prohibición y de práctica. Su represión no ha conseguido evitarlo sino, únicamente, convertirlo en un procedimiento de alto riesgo para la vida y la salud de las mujeres. La asunción de tal riesgo genera, a su vez, una situación gravemente discriminatoria, que se produce no sólo entre mujeres y hombres sino entre las propias mujeres, ya que la posibilidad de acceder a un aborto seguro es muy diferente en función de la capacidad económica y cultural. Por ello la ley debe ser cuidadosa al garantizar las condiciones de equidad y ofrecer a todas las mujeres las mismas oportunidades.

La primera consideración al respecto es que, en todas las legislaciones, es delito el aborto sin consentimiento de la embarazada, en orden a respetar su autonomía. La segunda, que en ningún momento de la historia se penaliza el aborto como el homicidio o el asesinato; tampoco socialmente tiene igual relevancia,

ni la pérdida de un feto se considera semejante a la muerte de una persona. La tercera, fundamental, es que cualquier ley del aborto debe acompañarse de educación en salud sexual y reproductiva y de políticas que faciliten el acceso real y efectivo a la información y a los métodos anticonceptivos, y que fomenten la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad, de manera que el aborto —que nunca es algo deseable— no sea un método anticonceptivo más.

En el derecho comparado, la interrupción voluntaria del embarazo se regula bien mediante una ley que recoja las indicaciones de los supuestos de hecho en que la conducta queda despenalizada, bien mediante una ley que fije plazos para la intervención sin más requisito sustancial que la voluntad de la embarazada, o mediante un sistema mixto en el cual se atienda al sistema de plazos durante las primeras semanas de gestación y, a partir de ahí, entran en juego las indicaciones e, incluso, la prohibición². El sistema de plazos es el único que no traslada la decisión a un tercero, es decir, es el que en mayor medida toma en consideración el ejercicio de la libertad de la mujer. En la adopción de una u otra técnica legislativa subyacen valoraciones distintas del conflicto entre los derechos efectivos y presentes de la mujer y los derechos potenciales

² El aborto está despenalizado en la mayoría de países de la Unión Europea.

Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Eslovaquia, Estonia, Francia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Noruega, República Checa, Rumania o Suiza, tienen una ley de plazos hasta las 12 semanas de gestación. Este plazo se amplía hasta las 24 semanas en Holanda, hasta las 18 semanas en Suecia y en Italia hasta los 90 días. Por el contrario, en Portugal sólo llega a las 10 semanas.

Vencidos esos plazos, algunos países continúan permitiendo el aborto ante indicaciones específicas y dentro de nuevos plazos. Hasta el segundo trimestre, se admite cuando concurre la indicación de riesgo para la vida de la madre en Austria, Dinamarca, Eslovaquia, Francia, Hungría, Luxemburgo, Noruega, República Checa, Rumania, Suiza; ante el riesgo para la salud de la madre en Austria, Dinamarca, Francia, Luxemburgo, Noruega, Suiza; por malformación del feto en Austria, Dinamarca, Eslovaquia, Francia, Luxemburgo, Noruega, República Checa, Rumania; o a causa de una violación en Eslovaquia, Hungría, Luxemburgo, Noruega, República Checa. En la República Checa también se añaden las «razones médicas», en Hungría en caso de «grave situación de crisis» y en Austria se permite hasta el segundo trimestre cuando se trata de menores de 14 años. En Grecia se admite el aborto ante el supuesto de violación hasta la semana 20 y el de malformación del feto hasta la 24. En el Reino Unido existe una ley de indicaciones por la que es posible abortar hasta la semana 24 por riesgo para la salud física o mental de la madre o por problemas económicos y sociales. En países como Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia o Reino Unido no se ponen plazos límites para el aborto cuando hay riesgos de malformaciones en el feto. Tampoco cuando existe grave riesgo para la vida de la madre en Bélgica, Francia, Luxemburgo y Reino Unido y ante las «razones médicas» en Alemania.

del no nacido, al que nuestro Tribunal Constitucional no considera persona sino bien jurídicamente protegido³.

Entre el choque de absolutos que se produce al otorgar derechos dominantes al feto sobre los de la mujer, prohibiendo el aborto en cualquier circunstancia, o el que se produce al atribuir derechos absolutos de libre decisión de la mujer sobre su propio cuerpo en cualquier momento, la posición que en este Documento se propone es una posición gradualista, que tiene en cuenta las circunstancias fácticas y que argumenta desde la razonabilidad de lo que se propugna. Entendemos que, en una primera etapa, debe primar la decisión de la mujer sobre la potencialidad de una vida no viable y, estableciendo plazos, se debe dejar en manos de la mujer —que es aquí el único sujeto de derechos— la decisión, respetando su autonomía sin necesidad de controles de terceros —médicos, psiquiatras, familiares—. A partir de ahí, mientras mayor viabilidad adquiera el feto mayores medidas de protección merece.

El enfoque adoptado por este Grupo de Opinión parte de considerar que la discusión pública sobre el aborto no debe introducir criterios procedentes de concepciones religiosas, sobre el bien o la vida ideal, apropiadas para imponerse a uno mismo voluntariamente, pero no materia de corrección moral interpersonal que pueda imponerse a los demás. Ello significa que no es posible debatir, deliberar o dialogar sobre temas controvertidos en el campo de la bioética, como el aborto, si no se aceptan normativamente los valores de cientificidad, laicidad y pluralismo democrático. Desde esas razones públicas propias de un espacio democrático pluralista y tomando en consideración los conocimientos que nos proporciona el «estado de la ciencia» se justifica la despenalización del aborto en determinados supuestos. Es necesario resaltar que no existe un conflicto de derechos entre los de la mujer y los del embrión-feto. Simplemente, estos

³ Según el Tribunal Constitucional español, «el artículo 15 CE reconoce como Derecho fundamental el derecho de todos a la vida, del que son titulares los nacidos». Así se recoge en la STC 53/85 (en especial Fundamentos Jurídicos 4 y 7) de forma que el *nasciturus* se considera un «bien jurídico protegido» pero no goza de la titularidad del derecho a la vida, ni de la especial dignidad humana.

En este mismo sentido, se pronuncian las STC 212/86 (en especial Fundamentos Jurídicos 3 y 9) y 116/99 (en especial Fundamentos Jurídicos 3 y 4) que reiteran y perfilan esta doctrina indicando que no se requiere una ley orgánica para tratar cuestiones que se refieran a los embriones y fetos —como bienes jurídicamente protegidos— y que, en este contexto, las obligaciones del Estado estriban en abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación y establecer un sistema legal de defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que incluya como última garantía normas penales.

últimos no son titulares de derechos fundamentales. Por lo mismo, el Estado debe utilizar todos los recursos a su alcance para salvaguardar los derechos de la mujer.

Para aproximarse a la problemática del aborto existen distintas vías: o bien se hace hincapié en los hechos biológicos, que indican que el embrión es parte de un proceso evolutivo potencial, o bien se abordan las cuestiones desde un punto de vista que pudiéramos denominar metafísico-teológico, en el que lo que se discute es una cuestión de absolutos. Desde el punto de vista de las realidades científicas existe un alto nivel de acuerdo; por el contrario, desde la perspectiva filosófico-religiosa no existe acuerdo al intentar establecer verdades fundamentales sobre la naturaleza del embrión. Convendría añadir a estos planteamientos enfoques más idóneos, de carácter cultural y social, que se apoyen en la construcción de los valores morales y culturales y en su plasmación en normas. Así, el estatus del embrión debe establecer una protección progresiva, ya que éste sólo se convierte plenamente en un individuo cuando nace. Es entonces cuando se considera que existe una persona titular de derechos fundamentales. De esa manera se realiza una ponderación entre derechos en colisión (que no se consideran como absolutos) y una progresión en la protección (individuo, feto, embrión, e incluso embrión preimplantacional). Es ahí donde juega el Derecho como medio de tratar los conflictos y como sistema para fijar los acuerdos.

Desde un punto de vista biológico la vida únicamente se perpetúa y no tiene un inicio. Es por ello que hay que tomar en consideración la capacidad de desarrollar la vida de una forma individual y autónoma. La visión hoy mayoritariamente aceptada por los científicos es que la vida propiamente humana empieza alrededor de las 23 semanas de gestación, cuando se inician las conexiones sinápticas hacia la corteza cerebral y en el interior de ésta. Este fundamento neurológico resulta coherente con que tanto el inicio como el final de la vida humana dependan de la actividad de la corteza cerebral, es decir, del estado de conciencia. Además, en torno a las 22 semanas de gestación se suele considerar que existen posibilidades de vida para el feto fuera del útero; este criterio de viabilidad es variable y depende no sólo del estado de la técnica en cada momento sino también de la accesibilidad a la misma, que puede variar incluso por razones de geografía.

No menos importante es tener en cuenta la dimensión sociológica del problema y su trascendencia para la salud pública, ya que la posibilidad de acudir a

la interrupción voluntaria del embarazo de manera legal y segura tiene gran impacto en la salud y en la vida de las mujeres. La interrupción voluntaria del embarazo ha mostrado una tendencia al alza constante en España. Hay grupos más vulnerables que, precisamente por ello, necesitan mayor atención por parte de las directrices de política sanitaria. Se trata de las mujeres de menos de 20 años y de las que provienen de sectores desfavorecidos social y culturalmente. Por ello, la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo constituye un problema social, no sólo jurídico o sanitario. Es sabido que los países que tienen una política restrictiva al respecto tienen también índices muy altos de morbimortalidad materna. No se puede obviar la dimensión ética de este hecho ya que prohibir el aborto no evita su práctica sino que sólo consigue que se lleve a cabo en condiciones inseguras, lo cual daña gravemente a muchas mujeres.

Nuestra propuesta de reforma de la ley del aborto pretende que sus condiciones sean claras y accesibles en orden a garantizar la seguridad jurídica y a respetar la autonomía de las mujeres, permitiendo la interrupción voluntaria del embarazo si se cumplen los requisitos a exigir. La transparencia, también en este campo, constituye una exigencia democrática.

Conforme a la idea de que las propuestas jurídicas y bioéticas deben intentar resolver los conflictos existentes de una forma razonable y posibilista, en las Conclusiones de este Documento se propone un sistema de regulación mixto que conjuga los plazos con las indicaciones y que debe ir acompañado por políticas claras y decididas de educación sexual y reproductiva⁴. Las normas y los responsables de llevarlas a efecto, deben garantizar la realización de la prestación sanitaria correspondiente y, a la vez, la posibilidad de objetar en conciencia para el personal sanitario que así lo desee⁵.

⁴ Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (2002). <http://www.bioeticayderecho.ub.es/documentos>.

⁵ Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Objeción de conciencia en sanidad* (2007). <http://www.bioeticayderecho.ub.es/documentos>.

DECLARACIÓN

Teniendo en cuenta:

- que la interrupción legal del embarazo debe ser considerada como un acto sanitario más y como tal debe ser asumida por la sanidad pública
- que el aborto tiene una larga historia de prohibición que sólo consigue hacer su práctica insegura y peligrosa
- que esa inseguridad y riesgo recae en mayor medida sobre las mujeres en situación más desfavorecida, generando discriminación
- que penalizar el aborto acrecienta a su vez la discriminación entre hombres y mujeres
- que las consecuencias psicológicas y sociales de los abortos denegados pueden ser más serias que las asociadas a una interrupción voluntaria del embarazo
- que la seguridad jurídica exige claridad sobre los momentos y las circunstancias en que es posible la interrupción voluntaria del embarazo
- que la regulación acerca de la interrupción voluntaria del embarazo no es obligatoria sino opcional y, por lo tanto, respeta la libre decisión moral de las personas
- que el Estado no debe obligar a las mujeres a tener hijos no deseados y menos recurriendo al Derecho penal
- que la protección del feto debe ser gradual en función de su desarrollo pero dicha protección no debe anular los derechos de las mujeres
- que en el aborto subyace la complejidad de la sexualidad humana y sus aspectos personales, emocionales y relacionales
- que la Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social»
- que el Informe (núm. 11537, de 17 de marzo de 2008) elaborado por el *Comité para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres* del Consejo

de Europa, considera que el aborto debe ser una práctica accesible para las mujeres en todos los Estados miembros de este organismo

- que la educación sexual y reproductiva y el acceso a la anticoncepción no es una realidad que pueda considerarse generalizada ni siquiera en nuestra sociedad
- que las menores son personas en proceso de maduración y aprendizaje en el ejercicio de su sexualidad
- que de entre las diferentes técnicas para la interrupción voluntaria del embarazo deben potenciarse aquellas que sean menos agresivas física y psicológicamente, atendiendo a la edad gestacional y a la situación concreta de cada mujer

Este Grupo de Opinión ha llegado a las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

1. *La interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos legalmente reconocidos debe ser considerada y tratada como un acto sanitario más, cuya práctica debe ser asumida por la sanidad pública*
2. *Debe modificarse la actual regulación de la interrupción voluntaria del embarazo promulgando una normativa específica en los siguientes términos:*
 - A) *Durante las 14 primeras semanas de gestación, la decisión de interrumpir el embarazo corresponde libremente a la mujer*
 - B) *No se establecerá ningún plazo para la interrupción del embarazo en los supuestos de:*
 - a. *peligro grave para la salud física o psíquica y para la vida de la mujer*
 - b. *detección de graves malformaciones del feto o de enfermedades maternas que implican una alta probabilidad de graves secuelas para el feto.*
 - C) *Entre las 14 y las 22 semanas de gestación, se podrá practicar la interrupción del embarazo atendiendo a las circunstancias socioeconómicas desfavorables de la gestante*

En los casos B) y C), la proporcionalidad de la decisión —«estado de necesidad específico»— deberá ser apreciada por una comisión externa de valoración y control. Esta comisión debe ser plural, multidisciplinar e independiente de las personas implicadas en la interrupción del embarazo y del centro en que se practique. Además, deberá pronunciarse en un plazo máximo de quince días naturales, pasado el cual se entenderá que autoriza la interrupción del embarazo.

- D) *La indicación que en la actual legislación permite la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación, debe substituirse por una norma/protocolo que prescriba a toda mujer denunciante la administración de la anticoncepción de emergencia, si así lo desea.*

Naturalmente, si el plazo de actuación de dicho fármaco hubiere transcurrido en el momento de efectuar la denuncia, la mujer podrá tomar libremente la decisión que considere oportuna antes de las 14 semanas

que se establecen en el punto A) quedando subsumida así la llamada «indicación ética» en el sistema de «plazos».

3. *El cambio normativo debe ir acompañado de una rigurosa política de educación sexual y reproductiva, que deberá ser transversal y permanente, incluyendo medidas activas que proporcionen acceso real a los métodos anticonceptivos y a la interrupción del embarazo, atendiendo particularmente a los grupos de especial vulnerabilidad.*

Es especialmente necesario que la salud sexual y reproductiva no se aborde solamente desde un punto de vista sanitario, actuando cuando ya los riesgos están presentes, sino que hay que poner especial énfasis en desarrollar un plan de educación para la salud de forma transversal, con un programa escalonado, continuo e integral sobre la sexualidad ya desde la infancia, que vaya mas allá de la explicación de los meros mecanismos biológicos y que tenga en cuenta, además, las infecciones de transmisión sexual⁶.

4. *En el caso de mujeres menores de edad, en tanto que presentan especiales riesgos, es necesario que:*

- a) *se admita la validez del consentimiento de las adolescentes que poseen capacidad para comprender aquello que deciden en la prescripción de anticonceptivos*
- b) *se adopten las medidas pertinentes para que su acceso a los diferentes medios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, sea real*
- c) *en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, hay que admitir la validez del consentimiento de las menores que poseen capacidad para comprender aquello que deciden y sus consecuencias.*

La ley deberá arbitrar las medidas necesarias para asegurar la validez del consentimiento prestado por las menores entre 16 y 18 años, dado que la legislación sanitaria vigente, establece que a partir de los 16 años los menores pueden prestar el consentimiento personalmente sin necesidad de acudir al de sus representantes legales⁷.

⁶ Véase el Documento del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (2002) anteriormente citado.

⁷ — Llei 21/2000, de 29 de desembre, del Parlament de Catalunya, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
— 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.

Entre los 12 y 16 años, la menor podrá adoptar una decisión por sí misma si tiene suficiente madurez para entender el alcance de la intervención sobre su salud aunque deberán ser oídos los padres o representantes legales. En el supuesto de que surgiera un conflicto, debe potenciarse la adecuada mediación a cargo de expertos, o de una comisión externa, que hagan de intermediarios entre padres y adolescentes, a fin de que la decisión que se tome goce del máximo consenso entre la menor y sus padres o responsables legales, atendiendo siempre al superior interés de la menor.

5. *La objeción de conciencia del personal sanitario tiene como límite la posibilidad de prestación del servicio:*

La objeción de conciencia tiene límites y su ejercicio debe cumplir determinados requisitos. El límite esencial es que nunca el ejercicio de la objeción de conciencia por un profesional sanitario puede suponer perjuicio para el paciente, por lo que sólo podrá admitirse cuando no limite la atención sanitaria obligatoria.

El ejercicio de la objeción de conciencia, que deriva del derecho a la libertad ideológica, es una posibilidad individual a la que no pueden acogerse las instituciones (centros de salud, hospitales...) Es de resaltar que —como ha declarado el Tribunal Constitucional⁸— los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como derecho a ponderar frente a derechos constitucionalmente tutelados. Los centros sanitarios que cuenten con financiación pública y ofrezcan atención ginecológica están obligados, en todo caso, a prescribir y proporcionar los servicios y prestaciones reconocidos por el sistema de salud⁹.

⁸ STC 106/1996.

⁹ Véase el Documento del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Objeció de consciència en sanidad* (2007) anteriormente citado.

DOCUMENT ON VOLUNTARY INTERRUPTION OF PREGNANCY

Prepared by the Opinion Group of
the *Observatori de Bioètica i Dret*
(Bioethics and Law Observatory)
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, April 2008

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldri Reixac, 4. Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.es
www.bioethicsandlaw.es

INTRODUCTION

The Observatori de Bioètica i Dret, based in the Barcelona Science Park, was formed in response to the need of analysing, from a scientific and multidisciplinary point of view, the ethical, social and legal implications of biotechnology and biomedical problems.

The Observatori de Bioètica i Dret Opinion Group was formed in 1996 in order to bridge the gap between universities and society to convey scientific and technological knowledge and provide the necessary arguments to take part in a truly informed public debate. In sum, this involves allowing people's opinions to be heard before administrative and political agencies which regulate and control research activities and applications of new technologies. In this exchange it is necessary to involve the media, not only to improve the quality of information but also due to their power to create public opinion.

On this occasion the Group presents a Declaration of Opinion with the intention of intervening in the debate concerning voluntary interruption of pregnancy with the understanding that both bioethics and law must be involved in solving disputes and providing real solutions. With this in mind this Declaration puts forward a number of regulatory measures which put a stop to the current situation of legal insecurity derived from the distorted application which is made in the current obsolete laws.

Abortion is a real public health problem so both ethics and law must deal with presenting guidelines on conduct which can be followed by most citizens, respects minorities and always bears in mind the framework and principles of Human Rights.

This theme, as usually occurs with most problems challenging or brought about by bioethics, a profound debate involving people from many sectors is required which covers ethical-philosophical, anthropological, legal, economic and social health factors along with strong scientific and technical support from the sectors involved in the fields where this debate takes place.

To prepare this Declaration the Group has been co-ordinated by Drs. María Casado, Mirentxu Corcoy, Rosa Ros and Albert Royes and has received contributions from multidisciplinary areas by specialists listed at the end of this declaration.

PREAMBLE

Abortion was legalised in the Criminal Act for three possible situations¹: pregnancy caused by rape —when reported previously—, foetal malformation and serious danger for the mother's life or health, providing it is carried out with the patient's consent and all the established requisites are met. The need to reform the regulation has raised an old controversy, has received widespread coverage in the media and this has highlighted the conflicting values and rights which require urgent attention by public authorities to provide solutions for material justice combined with legal guarantees.

The current legislation on voluntary interruption of pregnancy was passed towards the end of the period of political transition and seemed then to be the only one possible. The introduction of a system of guidelines for voluntary interruption of pregnancy also implied some progress. However, it is now obsolete. Throughout the Act's existence reform has been considered so

¹ Criminal Code 1995, in the only repealed Regulation 1.a), maintains article 417 bis included in Organic Law 9/1985 whereby abortion was legalised for cases described below. It is important to highlight that it is the only fundamental rule that was not amended in the new Criminal Code.

Article 417 bis:

1. Abortion carried out by a physician or under his supervision in a public or private legally recognised accredited establishment or health centre will not be regarded as a crime with the specific consent of the pregnant woman when any of the following circumstances arise:
 1. When it is necessary to avoid serious danger for the life or physical or mental health of the woman and this is accompanied by a report issued prior to the operation by a physician in the specialised field, different from the one who carries out or supervises the abortion.
In cases or emergency due to risk of life for the pregnant woman, the report and specific consent may be overlooked.
 2. When the pregnancy is the consequence of a crime violating article 429, as long as the abortion is carried out within the first twelve weeks of pregnancy and this act has been reported.
 3. When it is foreseen that the foetus would be born with serious physical or mental defects, providing the abortion is carried out within the first twenty-two weeks of pregnancy and the report, issued prior to the abortion is issued by two specialists from the public or private legally recognised accredited health centre or establishment, and different from the one carrying out or supervising the abortion.
2. In cases concerning the above, the pregnant woman's acts will not be considered a crime when the abortion is not carried out in a public or private legally recognised accredited health centre or establishment or no legal report has been issued.

necessary that governments —despite absolute majorities— neither abolished or restricted it or even attempted to limit the loose interpretation applied to it. However, under no circumstance have these governments carried out the necessary reforms to the law to adapt the rules to the present needs of society which mean unnecessarily restricting it, leaving it devoid of content. And here we stand. Nothing prevents each and every case of alleged legal abortions from being investigated in detail as is presently the case.

The present dispute stems from the extensive and widely accepted interpretation made concerning abortions due to therapeutic reasons in cases where the future mother is suffering psychologically, and in fact this is used in such a way that it includes —against the provisions of the abortion Act— social economic reasons. In addition, one must bear in mind that for therapeutic reasons there are no set periods so, in principle, abortion can be carried out during the whole period of pregnancy. The latter, despite covering obvious social needs and problems worthy of protection, creates a situation of legal uncertainty which has already been repeatedly highlighted. It is always a negative symptom when the way regulations are dealt with goes against general practices, above all when these lie in the sphere of criminal justice and even means bordering on material justice solutions. What is required of the legislator is for him to take on the problem and provide a reasonable answer.

Abortion has had a long history of prohibition and practice. Suppressing it has not led to avoiding it but simply turning it into something highly unsafe for a woman's health and life. Accepting this risk is clearly discriminatory which not only affects women and men but discrimination arises among women themselves since obviously, situations of poverty and lack of education and access to safe abortions vary greatly depending on the cultural and economic status of the woman. That is why the law must strive to guarantee condition of equality and offer all women the same opportunities.

The first consideration to be made is that in all legal systems abortion without the pregnant woman's consent must be a crime to respect her autonomy. Secondly, at no time in history has abortion ever been considered homicide or murder. Nor is it considered equal on a social level and the loss of a foetus is not equal to the death of a person. The third fundamental reason is that an abortion law must go hand in hand with sexual health and reproduction education and good policies which will make access to information and con-

traceptive methods easy and will encourage responsibility in sexuality so that abortion will never have to be the first option.

In comparative law, voluntary interruption of pregnancy is regulated by laws that include guidelines of cases where abortion is legal, either through a law which sets periods for carrying out the abortion with no other requirements than the woman's consent or through a mixed system which observes a system of time periods during the first weeks of pregnancy and then guidelines come into play and even prohibition². The system of set periods is the only one that does not transfer the decision to a third party, i.e., it is the one that most takes into account the woman's freedom. When deciding on one legal technique or another, different valuations of the dispute arise between women's effective rights and potential rights of the unborn baby, which the Spanish Constitutional Court does not regard as a person but a legally protected object³.

² Abortion has been legalised in most EU countries.

Germany, Austria, Belgium, Bulgaria, Denmark, Slovakia, Estonia, France, Greece, Hungary, Latvia, Lithuania, Norway, Czech Republic, Rumania or Switzerland have a law which includes periods of up to 12 weeks of pregnancy. This period can be extended up to 24 weeks in the Netherlands, up to 18 weeks in Sweden and in Italy up to 90 days. But in Portugal it only covers the first 10 weeks.

Following these periods, some countries still allow abortions under specific circumstances and within new periods. It is accepted up to the second three-month period when there is a sign of risk for the mother's life in Austria, Denmark, Slovakia, France, Hungary, Luxemburg, Norway, Czech Republic, Romania, Switzerland; when there is a health risk of the mother in Austria, Denmark, France, Luxemburg, Norway, Switzerland; due to foetus malformation in Austria, Denmark, Slovakia, France, Luxemburg, Norway, Czech Republic, Romania; or when due to rape, Slovakia, Hungary, Luxemburg, Norway, Czech Republic. In Czech Republic «medical reasons» are also added, in Hungary in cases of «serious situations of crisis» and in Austria abortion is allowed in the second three month period when patients are under 14. In Greece abortion is allowed in cases of rape up to week twenty and in cases of foetal malformation up to week 24. In the UK there is a guideline law whereby abortion is allowed up to week 24 for risks involving physical or mental health of the mother or for economic and social problems.

In countries such as Austria, Belgium, Denmark, France or the UK there are no time limits of abortion when there are risks of foetus malformation. Nor do they exist when there is a serious risk to the mother's life in Belgium, France, Luxemburg and UK and due to «medical reasons» in Germany.

³ According to the Spanish Constitutional Court, «article 15 SC recognises life as a fundamental right for all, and those born are holders of such right». This is included in STC 53/85 (Especially Legal Basis 4 and 7) in such a way that the *nasciturus* is regarded as a «legally protected object» but is not entitled to the right to life nor special human dignity.

Between problems of extreme cases that arise when more rights are given to the foetus than women, abortion is prohibited in all circumstances or absolute rights are given to a woman's free choice over her body at all times, this Declaration proposes a gradualist approach which bears in mind the factual circumstances and arguments based on reasoning what we advocate. At the beginning of pregnancy it is understood that the woman's decision predominates the odds of life at the embryo stage and by establishing set time periods this is left up to the person with rights —the woman— her decision, by respecting her independence and with no need for controls by third parties —doctors, psychologists or relatives—. From then on, it is considered that the higher the foetus' odds of life grow the greater degree of protection it deserves.

This Opinion Group's approach starts by considering the public debate on abortion should not include criteria based on religious conceptions, on whether it is right or wrong or ideal life appropriated for imposing them on oneself voluntarily but not a subject of interpersonal moral correction which can be imposed on others. This means it is not possible to debate, deliberate on or discuss controversial subjects in the field of bioethics, such as abortion, if one fails to accept the rules of the values of science and secular and pluralist democracy. Due to these public reasons which belong to a pluralist democratic sphere and taking into account the knowledge which the »condition of science« provides us with, legalization of abortion is justified in certain cases. It is necessary to highlight that there is no dispute between the rights of the mother and those of the embryo-foetus. It is simply that the latter does not hold fundamental rights. Therefore the State must use all the resources it has to safeguard women's rights.

Several ways can be used to approach the subject of abortion: either emphasising the biological facts, which show that the embryo is part of a potential process of evolution, or to approach the subject from what could be called a metaphysical-theological viewpoint where a question of absolutes is discussed. From the viewpoint of scientific facts there is a high degree of agreement; however from a philosophical-religious viewpoint there is no agreement since they

Thus, STC 212/86 declared (especially Legal Basis 3 and 9) and 116/99 (especially Legal Basis 3 and 4) which repeat and detail this doctrine indicating that no organic law is required to deal with issues referring to embryos and foetuses —as legally protected objects— and in this context the State's obligations stem from not interrupting or hindering the natural process of pregnancy and establish a legal system of defending life which implies effectively protecting it and which includes as a last guarantee criminal regulations.

attempt to establish fundamental truths on the nature of embryos. It is worth adding more adequate cultural and social approaches to these ideas which are based on building moral and cultural values and regulating them by rules. So, the embryo must be protected in different stages since it only truly becomes an individual when it is born. It is then that it fully becomes a person and holds fundamental rights. This is how deliberation is made between rights that clash (which are not regarded as absolute) and progressive protection (individual, foetus, embryo and even pre-implanted embryos). It is here where Law comes into play as a means to deal with disputes and as a system to reach agreements.

From a biological viewpoint life is simply perpetuated and has no beginning. That is why we have to take into account the capability of developing life individually and autonomously. The most widely held scientific view is that human life proper begins at around 23 weeks of pregnancy when the synaptic links begin to grow towards the cerebral cortex and inside this. This neurological basis is coherent with both the beginning and the end of human life depends on the activity of the cortex, i.e. the state of consciousness. In addition, at around 22 weeks of pregnancy life is usually considered possible for the foetus outside the uterus; this criterion of viability is variable and depends not only on the conditions of techniques at each stage but also access to this, which can also vary according to geographical areas.

By contrast, it is worth bearing in mind the sociological dimension of the problem and its importance for public health since the possibility of resorting to safe and legal voluntary interruption of pregnancy has a great impact on the health and lives of women. There has been a constant rise in voluntary interruption of pregnancy in Spain. Some groups are more vulnerable who, precisely due to this, need greater protection in public health guidelines. These are women under 20 years of age and foreign women and those who are socially and culturally underprivileged. That is why regulating the voluntary interruption of pregnancy is a social problem, not just a legal or health matter. It is well known that countries with restrictive policies on this matter also have extremely high rates of mortality in mothers during childbirth. One cannot ignore the ethical importance of this fact since by prohibiting abortion one does not get rid of it but only that it leads to abortion being carried out in dangerous conditions, which seriously affect many women.

Our proposal to reform the abortion law aims to make the regulations clear and accessible to guarantee legal security and respect women's autonomy, allowing

voluntary interruption of pregnancy if the all requirements are complied with. Also transparency is a democratic right in this field.

In accordance with the idea that legal and bioethical techniques must attempt to solve the existing disputes in a reasonably possible way, a mixed system of regulations has been put forward in the Considerations below which combines periods with facts and this must go hand in hand with clear determined policies on sexual and reproduction education⁴. The regulation and those in charge of carrying them out must guarantee the fulfilment of adequate healthcare and also the possibility for healthcare staff against abortion to conscientiously object⁵.

⁴ Opinion Group of the *Observatori de Bioètica i Dret* on *Conscientious Objection in healthcare* (2007). <http://www.bioethicsandlaw.es/documents>.

⁵ Opinion Group of the *Observatori de Bioètica i Dret* on *Sexual and reproductive health in adolescence* (2002). <http://www.bioethicsandlaw.es/documents>

DECLARATION

REASONS FOR THE DECLARATION

Given that:

- Legally interrupting pregnancies must be considered as health acts and as such must be covered by the public health service
- Abortion has had a long history of prohibition which has only led to making it unsafe and dangerous
- These dangers and risks mostly affect women in more underprivileged conditions creating discrimination
- Criminalising abortion produces discrimination between men and women
- The psychological and social consequences of rejected abortions may be more serious than those associated with voluntary interruption of pregnancy
- Legal guarantees require more clarity as to when and the circumstance in which voluntary interruption of pregnancy is possible
- Regulations concerning voluntary interruption of pregnancy are not compulsory but optional and therefore respect the free moral decision of individuals
- The State must not compel women to have unwanted babies and much less resort to criminal justice
- Protection for the foetus must grow in stages according to its chances of life while not cancelling women's rights
- The complexity of human sexuality and its personal, emotional and relational aspects underlie abortions
- The World Health Organisation defines health as «a state of complete physical, mental and social wellbeing»
- The Report (No 11537 dated 17 March 2008) prepared by the Committee for Equal Opportunities between Men and Women in the Council of Europe

considers that abortion should be an accessible operation for women in all Member States of this organisation

- Sexual and reproductive health education and access to contraceptives is not a reality and cannot be regarded as generalised, not even in our society
- Minors are people in the process of maturing and learning about their sexuality
- Among the different techniques for voluntary interruption of pregnancy must be promoted those that are less physically and psychologically aggressive bearing in mind the period of the pregnancy and the situation of each woman

This Group has reached the following conclusions:

CONCLUSIONS

1. *Interrupting pregnancies in legally recognised cases must be considered as dealt with as any other health treatment, so the public health sector must cover and control it.*
2. *The current legislation on voluntary interruption of pregnancy should be modified by passing a specific law which states:*
 - A) *In the first 14 weeks of pregnancy the decision to interrupt the pregnancy is the woman's free choice*
 - B) *No time limit will be established for abortions when:*
 - a. *Serious hazards to the mother's mental and physical health and her life*
 - b. *Serious malformation of the foetus has been detected or an illness of the mother which could lead to a high degree of possible serious consequences for the foetus*
 - C) *Between 14 and 22 weeks of pregnancy this may be interrupted taking into account the unfavourable social economic circumstances of the woman.*

In cases B) and C) the proportionality of the decision —«state of specific need»— must be appraised by an external assessment and control committee. This committee must be plural, multi-disciplinary and independent from those involved in voluntary interruption of the pregnancy and the centre where it is carried out. In addition it must pass a resolution in a maximum period of 15 days, after which it will be understood that it allows the pregnancy to be interrupted.

- D) *The rule which presently allows voluntary interruption of pregnancy in cases of rape must be substituted by a rule/protocol which prescribes the use of the morning after pill for all women reporting this to the authorities, if they so desire.*

Of course, if the period for this drug goes over the limit after making the police report, the woman may freely decide as she thinks best within the 14 weeks set in point A) thus she is subjected to the so-called «ethical rule» within the «time period» system.

3. *This change in regulations must go hand in hand with a strict campaign on sexual and reproductive health education, which must be comprehensive and permanent and be accompanied by an active policy which provides real access to contraceptive methods and interruption of pregnancy, paying particular attention to groups that are especially vulnerable..*

It is particularly necessary that sexual health and reproduction is not only approached from a health viewpoint which comes into effect when the risks are already present, but special emphasis must be placed on developing a comprehensive health education, with a gradual, continuous and wide ranging programme on sexuality in schools which goes beyond explaining mere biological mechanisms and which also mentions sexually transmitted diseases⁶.

4. *In the case of women who are minors, since they present special risks it is necessary to:*

- a) *accept adolescents' validity of consent for those who understand what they decide in prescribing contraceptives*
- b) *ensure measures are taken to allow them to use different methods of contraception, even the morning after pill*
- c) *in legal cases of voluntary interruption of pregnancy, adolescents' consent must be recognised for minors who have the capacity to understand what they decide and the consequences.*

The law must weigh up the necessary measures to ensure the validity of consent given for minors between 16 and 18 years old, given that current health legislation on matters of information and consent establishes that after the age of sixteen minors can give their personal consent without having to get the consent of their legal guardians⁷.

Between 12 and 16 years of age the minor may take her own decision if she is mature enough to understand the implications of the abortion for her health but her parents or guardians must also be heard. In the event of a dispute, the assessment must be left to experts, or an external committee which mediate between the parents and young persons so that the decision made will have the highest consensus between the minor and

⁶ See the aforementioned Declaration by the *Observatori de Bioètica i Dret* on *Sexual and Reproduction Health in adolescence* (2002).

⁷ Act 21/2000, 29 December, Parliament of Catalonia, on rights to information concerning the patient's health and autonomy, and clinical documentation.

her parents or guardians, always bearing in mind the greater interest of the minor.

5. *The healthcare worker's conscientious objection is limited to the possibility of providing the service:*

Conscientious objection is a limited right and when resorting to this certain requirements must be complied with. The basic limit is that conscientious objection made by a healthcare worker must never put a patient's health in jeopardy, so it must only be allowed when it does not affect compulsory healthcare.

Since conscientious objection is based on ideological freedom, it is an individual right that cannot be used by institutions —health centres, hospitals...—. It must be highlighted that —as the Constitutional Court upheld⁸, health centres may not invoke their own ideas as a right to be considered when comparing constitutionally established rights. Health centres are, in all cases, compelled to prescribe and provide all services and benefits acknowledged by the health system⁹.

⁸ STC 106/1996.

⁹ See the aforementioned Declaration by the *Observatori de Bioètica i Dret* on *Conscientious Objection in Healthcare* (2007).

**RELACIÓ DE MEMBRES DEL GRUP D'OPINIÓ
DE L'OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET
QUE HAN ELABORAT AQUEST DOCUMENT**

María Casado

Directora de *l'Observatori de Bioètica i Dret* i del Màster en Bioètica i Dret, Professora Titular de Filosofia del Dret, Moral i Política i Titular de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona

Mirentxu Corcoy

Catedràtica de Dret Penal, Cap d'Estudis de l'Ensenyament de Criminologia i Política Criminal i de l'Ensenyament d'Investigació Privada, Universitat de Barcelona

Rosa Ros Rahola

Metgessa. Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears. Presidenta de la Societat Catalana de Contracepció, Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears

Albert Royes

Catedràtic de Filosofia. Secretari del Comitè de Bioètica de la Universitat de Barcelona. Secretari de l'Associació de Bioètica i Dret

Pilar Antón

Professora Titular de Legislació i Ètica Professional i Cap d'Estudis de l'Escola Universitària d'Infermeria, Universitat de Barcelona. Secretària de *l'Observatori de Bioètica i Dret*

Manuel Atienza

Catedràtic de Filosofia del Dret, Universitat d'Alacant

Àngels Avecilla

Ginecòloga. Badalona Serveis Assistencials. Vicepresidenta de la Societat Catalana de Contracepció de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

Anna Badia

Catedràtica de Dret Internacional Públic, Universitat de Barcelona

Lydia Buisan

Metgessa. Cap de l'Àrea d'Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor, Hospital General de l'Hospitalet

Montse Busquets

Professora Titular de Legislació i Ètica Professional, Universitat de Barcelona

Maria Jesús Buxó

Catedràtica d'Antropologia, Universitat de Barcelona

Lluís Cabré

Metge. Cap de la Unitat de Cures Intensives, Hospital de Barcelona. President de l'Associació de Bioètica i Dret

Isabel Ferré

Metgessa de Medicina Preventiva i Salut Pública. Secretària de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Contracepció

Ricardo García Manrique

Professor Titular de Filosofia del Dret, Universitat de Barcelona

Carmelo Gómez

Professor Titular de Filosofia del Dret, Universitat de Barcelona

Roser González Duarte

Catedràtica de Genètica, Universitat de Barcelona

Eleonora Lamm

Llicenciada en Dret. Màster en Dret de Família per la Universitat de Barcelona. Becària de Col·laboració de l'Observatori de Bioètica i Dret

Itziar Lecuona

Llicenciada en Dret i Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Investigadora de l'Observatori de Bioètica i Dret

Silvia López

Psicòloga Clínica. Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, IMAS-ICS, Barcelona

Javier de Lucas

Catedràtic de Filosofia del Dret i Professor de l'Institut de Drets Humans de la Universitat de València

Florencia Luna

Investigadora independent del CONICET. Docent de la Universitat de Buenos Aires. Coordinadora de l'Àrea de Bioètica de FLACSO, Argentina

Rosina Malagrida

Responsable de Comunicació i Difusió de la Ciència del Parc Científic de Barcelona

Eduardo Mariño

Catedràtic de Farmàcia Galènica i Cap de la Unitat de Farmàcia Clínica i Farmacoteràpia, Universitat de Barcelona

Joaquim Martínez-Montauti

Metge. Coordinador del Servei de Medicina Interna i President del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital de Barcelona

Hildegard Mausbach

Metgessa i Màster en Salut Pública. Vocal de la Junta de la Societat Catalana de Contracepció de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Responsable de la «Consulta Jove» del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Mataró

Joan Monés

Professor Titular de Medicina i Bioètica, Universitat Autònoma de Barcelona. Membre de la Comissió Deontològica del Col·legi de Metges de Barcelona. Gastroenteròleg, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Maria Jesús Montoro

Catedràtica de Dret Administratiu, Universitat de Barcelona

Mónica Navarro

Professora de Dret Civil, Universitat de Barcelona

Teresa Plana

Llicenciada en Dret, Universitat de Barcelona. Màster en Dret Internacional. McGill University, Montreal, Quebec, Canadà. Especialista en conflictes de drets humans

Flora de Pablo

Professora d'Investigació, Centro de Investigaciones Biológicas, CSIC, Madrid

Jaime Peris

Catedràtic de Dret Penal, Universitat de Múrcia

Frederic Raspall

Metge, Cap del Servei de Neonatologia i Pediatria, Hospital de Barcelona

Coral Rodríguez Fouz

Llicenciada en Medicina. *Associació de Bioètica i Dret*

Javier Sádaba

Catedràtic d'Ètica, Universitat Autònoma de Madrid

Jordi Sáez

Metge ginecòleg. Hospital de Terrassa

Ana Sánchez Urrutia

Professora Titular de Dret Constitucional, Universitat de Barcelona. Membre del Comitè d'Ètica en Investigació Clínica de l'Hospital Clínic de Barcelona

Josep Santaló

Professor Titular de Biologia Cel·lular, Universitat Autònoma de Barcelona

Graciela Sarrible

Professora Titular de Sociologia, Universitat de Barcelona

Charles Susanne

Catedràtic d'Antropologia i Genètica Humana, Universitat Lliure de Brussel·les

Ricardo Tapia

Vicepresident del Colegio de Bioètica, A.C. Investigador emèrit. Institut de Fisiologia Cel·lular, Universitat Nacional Autònoma, Mèxic

Josep Terés

Doctor en Medicina. Membre del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic i de la Comissió Deontològica del Col·legi de Metges de Barcelona

Rodolfo Vázquez

Professor de Teoria i Filosofia del Dret, Institut Tecnològic Autònom de Mèxic. Membre fundador del Colegio Bioética A.C.

Anna Veiga

Biòloga. Directora Científica del Servei de Medicina de la Reproducció de l'Institut Universitari Dexeus. Directora del Banc de Línies Cel·lulars del Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona

Carmina Virgili

Catedràtica de Geologia, Universitat Complutense de Madrid

Documents publicats pel Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret

- Nanotecnologia i Bioètica Global, 2010
- Repercussió i impacte normatiu dels documents de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre les voluntats anticipades i sobre l'eutanàsia, 2009
- Document sobre la limitació de l'esforç terapèutic a les unitats de neonatologia, 2009
- Document sobre la interrupció voluntària de l'embaràs, 2008
- Reedició i anàlisi de l'impacte normatiu dels documents de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre reproducció assistida, 2008
- Document sobre l'objecció de consciència en sanitat, 2007
- Document sobre proves genètiques de filiació, 2006
- Document sobre el rebuig dels Testimonis de Jehovà a les transfusions de sang, 2005
- Document sobre dones i ciència, 2004
- Document sobre la disposició de la pròpia vida en determinats supòsits: declaració sobre l'eutanàsia, 2003
- Document sobre selecció del sexe, 2003
- Document sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència, 2002
- Document sobre congelació d'òcits per a la reproducció humana, 2002
- Document sobre cèl·lules mare embrionàries, 2001
- Document sobre les voluntats anticipades, 2001
- Document sobre donació d'òcits, 2001
- Document sobre investigació amb embrions, 2000

Disponibles a: www.bioeticaidret.cat/documents
www.bioeticayderecho.ub.es/documentos
www.bioethicsandlaw.es/documents