



**ANTEPROYECTO
DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA
DEL CONCEBIDO Y DE LOS DERECHOS DE LA MUJER
EMBARAZADA**

Informe del Área de Medicina
de Profesionales por la Ética

10 de febrero de 2014

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. ¿POR QUÉ ES NECESARIO UN CAMBIO DE LEY? LOS 10 CONSENSOS EXISTENTES SOBRE EL ABORTO	4
2. VALORACIÓN DE LA ACTUAL LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EXPERIENCIA SOBRE EL ABORTO EN ESPAÑA	6
3. ANÁLISIS DEL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA DEL CONCEBIDO Y DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA	10
4. PROPUESTAS DE MEJORA DEL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA DEL CONCEBIDO Y DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA	16
ANEXO 1: DESARROLLO EFECTIVO DE UNIDADES DE AYUDA, ATENCIÓN Y ASESORAMIENTO	19

INTRODUCCIÓN

El pasado 20 de diciembre de 2013 el Consejo de Ministros aprobó el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada que conllevaría la derogación de la actual Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo.

El Gobierno presidido por Mariano Rajoy, al contar con mayoría suficiente en ambas cámaras, podría haber aprobado una ley que aboliera el aborto en España o suprimir la financiación pública de esta práctica. Lamentablemente, no ha adoptado estas medidas; en su lugar, ha presentado un Anteproyecto que despenaliza el aborto en determinados supuestos.

No obstante, hay que reconocer que esta iniciativa puede suponer una mejora frente a la situación actual, y un primer paso hacia la meta de una verdadera y completa protección de la vida humana en todas sus etapas. Para que el Anteproyecto tienda hacia este objetivo, es preciso:

1. Corregir algunas ambigüedades del texto aprobado el 20 de diciembre por el Consejo de Ministros.
2. Desarrollar medidas de ayuda efectiva a las mujeres que se encuentran en riesgo de aborto.

En caso contrario, existe el riesgo de que la reforma anunciada por el Gobierno del Partido Popular acabe siendo un maquillaje de la legislación actualmente vigente, o una mera vuelta a la ley de 1985, cuya aplicación permitió la práctica de cientos de miles de abortos.

Para contribuir al debate social sobre las posturas existentes respecto a la cuestión del aborto y poder presentar propuestas de modificación del Anteproyecto que sirvan para hacer frente a este grave problema, el Área de Medicina presenta un Informe con el siguiente contenido:

1. **¿Por qué es necesario un cambio de ley?** En este apartado sintetizamos las cuestiones en las que existe un amplio acuerdo sobre el aborto.
2. **Valoración de la actual legislación sobre el aborto.** Se ofrece una reflexión sobre la experiencia que ha supuesto el aborto y su regulación en España desde 1985 y la síntesis de cuál debe ser el papel del Estado en relación al aborto, lo que constituye el punto central de la deliberación legislativa.
3. **Análisis del Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada.** Este apartado incluye una serie de propuestas de mejora.

1. ¿POR QUÉ ES NECESARIO UN CAMBIO DE LEY? LOS 10 CONSENSOS EXISTENTES SOBRE EL ABORTO

1. **La valoración como dato negativo del progresivo incremento de la cifra de abortos** (según los informes anuales del Ministerio de Sanidad). Hay acuerdo, por tanto, en conseguir *una tendencia decreciente en el número de abortos*.
2. **La evidencia científica de que el aborto es un procedimiento traumático, con repercusiones psicológicas y orgánicas**, confirmada con rigurosos estudios, e incluso, metaanálisis¹, de gran consistencia metodológica. El 65% de las mujeres refieren síntomas de síndrome de estrés postraumático atribuible al aborto².
3. **El dato biológico, objetivable, de que el inicio de la vida humana como proceso continuo, sin saltos o interrupciones, tiene lugar desde el momento de la fecundación**. A partir de la fecundación se inicia no solo la *proliferación* celular sino también la *diferenciación* celular de un organismo único, irrepetible y autoconformante. Ya el primer día de vida, el cigoto, en la primera división, dará lugar a un embrión constituido inicialmente por dos células diferenciadas con un destino distinto (separados según el eje dorsoventral, eje trazado por el punto en el que el espermatozoide alcanza al óvulo, primer indicio de la forma corporal) constituyendo un cuerpo humano incipiente en crecimiento y maduración³.
4. **El reconocimiento en el último Código de Deontología Médica de 2010, de que el ser humano es un fin en sí mismo en todas las fases del ciclo biológico, desde la concepción hasta la muerte** (art. 51.1).
5. **Las recomendaciones de organismos como la OMS, la ONU y el Parlamento Europeo**. Sobre la necesidad de establecer políticas para reducir el número de personas que recurren al aborto⁴.
6. **La jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que se orienta a la protección del no nacido**, al que considera *un bien jurídico protegido*⁵.

¹ P.K.Coleman *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009*. British journal of Psychiatry 199: 180-186. (2011)

² VM Rue et. al., "Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women," Medical Science Monitor 10(10): SR5-16, 2004.

³ Natalia López Moratalla, catedrática de Bioquímica y Biología Molecular. "El embrión humano. Las primeras 24 horas" 2011 <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4844/935/>

⁴ Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva 2008. http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_spa.pdf y <http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/30/la-oms-sobre-la-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>

⁵ Tribunal Constitucional, en su Sentencia 53/1985, FJ5.

7. **La información debida la embarazada, sobre la que el Consejo de Estado en su informe sobre la Ley 2/2010, defendió específicamente que *ha de orientarse a la protección de la maternidad y no al fomento de la interrupción del embarazo.***
8. **El 93% de los abortos de España se practican en centros privados** (según datos del Ministerio de Sanidad). En una comunidad autónoma no se practica el aborto en ningún centro. Este dato implica que no ha sido necesario utilizar los centros públicos para realizar abortos y que ha habido acuerdo en respetar la negativa de los profesionales a realizarlos.
9. **Solo un 6% de los abortos en España se realizan en centros públicos**, dato que constituye *una medición objetiva del rechazo general de los médicos a colaborar en el proceso del aborto*, posición que es respetada.
10. **España se ha consolidado como el tercer país con mayor número de abortos de la Unión Europea detrás de Francia y Reino Unido.** Tras Grecia, que con Italia lidera el *ranking*, España tiene la medalla de bronce en la caída de la natalidad. Finalmente, España es el país –seguida de Italia, Portugal y Grecia– que menos ayudas presta a la familia.

2. VALORACIÓN DE LA ACTUAL LEGISLACIÓN SOBRE EL ABORTO EXPERIENCIA SOBRE EL ABORTO EN ESPAÑA

1. **Los graves inconvenientes de una ley de plazos (Ley 2010)**, que supone el **aborto libre** dentro de las primeras catorce semanas de gestación:
 - El aborto *adquiere el rango de «derecho»* (no reconocido en ninguna Declaración Internacional) que, como consecuencia:
 - **Dificulta la eficacia de cualquier intervención profesional de apoyo a la embarazada:** *se rechazan ayudas concretas* porque la mujer considera precipitadamente que en ese tiempo debe abortar *como única salida* y, por tanto, se inclina la balanza y queda más desprotegida aún la vida humana intrauterina.
2. Se ha afirmado que la actual legislación **ha contribuido al descenso del número de abortos**. Sin embargo, esta afirmación no es correcta: la reducción de abortos (proporcionada por el Ministerio de Sanidad) respecto al año anterior hay que relacionarla con el número de embarazos anuales (proporcionada por el INE). Lo correcto es analizar **el porcentaje de abortos sobre población embarazada**, que permite medir con rigor «cuántos embarazos terminan en abortos». En el año 2012 ha sido del 19,86%, lo que significa que **1 de cada 5 embarazos termina en aborto**. La cifra absoluta de 6.000 abortos menos en 2012 (proporcionada por el Ministerio de Sanidad) se ha debido, sobre todo, al descenso del número de abortos entre las mujeres inmigrantes. El análisis de la población ha mostrado, según la Estadística de Migraciones 2012 (INE)⁶ (<http://www.ine.es/prensa/np788.pdf>), que España registró, por vez primera, una disminución en el número de inmigrantes residentes.

Por el contrario, entre las mujeres españolas, **el número de abortos ha crecido vertiginosamente año tras año** (2012: 62,4%; 2011: 60,8%)⁷.

Tampoco es correcta la afirmación de que con la ley de plazos se ha conseguido llegar a las cifras de 2007, porque la misma tabla comparativa que facilita estos datos (Ministerio de Sanidad), muestra que en la tasa de abortos por 1.000 mujeres entre 15 y 44 años de 2012 (12,01 ‰) es similar a la del año 2011 (12,44 ‰) mientras que la de 2007 (era de 11,49 ‰).

Por otro lado, la cifra de **abortos recurrentes también ha tenido una escalada ascendente:** ha sido del 36% en 2012 (33% en 2011), es decir, que **1 de cada 3 casos han sido abortos de repetición**.

⁶ Estadística de Migraciones 2012 (Instituto Nacional de Estadística, INE) <http://www.ine.es/prensa/np788.pdf>

⁷ Informe del IPF "El aborto en España hoy", 2014

3. **Los Médicos de Familia, profesionales implicados en la atención a la mujer embarazada, a causa de la Ley Orgánica 2/2010, ley de plazos, se han convertido en meros informadores del aborto.** No existe desarrollo de su capacidad profesional mediante adecuados protocolos clínicos de actuación y *formación en entrevista clínica*⁸ adaptada a la atención a la mujer con embarazo imprevisto.

No se les posibilita una actuación de calidad orientada a la detección y solución de los conflictos existentes debido a **la presión ambiental condicionante: se propicia una actuación sanitaria que deja sola a la mujer con su problema.** Es especialmente relevante favorecer el papel activo de los profesionales para desenmascarar formas de violencia contra la mujer con embarazo imprevisto, por la soledad e indefensión que supone y por su carácter modulador de la idea de considerar el aborto como única salida.

4. Con la legislación de 1985, el **supuesto de daño a la salud física y psíquica de la madre propició un indiscutible «efecto coladero»:** alegando tal motivo un 97% de las mujeres abortaban sin que existiera control eficaz alguno. A partir de la Ley de plazos 2010 este supuesto psicofísico se redujo a tan solo el 5,6% de los abortos practicados, *desplazándose al nuevo supuesto de “petición de la madre”,* que supuso el 91% (situación comentada en el XVII Congreso Nacional de Psiquiatría 2013)⁹, **pues 9 de cada 10 abortos se realizaron sin aducir ningún tipo de causa.**

Por tanto, el supuesto de salud psicofísica para abortar, si no conlleva algún control efectivo, constituirá nuevamente un coladero, pues se ha constatado que no eran reales los datos del daño a la salud psicofísica de la madre (97% ley supuestos/ 5,6% ley plazos).

5. La regulación del aborto **ha causado una transformación de la deontología médica** en determinados artículos del Código Deontológico de la OMC de 2011, como consecuencia del falso «derecho al aborto» creado por la Ley 2/2010 de plazos, que obliga al profesional *a informar* sobre cuestiones que *no constituyen un acto propiamente médico* (es decir, orientado a los fines de la medicina: prevenir, curar, rehabilitar, paliar) al tener que informar sobre *dónde y cuándo* realizar los abortos. Esta situación de «colaboración indirecta con el aborto» ha originado una importante polémica, reflejada en varios artículos de la prensa sanitaria e, incluso, ha dado lugar a procesos judiciales.

El conflicto generado se resolvería al dejar *de presentar legalmente el aborto como un derecho absoluto* (como sucede en la ley actualmente vigente), *pues esta afirmación no reúne el mínimo consenso necesario para ser incluido en una declaración de ética sanitaria.*

6. **En la Ley 2/2010 se presenta a la mujer como protagonista de su decisión.** En realidad, se trata de un triste abandono de la misma, que ha obligado por ley a los profesionales a mirar para otro lado, que ha supuesto un falso concepto de respeto a la libertad. En realidad, *negar una atención resolutive de los conflictos afecta a su integridad física y psíquica* y, por tanto, a su seguridad, pues la mujer se encuentra en situación de

⁸ Modelo de entrevista clínica para consultas de mujeres en riesgo de aborto (*Adaptado de Entrevista semiestructurada en demandas psicosociales de Martín Zurro*) <http://www.abortoinformacionmedica.es/categoria/protocolo-de-entrevista-clinica/>

⁹ Simposio sobre *Salud Mental y aborto*, dentro del XVII Congreso Nacional de Psiquiatría 2013.

crisis, en un momento de gran vulnerabilidad. Por tanto, favorecer la salida del aborto no es un beneficio para la mujer, no es justo pues hay una vida humana en fase incipiente y no tiene nada que ver con la libertad.

7. **El aborto es, a menudo, decidido por otro.** Es por tanto, fruto de la coacción. **Es una exigencia profesional ayudar a desenmascararlo y contribuir a resolver los conflictos.** La presión en forma de coacción puede ser estar presente mediante el miedo a perder el apoyo familiar, o perder el hogar, el puesto de trabajo o como situación de abuso que puede llegar hasta la violencia. El 64% de las mujeres americanas que abortan se sentían presionadas por otros¹⁰.

La coacción puede tomar otras muchas formas, incluso la información confusa o errónea sobre el desarrollo fetal y las alternativas disponibles¹¹. Las adolescentes se enfrentan a un riesgo especialmente importante de ser coaccionadas¹².

8. **La Ley 2/2010, además, ha introducido un capítulo de Estrategia de salud sexual y reproductiva, que ha resultado carente de efectividad.** En ella, se indica que los estudiantes de Medicina y Enfermería deben formarse en la práctica de la *interrupción voluntaria del embarazo* y se introducía de modo obligatorio la educación sexual a nivel escolar, sin tener en cuenta el tipo de educación que los padres desean dar a sus hijos, así como sin considerar las **valoraciones éticas¹³ y científicas^{14,15,16}** que actualmente existen, muy especialmente el grado de evidencia científica incompleta sobre la efectividad de esos programas de salud sexual.

¹⁰ VM Rue et al., "Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women," Medical Science Monitor 10(10): SR5-16, 2004.

¹¹ Melinda Tankard-Reist, Giving Sorrow Words en Springfield, IL: Acorn Books, 2007.

¹² Sobie & Reardon, "A Generation at Risk: How Pro-Abortionists Manipulate Vulnerable Teens," The Post-Abortion Review, Vol. 8, No. 1, Jan-Mar. 2000

¹³ Jara J. y col. "Valoración ética de los programas de salud sexual en la adolescencia". Cuadernos de Bioética. XXII,1. 2011.

¹⁴ Informe **ONUSIDA** 2009, la organización de la ONU para el estudio de la pandemia del SIDA, afirma que "el sexo entre hombres constituye el principal modo de transmisión del HIV en Norteamérica y en la Unión Europea". La cifra de infecciones entre hombres homosexuales ha crecido desde un 28,8% en 2004, hasta el 40,8% el año pasado. Mientras, ha disminuido entre drogadictos y heterosexuales. La ONU en su informe recomienda enfocar los mensajes en los grupos más expuestos a la enfermedad en lugar de al común de la población.

¹⁵ La **revisión Cochrane** (www.cochrane.org) sobre el tema de las intervenciones para modificación de hábitos sexuales incluye 30 estudios cuyo objetivo era la prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, encontrándose finalmente que estas intervenciones educativas resultan efectivas cuando están dirigidas principalmente a mujeres en mala situación económica y social complementando la provisión de información con el desarrollo de habilidades de negociación sexual. Es decir, al igual que en el informe ONUSIDA 2009, las posibilidades de intervención eficaz parecen las dirigidas a poblaciones específicas de riesgo y no a la población general.

La revisión Cochrane 2010 indica: "Las pruebas de los posibles efectos de las intervenciones sobre los resultados secundarios (comienzo de las relaciones sexuales, uso de métodos de regulación de la natalidad, aborto, parto, enfermedades de transmisión sexual) no son definitivas". Asimismo, el informe concluye que "la evidencia sobre los efectos del programa es limitada".

<http://summaries.cochrane.org/es/CD005215/intervenciones-para-la-prevencion-de-embarazos-no-deseados-en-adolescentes>.

¹⁶ **ICSI**, órgano de referencia de medicina basada en la evidencia, adjudica un nivel de evidencia III para las recomendaciones a adolescentes sobre cuestiones de educación sexual (evidencia incompleta, 2013). Wilkinson J et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Preventive Services for Children and Adolescents. (ICSI) Sexually Transmitted Infection Counseling (Level III): "There is insufficient evidence to show efficacy for less-intense interventions and low-risk patients (Lin, 2008 [Systematic Review])" 44-45. 2013.

Se constata, por su falta de eficacia, que las políticas de las distintas administraciones han fracasado al no lograr disminuir la correspondiente tasa de abortos, incluyendo la regulación de este y la potenciación de la píldora del día después. Todo indica que estas vías están agotadas y parece necesario aportar soluciones nuevas.

En cambio, sí existe evidencia^{17,18} de que el aborto en sí es un riesgo para la salud mental y para la vida de la mujer. La solución debería ser precisamente **ayudarla para que no se vea abocada o coaccionada hacia el aborto** y una política de formación e información preventiva acerca del aborto que incluya, sobre todo, las alternativas que existen al mismo y sus consecuencias para la mujer.

9. **No ha existido una aceptación social suficiente de la Ley del aborto.** Así lo han mostrado las **multitudinarias manifestaciones** de los últimos años. También son expresión de búsqueda de alternativas las **Iniciativas Legislativas Populares**, cuyas firmas han sido cauce de la expresión pública y han hecho posible que hoy sean realidad en nueve autonomías Leyes autonómicas de ayuda a la mujer embarazada.

El desarrollo efectivo de estas **9 Leyes autonómicas de Apoyo a la Maternidad** ha puesto de manifiesto que es posible legislar a favor de la mujer y del no nacido y que resulta imperativo ofertar ayudas a las mujeres con embarazos imprevistos ante las dificultades concretas detectadas en las consultas. Estas Leyes se beneficiarían de un impulso realmente efectivo a través del nuevo Anteproyecto, si *desde las consultas de Atención Primaria, se establecieran los protocolos adecuados para proteger al concebido y se ayudara en sus derechos a la mujer embarazada actuando sobre su problemática concreta.*

¹⁷ Datos de salud pública de Finlandia. Mika Gissler et al. *Injury deaths, suicides and homicides associated with pregnancy*. Finland 1987–2000. *European Journal of Public Health*, Vol. 15, No. 5, 459–463. 2005.

¹⁸ Evidencia sustentada por metanálisis: P.K.Coleman. *Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995-2009*. *British journal of Psychiatry* 199: 180-186. (2011)

3. ANÁLISIS DEL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA DEL CONCEBIDO Y DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA

Novedades destacables

- El *Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada* deroga la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- **Penalización del aborto.** El aborto vuelve a estar penalizado para los profesionales que incumplan la ley, con algunas excepciones, pero en ningún caso para la mujer. Las excepciones son las siguientes:
 - ✓ **Grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada.** Deberá realizarse dentro de las 22 primeras semanas de gestación y **previo informe de dos médicos especialistas en la patología que genera grave peligro para la mujer;** o por un solo médico si el grave peligro para la salud psíquica de la mujer tiene su origen en alguna anomalía incompatible con la vida del feto. Esta excepción permite practicar el aborto pasadas las 22 semanas si no se hubiese detectado antes la citada anomalía o cuando exista riesgo vital para la madre y sea necesario provocar el parto acabando con la vida del feto.
 - ✓ **Violación.** En este caso, el aborto podrá practicarse dentro de las 12 primeras semanas de gestación.

Comentario: si bien se trata de una norma claramente insuficiente, pues no protege completamente al no nacido y sigue financiando los abortos con dinero público, intenta poner trabas al indiscutible «efecto coladero» del aborto que supuso el supuesto de salud psíquica, mediante los informes emitidos por dos médicos distintos del que practica el aborto.

Dicho informe versará sobre la existencia de grave peligro para la vida o un menoscabo importante para la salud física o psíquica de la mujer con permanencia o duración en el tiempo. Para ello, **es ineludible el deber de exigir la independencia de los médicos** a los que se les pide estos informes. Si no se exige que pertenezcan dichos médicos al Sistema Nacional de Salud, para evitar que las clínicas abortivas puedan «recomendar» e incluso tener sus propios médicos «independientes» de manera indirecta, esta medida resultará carente de eficacia y volverá a ser un coladero.

El valor de **la vida del *nasciturus* deja de depender exclusivamente de la voluntad de la mujer embarazada** o de las expectativas sobre la posible discapacidad futura de aquel. Sobre esto existe una gran responsabilidad personal, profesional y social.

El Anteproyecto propone, por primera vez en España, desarrollar estrategias que permitan, a la vez, proteger la vida del concebido y ayudar a la mujer embarazada.

- **Aborto de menores.** Será necesario el consentimiento expreso de la mujer y el asentimiento de los padres o tutores en el caso de las que tengan entre 16 y 18 años o con capacidad judicialmente complementada. Si tuviera menos de 16, se necesitará, además, el consentimiento expreso de los padres. En caso de disconformidad de los padres y en determinadas circunstancias, el juez podrá considerar válido únicamente el consentimiento prestado por la mujer.

En estos casos el proceso sobre el consentimiento para el aborto lo iniciará la mujer o su representante legal o el Ministerio Fiscal ante el Juzgado de Primera Instancia.

Comentario: Se elimina la posibilidad de abortar sin consentimiento paterno/tutor, sin embargo:

- **No se abordan programas específicos de ayuda a la adolescente embarazada** para afrontar los singulares problemas que un embarazo puede plantear en este grupo especialmente indefenso.
- **No se eliminan las políticas de dispensación de la píldora del día después (PDD)** por lo que se consolida la distribución de más de 700.000 píldoras anuales, a pesar de que se ha cuantificado su eficacia global y que entre sus mecanismos de acción, se incluyen los efectos posteriores a la fecundación (efecto abortivo)¹⁹.

- **Aborto de urgencia.** Por peligro vital podrá prescindirse del informe, asesoramiento, información y consentimiento expreso de la mujer si no estuviera en condiciones de prestarlo.
- **Aborto eugenésico.** Se elimina el aborto en tal supuesto. La ley distinguirá entre discapacidad -que no será motivo de aborto- y malformaciones del feto que son incompatibles con la vida.

Comentario: El avance en la **eliminación de la discriminación por discapacidad** se efectúa en concordancia con las *peticiones hechas a España por la Comisión para los Derechos de las Personas Discapacitadas de la ONU de suprimir el supuesto de malformación de la legislación actual.*

Gracias a la ayuda profesional y de diversas asociaciones, al acceso a tratamientos adecuados y a la aceptación social, las personas con discapacidades pueden estar integradas en la sociedad.

- **Educación afectivo-sexual.** La impartirán las Administraciones Públicas a través de programas de educación para la salud que promuevan la formación, información y prevención de embarazos no deseados, de enfermedades de transmisión sexual en todos los ámbitos y, principalmente, en los jóvenes, adolescentes y colectivos con especiales necesidades.

¹⁹ "Informe sobre la píldora del día siguiente". Congreso europeo de Farmacia Hospitalaria. París, 2013. Cuantificación de los mecanismos de acción de la píldora del día después y su eficacia global. <http://bit.ly/1kr8k56>

Comentario: el papel del Estado debe ser el de apoyar a los padres en su responsabilidad (derecho-deber) de formar a sus hijos en su dimensión afectivo/sexual, y no al revés. Un Estado democrático **no debe imponer modelos ideológicos** que violenten las convicciones educativas de los padres.

Por otro lado, **no pueden imponerse modelos de “educación para la salud” basados en campañas de promoción del preservativo**, sin evaluación de sus resultados, y dado que los estudios han mostrado un grado de evidencia “incompleta” sobre la efectividad de esos programas de salud sexual^{12,13,14,15}.

En cambio, se precisa una **política de formación e información preventiva del aborto** que incluya, sobre todo, las alternativas que existen al mismo y sus consecuencias para la mujer.

- **Apoyo y orientación a la mujer embarazada.** La desarrollarán las Administraciones Públicas mediante los servicios sanitarios en coordinación con los servicios sociales e incluirá (a petición de la mujer) información y asesoramiento para resolver posibles conflictos de salud, familiares o de carácter socioeconómico originados o agravados por su embarazo. Se le proporcionará información sobre sus derechos, apoyo y ayudas para ella y para el niño.

Comentario: Su desarrollo debería ir asociado a la descripción de un Plan específico de coordinación de Atención Primaria, donde son inicialmente atendidas las mujeres; en coordinación con los servicios sociales y asociaciones sin ánimo de lucro que actualmente son capaces de proporcionar eficazmente ayudas a conflictos concretos, a través de creación de Unidades especializadas de Ayuda, Atención y Asesoramiento que **estarían ubicadas en los actuales Centros de la Dirección General de la Familia** (ANEXO 1).

La ley de derechos del concebido tiene que ir en paralelo con la puesta en marcha de manera eficiente, palpable y contundente de medidas de apoyo a la mujer embarazada.

- **Aborto y atención médica.** El Anteproyecto incluye los siguientes puntos:
 - ✓ El aborto (en los supuestos despenalizados) se define como prestación sanitaria incluida en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
 - ✓ La obligación de proporcionar a la mujer que haya decidido abortar en uno de los dos supuestos despenalizados (salvo que sea en caso de peligro vital para la mujer embarazada) **asesoramiento orientado a resolver los conflictos** originados por el embarazo e **información clínica sobre los posibles riesgos** y secuelas que conllevaría la práctica del aborto:
 - **El asesoramiento asistencial** lo realizarán profesionales diferentes de los que vayan a practicar el aborto y ajenos al centro en el que se vaya a realizar. Este asesoramiento incluirá información de que la vida del no nacido constituye un bien jurídico protegido por la Constitución, orientación sobre cómo resolver sus problemas y conflictos, información sobre alternativas existentes al aborto (ayudas,

acogida o adopción del niño...) y posibilidad de solicitar a la Administración apoyos extraordinarios para resolver las dificultades de la mujer.

- **La información clínica** la proporcionarán médicos e incluirá información sobre los riesgos que conllevaría el aborto, los aspectos médicos y psicosociales derivados del diagnóstico sobre la salud de la mujer y el feto, en su caso, así como las expectativas del desarrollo de la vida del niño.

El personal que realice el asesoramiento y el que proporcione la información clínica deberá expedir certificaciones por escrito. Una vez recibida la información y el asesoramiento, si la mujer decide abortar deberá presentar las certificaciones en el establecimiento en el que vaya a someterse a un aborto.

La mujer no podrá prestar consentimiento expreso o solicitud de interrumpir el embarazo hasta que hayan pasado 7 días desde el asesoramiento asistencial e información clínica con dos excepciones: que peligre la vida de la madre o si, transcurridas las 22 primeras semanas procede un aborto dentro de los supuestos despenalizados y con resolución judicial sobre si procede o no practicarlo.

Comentario: no es suficiente el asesoramiento asistencial si, en la práctica, no va acompañado de un tratamiento social y político preferente que incluya una pormenorización clara de las prestaciones sanitarias, sociales, económicas y laborales que merecen las mujeres con embarazos imprevistos.

- **Objeción de conciencia.** Se reconoce a los profesionales sanitarios y *afecta no solo a la práctica directa del aborto sino a cualquier grado de participación o colaboración*. La decisión de objetar se manifestará anticipadamente y por escrito dentro de la semana siguiente a comenzar a trabajar en el establecimiento acreditado para la práctica del aborto. Dicha decisión tendrá carácter reservado y se incorporará a su expediente personal. Los profesionales que hayan objetado dispensarán tratamiento y atención médica a las mujeres antes y después de haberse sometido a un aborto.

Comentario: La objeción de conciencia del personal sanitario es reconocida ya en todos los países europeos excepto en Noruega. El Anteproyecto permite la objeción de conciencia a todos los profesionales sanitarios que participen o colaboren en el proceso del aborto (lo que incluye la objeción al proceso de información de los profesionales de atención primaria sobre el aborto).

Bastaría **que la comunicación se hiciera a los Jefes de las Unidades del Centro** donde se practiquen los abortos, pues es suficiente conocer quiénes serán los objetores para asegurar una actividad, tal como indica el art. 33 del Código de Deontología médica del 2010: *el médico debe comunicar al responsable de garantizar la prestación y, potestativamente, al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia*.

El plazo que se establece (la semana siguiente a comenzar la prestación de su servicio en un Centro o establecimiento) **parece demasiado rígido**, tanto para los profesionales que consideren la objeción con posterioridad a su incorporación a su puesto de trabajo, como para aquellos recién incorporados a los que todavía no se les hubiese asignado actividad. Bastaría con comunicarlo a su superior cuando se prevea con fundamento que se van a presentar los casos objetables.

El registro no evita la posibilidad de «listas negras», puesto que el Anteproyecto indica que debe manifestarse por escrito, lo que obligaría a los profesionales a declarar sobre cuestiones íntimas especialmente protegidas, como son su ideología, religión o creencia, que suponen sucesivo conocimiento con riesgos inevitables. La Constitución Española expresamente dice *nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias* (art. 15) y la comunicación puede ser efectuada al responsable de garantizar la prestación, sin necesidad de que conste por escrito, tal como se deduce del Código de Deontología Médica (art. 33).

- **Publicidad del aborto.** Se prohíbe la publicidad sobre la oferta de centros, establecimientos o servicios médicos para la práctica del aborto.

Algunos aspectos llamativos:

- ✓ **Ausencia del padre.** Solo se le cita (con el término *el otro progenitor*) como posible participante (con la aceptación de la mujer) de la información y asesoramiento a la mujer embarazada. En el fondo es una opción discriminadora para el varón, ocasionando que sea la mujer la que decida en solitario.
- ✓ **La educación afectivo-sexual** se deja en manos de las administraciones sin contar con los padres ni aportar un criterio científico ni una evaluación del resultado de las campañas de información en este ámbito.
- ✓ Se modifica la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (art. 5), **reafirmando el aborto como un derecho incluido en las prestaciones de la sanidad pública**, al incluir un artículo por el que *la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos despenalizados estará incluida en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.*
- ✓ **No se contempla la objeción de conciencia colectiva**, por ejemplo de un hospital o clínica. La objeción de conciencia de profesionales y de los Centros ha sido ratificada por la Resolución 1763/2010 del Consejo de Europa, por el que ninguna persona, hospital o institución puede ser coaccionada²⁰.
- ✓ En los supuestos excepcionales que se despenalizan, **el Estado financia el aborto y forma parte de la cartera común básica de servicios del Sistema Nacional de Salud.** La doble obligación del Estado, respecto al *nasciturus* y a la mujer, justificaría *el deber de no financiación pública del aborto.*

²⁰ Resolución 1763/2010 del Consejo de Europa. <http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtSiteView.asp?ID=950>

4. PROPUESTAS DE MEJORA DEL ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA PARA LA PROTECCIÓN DE LA VIDA DEL CONCEBIDO Y DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA

El Área de Medicina de Profesionales por la Ética aboga por la consecución de aborto cero, la protección cuidado de la vida humana en toda sus etapas y la ayuda a la mujer embarazada.

No obstante, mientras no se llegue a esa meta, proponemos las siguientes mejoras del Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada:

1. **Crear Centros de ayuda, atención y asesoramiento en la comunidades autónomas**, que impulsen la resolución efectiva de los conflictos buscando que las administraciones realicen una verdadera política de ayudas sociales, incluidas las económicas, para la mujer embarazada. (Ver ANEXO 1)
2. **Clarificar el papel de la Atención Primaria en la primera valoración a la mujer con embarazo imprevisto.** El Anteproyecto limita el acceso al aborto exclusivamente a los supuestos de violación y grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la madre. No es lógico que el proceso de atención sanitaria a la mujer con embarazo inesperado se iniciara con una derivación a un especialista para que certifique *sobre la existencia de grave peligro para la vida o un menoscabo importante para la salud física o psíquica de la mujer con permanencia o duración en el tiempo.*

Una atención de calidad conllevaría la atención a todas las mujeres en situación de vulnerabilidad **creando Unidades específicas de ayuda, atención y asesoramiento.** La solicitud de certificados de especialistas se haría, según indica el Anteproyecto, *por no poderse solucionar el conflicto desde el ámbito médico de ninguna forma para evitar un grave peligro para la vida o salud física o psíquica de la embarazada.*

Así, **el proceso se iniciaría con la derivación desde Atención Primaria a Unidades de Ayuda, Atención y Asesoramiento**, que estarían ubicadas en los actuales Centros de la Dirección General de la Familia, por ser éstos dependientes de las Consejerías de Asuntos Sociales. Estas Unidades estarían constituidas por un equipo interdisciplinar compuesto por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, que trabajarían coordinando los recursos, públicos y los aportados por entidades sin ánimo de lucro, que se precisan para las necesidades detectadas. Es una propuesta **conforme a la ética profesional y de verdadero servicio sociosanitario a la mujer**, que debería ser ofrecido.

En este sentido, resulta útil conocer la experiencia de algunas Comunidades Autónomas que tienen implantados modelos de ayuda a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad. Así, el **Protocolo de actuación conjunta de las tres Consejerías de Familia, Educación y Sanidad de la Comunidad de Castilla y León**²¹ es un claro ejemplo de coordinación profesional. Dicho Protocolo describe el proceso a seguir:

²¹ “Protocolo de actuación conjunta entre las Consejerías de Familia e Igualdad de Oportunidades, Sanidad y Educación para la atención y apoyo a la mujer embarazada en situación de vulnerabilidad”. Castilla y León, 2013.

- 1.- Detección
- 2.- Valoración del caso
- 3.- Plan de Intervención por el Equipo del Programa de Apoyo a la Familia, que recogerá actuaciones concretas:

- Área de *apoyo personal*, para la ayuda en la aceptación de su situación
- Área de *promoción de su salud*
- Área de *educación y cuidados prenatales y postnatales*
- Área *sociolaboral y formativa*
- Área de *apoyos familiares y sociales*

4.- Ejecución del Plan de intervención familiar

Tiene interés señalar que la tasa de abortos en Castilla-León, según los datos del Ministerio de Sanidad, ha experimentado un menor crecimiento respecto a otras comunidades.

La derivación de la mujer desde Atención Primaria a estas Unidades de Ayuda, Atención y Asesoramiento, además, podría contribuir a disminuir el «efecto coladero» que es esperable a través del supuesto de salud psíquica, que tendría lugar con más probabilidad si la mujer es remitida directamente al especialista, sin ofrecer ayudas y soluciones especializadas a los conflictos concretos.

3. Simplificar el proceso mediante la **derivación directa desde las Unidades de Ayuda, Atención y Asesoramiento a los especialistas**, en aquellos casos contemplados por la ley. Puesto que en el Anteproyecto se indica que *se garantiza la prestación a todas las mujeres que se encuentren en situación de conflicto, de un asesoramiento asistencial y una información clínica personal*, tras los mismos, se procedería directamente, **desde las Unidades de Ayuda, atención y asesoramiento** a la derivación **a los especialistas** para certificar, si lo hubiere, la existencia de grave peligro para la salud psicofísica de la mujer, **mediante nota directa dirigida al Centro de especialidades de la Seguridad Social** (sin precisar pasar nuevamente por Atención Primaria).
4. **Exigir la inexcusable independencia e imparcialidad de los médicos en sus informes.** Para delimitar con rigor los casos excepcionales despenalizados, el Anteproyecto establece la necesidad de acreditarlos mediante informe de dos psiquiatras o profesionales de la especialidad que genere el grave peligro para la vida o salud psicofísica de la mujer. El Anteproyecto indica que serán distintos del que practique el aborto y no desarrollarán su actividad profesional en el centro donde se lleve a cabo.

Sin embargo, no es suficiente que no trabajen en el centro donde se lleve a cabo un aborto, es ineludible exigir la independencia de los médicos a los que se les pide estos informes. Debe establecerse que dichos médicos pertenezcan al Sistema Nacional de Salud, para evitar que las clínicas abortivas puedan «recomendar» e incluso tener sus propios médicos «independientes» de manera indirecta, la certificación por dos especialistas resultará carente de eficacia y volverá a ser un «coladero».
5. **Crear Comisiones centralizadas e interdisciplinares**, que adopten la decisión final sobre admitir o negar el recurso al aborto en los supuestos despenalizados, teniendo en cuenta los certificados aportados por los dos especialistas. De este modo, los certificados médicos

se remitirían por correo interno a dicha Comisión, que sería la encargada de notificarlo a cada paciente, evitando, así, los conflictos que se generarían en las consultas con los facultativos a nivel individual en los casos de negativa.

6. **Suprimir el plazo de unos días tras la incorporación al puesto de trabajo** para notificar la objeción de conciencia de los profesionales a realizar o colaborar con el aborto. Asimismo, establecer que sea suficiente la comunicación al responsable del centro, sin que se precise notificación escrita, para salvaguardar la confidencialidad del profesional objeto, lo que sería más acorde con el art. 15 de la Constitución Española y el art. 33 del Código de Deontología Médica.

7. **Concretar y pormenorizar las medidas de apoyo a la mujer embarazada.** Si verdaderamente se quiere proteger al concebido y ayudar a la mujer embarazada, ésta debe percibir que se desarrolla -para ella- un completo engranaje de asesoramiento y ayuda, que impulse la resolución efectiva de los conflictos.

Es preciso que el Anteproyecto impulse un tratamiento social y político preferente que incluya una pormenorización de las prestaciones sanitarias, sociales, económicas y laborales ofrecidas a las mujeres con embarazos imprevistos.

8. **Impulsar nuevas prestaciones sociolaborales para la atención a las mujeres con embarazos imprevistos.**

9. **Promover la inspección y los controles de las clínicas donde se realizan los abortos,** para evitar abusos e incumplimiento de los supuestos excepcionales legislados.

10. **Unificar la información de todos los profesionales sobre el desarrollo fetal y posibles riesgos y secuelas del aborto,** impulsando la Protocolización de la Información, con la colaboración de los Colegios de Médicos y sus Comisiones Deontológicas.

11. **Abordar programas específicos de ayuda a la adolescente embarazada** para afrontar los singulares problemas que un embarazo puede plantear en este grupo especialmente indefenso.

12. **Indicar y facilitar la atención preferente en los centros de referencia** en tratamiento intrauterino para aquellos casos que sean susceptibles del mismo.

13. **Promover apoyo psicoemocional y una red de ayudas específicas** en colaboración con el Comité Español de Representantes de Minusválidos (CERMI) ante diagnósticos de posibles minusvalías.

14. **Agilizar los trámites de adopción,** para aquellas mujeres que llegando a término su embarazo, no deseen o no puedan asumir el rol propio de la maternidad.

ANEXO 1

DESARROLLO EFECTIVO DE UNIDADES DE AYUDA, ATENCIÓN y ASESORAMIENTO

- 1- **La atención integral que precisan las mujeres que solicitan un aborto no puede resolverse en el primer nivel asistencial.** Esta circunstancia precisa un abordaje multidisciplinar, además de tiempo y recursos que no puede proporcionarse en las consultas de atención primaria debido a su masificación. Esto se comprende, especialmente, si se piensa en la atención de calidad que se precisa en aquellos supuestos en los que la mujer alega que el embarazo daño a su salud psíquica.
- 2- Por ello, se propone la **creación de Unidades de Apoyo a la Mujer Embarazada (UAME)** que permitan ofrecer servicios personalizados, confidenciales y de carácter gratuito. Las UAME **estarían ubicadas en los actuales Centros de la Dirección General de la Familia,** por ser éstos dependientes de las Consejerías de Asuntos Sociales.
- 3- Para el desarrollo de su actividad estas Unidades centralizadas **estarían constituidas por un equipo interdisciplinar compuesto por médicos, psicólogos y trabajadores sociales, que trabajarían coordinando los recursos, públicos y los aportados por entidades sin ánimo de lucro, que se precisan para las necesidades detectadas.** Los profesionales deben tener formación en valoración psicológica, mediación familiar y experiencia en el trabajo con familias y mujeres embarazadas en riesgo de aborto
- 4- Estos profesionales especializados **estarían orientados en todo momento al fomento del bienestar integral de la mujer** y ofrecerían sus capacidades para que las mujeres desarrollen habilidades y encuentren el apoyo que les permita superar las dificultades propias de la situación de un embarazo inesperado. Asimismo, facilitarían las ayudas concretas y personalizadas precisas para la resolución de los problemas sociales, laborales o económicos existentes, así como en los conflictos de las relaciones familiares y problemas de comunicación que pudieran subyacer en cada caso.
- 5- **La modificación del procedimiento actual deberá ser promovido y comunicado desde las propias Consejerías de Sanidad a los profesionales de Atención Primaria.** Este aspecto se considera requisito indispensable si se quiere promover un cambio efectivo. Se trata de potenciar el abordaje especializado mediante la derivación y coordinación con las UAME e indicando la ubicación más cercana a la Zona Básica del Centro de Salud, para que pueda ser facilitada en las consultas de Atención Primaria.
- 6- **Derivación directa desde las UAME a los especialistas, en aquellos casos contemplados por la ley,** para certificar, si lo hubiere, la existencia de grave peligro para la salud psicofísica de la mujer, mediante nota directa dirigida al Centro de especialidades de la Seguridad Social (sin precisar pasar nuevamente por Atención Primaria).

PROFESIONALES POR LA ÉTICA
C/ JUAN BRAVO, 58-60
28006 MADRID

www.profesionalesetica.org
profesionalesetica@profesionalesetica.org
[@profesionales](https://www.facebook.com/PpE.Espana?ref=ts)

PROFESIONALES POR LA ÉTICA ES UNA INICIATIVA DE SERVICIO FUNDADA EN 1992. SE ENCUENTRA INSCRITA COMO ASOCIACIÓN SIN ÁNIMO DE LUCRO EN EL REGISTRO DE ASOCIACIONES DEL MINISTERIO DEL INTERIOR (ESPAÑA) CON EL NÚMERO NACIONAL 111.456.