

**“ANTEPROYECTO DE LEY ORGÁNICA DE  
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA  
INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL  
EMBARAZO”**

**Aprobado en Consejo de Ministros, el 14 de mayo de 2009.**

**CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES DE CARÁCTER GENERAL**



## INTRODUCCIÓN

El pasado 14 de mayo, el Consejo de Ministros aprobó el “Anteproyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo”, una norma que pretende incorporar medidas en el ámbito social, sanitario y educativo, para garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva y tratar de prevenir embarazos no deseados.

Para abordar esta reforma legislativa el Gobierno constituyó un Comité de personas expertas, integrado por profesionales independientes, que además de evaluar los problemas planteados en la aplicación actual de la Ley española de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), ha llevado a cabo un análisis de la normativa legal que se está aplicando en otros países de nuestro entorno.

Paralelamente, desde el Parlamento se creó una Subcomisión, que celebró numerosas comparecencias y analizó la documentación recabada por los grupos, para hacer un análisis sobre la situación de la IVE en España tras casi 24 años de vigencia, prestando especial atención a los problemas planteados en su aplicación y elevando unas conclusiones y propuestas que se aprobaron en la Comisión de Igualdad del 18 de febrero de 2009.

Tras analizar el Informe del Comité de personas expertas y las conclusiones aprobadas por la Comisión de Igualdad del Congreso de los Diputados se inició una fase de escucha con la sociedad civil (organizaciones de mujeres, profesionales de la sanidad, colectivo de personas con discapacidad, etc.) con el fin de conocer su opinión sobre el tema.

El Anteproyecto de Ley aprobado por el Consejo de Ministros, es el resultado de este amplio proceso de deliberación, reflexión y consultas; y propone una nueva regulación de la salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que pretende dar solución a los problemas detectados y ofrecer una mayor seguridad jurídica.

La finalidad de la futura Ley, según la exposición de motivos del anteproyecto de ley, es “adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La futura ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación sexual adecuada, la mejora del acceso a métodos anticonceptivos y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos. Pretende abordar la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las

definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece asimismo una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal y que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar adecuadamente los derechos de autonomía y libertad de las mujeres sin descuidar el interés en la protección de la vida prenatal”.

En este sentido, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, ha declarado el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables

## **CONTENIDO GENERAL**

La actual *Ley 9/1985 de 5 de julio, de Despenalización del Aborto*, se aprobó hace 024 años, 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 relación con la maternidad, despenalizando en ciertos supuestos la interrupción voluntaria del embarazo. La reforma del Código Penal supuso, ciertamente, un avance al posibilitar el acceso a las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concurriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves malformaciones físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la ley ha generado incertidumbres y falta de seguridad, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado.

En un ámbito tan singular como éste, la ley debe extremar la claridad y precisión con el fin de que la autonomía personal en la toma de decisiones sobre la propia persona, quede salvaguardada del error o la incertidumbre. La necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que “en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer

embarazada” y, por otro lado, que “una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo”.

Se ha optado así, por un modelo en el que dentro de las primeras catorce semanas, se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin participación de terceros, porque en esa fase de la gestación prevalece el derecho de autodeterminación de las mujeres. Por otra parte, la experiencia ha demostrado que la protección de la vida prenatal es más eficaz a través de políticas activas de apoyo al embarazo y la maternidad a las que pueda tener acceso la mujer embarazada. La tutela del interés en la vida prenatal se articula a través de la voluntad de la mujer embarazada y no frente a ella, facilitando que la decisión sea adoptada con toda la información relevante sobre las ayudas y prestaciones de apoyo al embarazo y la maternidad y tras un plazo de al menos tres días, una vez se le ha hecho entrega de esa información por escrito y en sobre cerrado. Se garantiza así la neutralidad de esa información y que su entrega se realice en un ambiente exento de presión para la mujer.

Junto a la interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer, el Anteproyecto de Ley prevé ciertos supuestos de interrupción por causas médicas cuando, dentro de las primeras veintidós semanas, exista un grave riesgo para la vida o la salud de la mujer embarazada o un riesgo de graves anomalías en el feto, y fuera de este plazo y después de las 22 semanas, sólo será posible cuando se diagnostiquen en el feto anomalías incompatibles con la vida ó una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico. 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 tal fin se exige, con carácter general, que así conste dictamen emitido por dos médicos especialistas, salvo que se trate de una enfermedad extremadamente grave e incurable, supuesto en el que el nivel de garantías se eleva al exigir que sea un comité clínico pluridisciplinar quien tras la confirmación del diagnóstico autorice a la vista del caso la interrupción del embarazo.

Con respecto a este punto debemos destacar que a priori parecería que se incrementan los requisitos para acceder al derecho, al exigirse el dictamen de dos médicos, no bastando el informe de un solo médico tal y como sucede con la Ley actual.

El Anteproyecto establece un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres. Con estas previsiones legales se pretende dar

---

solución a los problemas de inequidad en el acceso y vulneración de la intimidad a que había dado lugar el actual marco regulador.

Se ha dado nueva redacción a algunos apartados del artículo 145 del Código Penal, por un lado, con el fin de limitar la pena impuesta a la mujer que consiente o se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la Ley, eliminando la previsión de pena privativa de libertad y limitando la pena impuesta. No obstante, no se despenaliza la IVE para la mujer fuera de los supuestos contemplados en la Ley y en ese sentido sería conveniente abordar la posible supresión del art. 145.2 del Código Penal

Por otro lado, se ha introducido la penalidad correspondiente de las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo, dentro de los casos contemplados por la ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella.

Finalmente, el Anteproyecto de Ley modifica el art. 9.3, c), párrafo 4º, de la "*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*" con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se elimine como excepcionalidad establecida. Continuarán manteniéndose por tanto, en dicha Ley, los límites para el *consentimiento por representación*, en la práctica de ensayos clínicos y en la práctica de técnicas de reproducción humana asistida, que seguirán rigiéndose por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad legal y por las disposiciones especiales de aplicación.

La interrupción voluntaria del embarazo se equipara por tanto, al resto de prestaciones sanitarias, donde la mayoría de edad para decidir se sitúa en 16 años. Así se recoge en las legislaciones sobre IVE en países como Francia, Reino Unido, Dinamarca, Polonia, Suecia, Estonia, Finlandia, Letonia, Lituania y Holanda.

Dada la controversia que ha generado esta modificación legislativa, es necesario hacer constar que en nuestro país existen diferentes edades legales. En ese sentido tenemos:

- Mayoría de edad simple

La mayoría de edad está regulada en la Constitución Española, artículo 12 en donde se dice que 'los españoles son mayores de edad a los dieciocho (18) años'.

- Edad de consentimiento para actividad sexual

---

El Código Penal de España, reformado recientemente en varias ocasiones, establece la edad de consentimiento a los 13 años.

Se consideran Abusos Sexuales no consentidos los que se ejecuten sobre menores de trece años (Art. 181 del Código Penal).

El que, interviniendo engaño, cometiere abuso sexual con persona mayor de trece años y menor de dieciséis (Art. 183 del Código Penal).

- Edad de consentimiento para contraer matrimonio

La edad reglamentaria para contraer matrimonio se encuentra regulada en el art. 46 del Código Civil que a sensu contrario dispone: 'No pueden contraer matrimonio, 1) los menores de edad no emancipados', luego pueden contraerlo:

1. Los mayores de dieciocho (18) años
2. Los emancipados con dieciséis (16) años
3. Con justa causa y a instancia de parte, el Juez de 1º Instancia podrá dispensar, los impedimentos de edad a partir de catorce (14) años (Art. 48.)

- Edad para trabajar

El Estatuto de los trabajadores sitúa en 16 años la edad legal para poder acceder al mercado de trabajo.

## **LA REGULACIÓN DE LA IVE EN EL CONTEXTO EUROPEO**

La mayor parte de las legislaciones nacionales de los países miembros de la UE que regulan el aborto, están centradas en el Derecho a la salud. La mayoría de los países han optado por un modelo legal mixto que combina plazos con indicaciones.

Las legislaciones de Dinamarca, Finlandia, Reino Unido y Suecia regulan el aborto mediante una ley de salud pública y despenalizan el aborto para las mujeres que lo hacen con su consentimiento. Reino Unido y Holanda tienen leyes de plazo hasta la semana 24 sin indicaciones; mientras que en Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, Suecia y Portugal las leyes combinan un plazo de decisión de la mujer de entre 10 y 16 semanas, junto con unas indicaciones (terapéuticas, eugenésicas, socioeconómica, etc.).

---

En ambos supuestos es común la exigencia de otros requisitos, junto con el plazo, que varían de unos países a otros: la exigencia de asesoramiento o entrevista previa, dictamen médico, periodo de reflexión, práctica en centro público, etc.

El régimen de la prestación difiere de unos países a otros también. Así tenemos los que financian enteramente la prestación (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia y Portugal) hasta los que sólo lo hacen excepcionalmente en caso de falta de recursos económicos de la mujer y sólo en las indicaciones (Austria, Alemania) o, incluso, los que no la financian públicamente nunca (Bulgaria).

### **LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA COMO NUEVO MARCO DE REGULACIÓN. LA MATERNIDAD PLANIFICADA Y LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS.**

Con el objetivo de prevenir embarazos no deseados, el Anteproyecto de Ley plantea una regulación de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo dentro de un amplio marco de salud sexual y reproductiva. Así mismo, establece obligaciones y recomendaciones a las Administraciones Públicas para que pongan en marcha medidas a favor de la salud sexual y reproductiva tanto a través del fortalecimiento de la formación y la educación, como la mejora en la atención de la salud, la formación y capacitación de las y los profesionales sanitarios.

Prevé el acceso universal a las prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, proporcionando métodos anticonceptivos adecuados a cada necesidad, a través de los servicios públicos de salud. La incorporación de la salud sexual y reproductiva a los contenidos curriculares de las carreras relacionadas con las ciencias de la salud y en la formación continua de estos/as profesionales. La puesta en marcha de campañas formativas y de información dirigida fundamentalmente a jóvenes y adolescentes para la prevención de embarazos no deseados. Todo ello a través de la implementación de una ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, que tendrá una periodicidad de cinco años.

### **GARANTÍA DE EQUIDAD EN LA PRESTACIÓN DE LA IVE**

La interrupción voluntaria del embarazo se incorpora expresamente a la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud, garantizándose así el acceso a la prestación a todas las mujeres independientemente del lugar donde residan.

La prestación se hará en la red sanitaria pública o vinculada a la misma (concertada). Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, se prevé que la mujer embarazada acuda a cualquier otro centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso expreso de la administración sanitaria de su Comunidad Autónoma, de asumir directamente el abono de la prestación. Además, el Estado velará por el cumplimiento efectivo de los derechos a través de la Alta Inspección, que tendrá que elaborar un informe anual de la situación en cada servicio de salud de las CCAA. La administración velará, en todo caso, por la calidad de la prestación y el respeto a los derechos de intimidad y confidencialidad de los datos de la mujer, tanto si la IVE se practica en centros públicos o privados concertados.

En caso de vulneración de la ley, el Anteproyecto establece que las mujeres dejarán de estar castigadas con penas de prisión aunque serán económicamente sancionadas. Para los/las profesionales que actúen al margen de la ley, el aborto seguirá siendo delito y podrán ser sancionados/as con penas de prisión o multa, en atención a la gravedad del caso y de inhabilitación especial.

La objeción de conciencia del personal sanitario no se regula en el Anteproyecto de Ley, aspecto este que no debería omitirse, al menos en cuanto al marco normativo se refiere y a los límites que debe establecerse para el ejercicio de esa libertad. Se trataría, por tanto, de que la objeción de conciencia del profesional no impidiera en ningún caso el ejercicio de la autonomía y la libertad personal de la mujer que decide la IVE. No obstante, parece que el Anteproyecto establece que habrá garantías para el acceso a la prestación en todos los supuestos.

Así mismo se excluyen la presencia de profesionales que se hayan manifestado contrarios a intervenir una IVE en los comités clínicos que evalúan la autorización de la prestación en supuestos de enfermedad fetal extraordinariamente grave.

## **ESTRUCTURA DEL ANTEPROYECTO DE LEY**

La Ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, una disposición adicional, una disposición derogatoria y cinco disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones, los principios inspiradores de la Ley y proclama los derechos que garantiza.

El Título Primero, bajo la rúbrica “De la salud sexual y reproductiva”, se articula en cuatro capítulos en los que se fijan los objetivos y medidas de las políticas públicas en materia de



---

salud sexual y reproductiva. El capítulo II contiene las medidas en el ámbito sanitario y el capítulo III se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV tiene como objeto la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

En el Título Segundo se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y las garantías en el acceso a la prestación.

La disposición adicional única mandata que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley.

La disposición derogatoria deroga el artículo 417 bis del Código Penal introducido en el Código Penal de 1973 por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y cuya vigencia fue mantenida por el Código Penal de 1995.

La disposición final primera da nueva redacción a los apartados 2, 3 y 4 del artículo 145 del Código Penal y la disposición final segunda modifica el apartado cuarto 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. Finalmente, las restantes disposiciones finales se refieren al carácter orgánico de la Ley, la habilitación al Gobierno para su desarrollo reglamentario y a la entrada en vigor que se fija en cuatro meses desde su publicación, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para su plena aplicación. Sobre la parte expositiva, la norma está bien contextualizada en el entorno sociopolítico, describe los antecedentes normativos y la necesidad de reforma, así como su estructura y contenidos, pormenorizadamente. Sin embargo, en algunos aspectos, como la modificación de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, se echa en falta una mayor argumentación pues, únicamente, se anuncia a sabiendas de que no es un tema exento de controversia.

## **OBSERVACIONES DE CARÁCTER GENERAL**

Sobre la parte expositiva, la norma está bien contextualizada en el entorno sociopolítico, describe los antecedentes normativos y la necesidad de reforma, así como su estructura y contenidos, pormenorizadamente. Sin embargo, en algunos aspectos, como la modificación de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente, se echa en falta una mayor argumentación.

En relación con los contenidos del Anteproyecto, los aspectos fundamentales a destacar son:

- Que los poderes públicos integren la atención a la sexualidad y la capacidad reproductiva en las políticas públicas y la garantía de equidad.
- Que se garantice la IVE como una prestación sanitaria de la Seguridad Social sumida por la sanidad pública.
- Que se garantice la seguridad jurídica tanto para las mujeres como para los profesionales en el ejercicio de la prestación.
- Que se garantice la compatibilidad de la objeción de conciencia de los profesionales con la atención sanitaria obligatoria en caso de IVE, de forma que sea el profesional el que objeta y no el centro sanitario. Centro al que le corresponde prestar la asistencia sanitaria a las mujeres que soliciten IVE.
- La decisión de las menores.

De los cinco aspectos enunciados, los mejor desarrollados son los dos primeros.

En el Título I, los Capítulos I y II determinan el marco de actuación de los poderes públicos y, concretamente, el Capítulo II está dedicado a las garantías en el acceso a la prestación. Prestación que queda incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y, por ello, en igualdad de condiciones de acceso y calidad que el resto de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social. Término este que debería utilizarse en toda la normativa.

En las Disposiciones Generales se establece que la “Alta Inspección, velará por la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de la aplicación de esta ley”, lo que implica el establecimiento de un dispositivo de la Administración como garante del derecho a la prestación. Dispositivo que por su carácter inspector informa y es informado sobre el ejercicio de la prestación, pudiendo actuar ante situaciones concretas en relación con los centros sanitarios, los profesionales y los ciudadanos y ciudadanas.

Sin embargo, la norma no establece las actuaciones y procedimientos de intervención de la Alta Inspección, ni el acceso de los ciudadanos a las mismas, dejando al desarrollo reglamentario un aspecto que debería definirse mejor.

Si determina las medidas a desarrollar los ámbitos sanitario y educativo, situando estas políticas en el campo, tanto de la Salud Pública, como de la medicina asistencial. La orientación de la norma tiene, por tanto, un abordaje integral de los aspectos relacionados

---

con la sexualidad y con la capacidad reproductiva, marcando incluso una Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que será evaluada, como procede en las estrategias en materia de salud.

Los objetivos y resultados de dicha estrategia deberán informarse en el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, órgano de participación social permanente. Está compuesto por representantes de la Administración General del Estado, por representantes de las Comunidades Autónomas y por representantes de las Organizaciones Sindicales más representativas y de las Organizaciones Empresariales.

En relación con las garantías de los profesionales en el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, se echa en falta una serie de contenidos que aborden este tema de forma clara y transparente. Contenidos que deben ser compatibles con la libertad de las mujeres para decidir sobre la IVE, de forma que sea el profesional el que objeta y no el centro sanitario. Centro al que le corresponde prestar la asistencia sanitaria a las mujeres que soliciten IVE en todas las circunstancias que la ley contempla y con todas las garantías.

En cuanto a la decisión de las menores, resulta evidente que este tema requiere un especial tratamiento, además de por haber generado una gran polémica social, porque la minoría de edad tiene grados de madurez diferenciados y, naturalmente, progresivos, pero en cualquier caso, se trata de personas a las que se les puede plantear un conflicto entre su autonomía personal y la relación con sus padres o representantes legales.

El debate sobre la mayoría de edad para tomar decisiones en relación con la salud debería orientarse hacia la protección de la salud de la menor y a ofrecerle la seguridad y la información que necesita para facilitarle el ejercicio de la libertad de elección. Es muy posible que en la actualidad no se haya explicado suficientemente, por lo que tampoco se ha comprendido, la importancia del papel de la familia y del respeto que merecen las decisiones de las menores en relación con su salud.

Para concluir, queremos destacar que los aspectos recogidos en este informe no tienen otro objetivo que aclarar los contenidos de un Anteproyecto de Ley al cual le queda un largo recorrido parlamentario aún, y donde sin duda habrá de sufrir modificaciones, que desde UGT esperamos sirvan para mejorar dicho texto legal. En ese sentido, es necesario recordar que el texto del Anteproyecto de Ley deberá ser informado preceptivamente por el Consejo General del Poder Judicial y por el Consejo de Estado, para que con sus aportaciones se someta de nuevo a la aprobación del Consejo de Ministros, como Proyecto de Ley. Una vez realizado este proceso, deberá ser sometido, previo trámite de enmiendas, a la aprobación

del Congreso y posteriormente del Senado, que lo devolverá al Congreso tras las enmiendas que haya considerado oportunas, para su aprobación definitiva. Como decimos, un largo camino aún, no exento de escollos, que esperamos recojan las recomendaciones de UGT en la materia.