

DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. LA L.O. 2/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA E INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE) Y LA REFORMA ANUNCIADA.

María del Mar Daza Bonachela

La Ciudad de las Diosas

Licenciada en Derecho, Experta Universitaria en Criminología, especializada en Asistencia a Víctimas de Delitos, Experta Universitaria en Violencia de Género. Socia de Themis.

Sumario: 1. INTRODUCCIÓN. 2. LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. 3. LA EDUCACIÓN AFECTIVA Y SEXUAL. 4. LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO. 4.1. Antecedentes. 4.2. La regulación de la IVE. 4.3. La LO 2/2010 y la IVE. 5. LA REFORMA ANUNCIADA.

1. INTRODUCCIÓN.

La Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo se aprobó el 3 de marzo de 2010, buscando la garantía de los derechos humanos de las mujeres, concretamente en aspectos sociales, sexuales y reproductivos, con el respaldo de los estudios y las normas internacionales.

En este artículo se analizan sus puntos de partida para comprender las razones que hacían necesaria la reforma de la normativa española anterior sobre la materia, que partía de la norma preconstitucional de penalización del aborto salvo en determinados supuestos que responden a las denominadas indicaciones terapéutica, ética y eugenésica¹ o embriopática. Para ello se hace un repaso a la realidad de violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres y la consecuente necesidad de implementarlos, se analizan la relación entre educación afectiva y sexual, el derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad y la interrupción voluntaria del embarazo, las disposiciones de la vigente Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo, y por último la medida en que la reforma anunciada por el ministro de Justicia del nuevo gobierno, de retorno a la normativa anterior, incide en la mayor o menor protección de los derechos humanos.

2. LOS DERECHOS HUMANOS Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Las mujeres somos titulares de los derechos humanos. Esto parece una obviedad, pero su reconocimiento ha requerido varias declaraciones de Naciones Unidas² ya que los derechos de

¹ STC 53/1985, de 11 de abril de 1985, FJ 9.

² Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW); Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres de 1993, art. 3; II Conferencia Mundial sobre la Protección de los derechos humanos, celebrada en Viena, en junio de 1993, párrafos 36 y 37 de la Declaración y el Programa de Acción de Viena, en el rótulo dedicado a “La igualdad de condición y los derechos humanos de la mujer”; Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 en El

las humanas han sido y son violados sistemáticamente, en muchos lugares con el amparo de las leyes.

La ONU ha reconocido los derechos sexuales y reproductivos como parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales, vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad, como piedra angular del desarrollo social. La equivalencia de género y la emancipación de la mujer y la niña son parte esencial para promover la dignidad de todos los seres humanos y el progreso en condiciones de justicia social.

Para alcanzar un desarrollo sostenible y equitativo, las personas deben estar en condiciones de controlar su vida sexual y reproductiva. *”Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”*³. Los derechos reproductivos suponen garantizar la salud reproductiva, entendida como un estado general de bienestar físico, emocional y social, y no de simple ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo así como sus funciones y procesos⁴, y se basan en el reconocimiento y respeto a la capacidad de decidir libre y responsablemente, sin discriminación, coerción o violencia, si se desea o no tener hijas e hijos.

Entre los derechos sexuales y reproductivos destacan los derechos: a la salud reproductiva y sexual como parte de la salud en general, tanto en hombres como en mujeres; a la adopción de decisiones reproductivas, incluidas la opción voluntaria al matrimonio, formación de la familia y determinación del número y espaciamiento de los hijos; a disponer de acceso a la información y medios necesarios para ejercer esa opción voluntaria; a la equivalencia de hombres y mujeres, a fin de posibilitar, en todas las esferas de la vida, opciones libres de discriminación por razones de género; a la seguridad sexual y reproductiva, con protección contra la violencia y coacción sexual y derecho a la vida privada⁵.

El desarrollo de los derechos humanos y los avances científicos han permitido la separación de la sexualidad de la reproducción y por tanto la posibilidad de vivirlas de manera autónoma, incluyendo el derecho a disfrutar las relaciones heterosexuales de forma placentera, sin el temor al riesgo de un embarazo no deseado.

Para el ejercicio del derecho de las mujeres a decidir es condición previa e imprescindible su reconocimiento como sujetos éticos autónomos, de pleno derecho y con plena capacidad para tomar las decisiones que competen a su bienestar y a su proyecto de vida. La libre decisión sobre las opciones reproductivas supone el respeto y apoyo a todas ellas: tanto a la decisión de ser madres y padres como a la de quienes deciden no serlo. Esto requiere, además de medidas legales para garantizar la igualdad entre los sexos, protección de la privacidad y acceso a los servicios de salud, disponer de los medios para que la decisión se pueda hacer efectiva: información y educación sobre sexualidad y métodos de control de la fertilidad; acceso a los métodos anticonceptivos y a información y servicios para la interrupción voluntaria del

Cairo; Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer celebrada en 1995.

³ Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 96, aprobada en la 16ª sesión plenaria, celebrada el 15 de septiembre de 1995, y hecha suya por la Asamblea General de Naciones Unidas por Resolución A/RES/50/203, de 23 de febrero de 1996.

⁴ Párrafo 7.2 del Programa de Acción de la CIPD (A/CONF.171/13) accesible en <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>; Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE): *Carta de derechos sexuales y reproductivos*, accesible en http://www.fpfe.org/files/t_pdf/carta_de_derechos.pdf.

⁵ Programa de Acción de la CIPD, párrafos 7.1 - 7.48.

embarazo, y atención sanitaria a las mujeres en el proceso de gestación, parto y puerperio así como en la interrupción del embarazo⁶.

Pero, como repetidamente se ha señalado, los derechos humanos son más ensalzados en la teoría que respetados en la práctica. La realidad es muy distinta a la que describen las declaraciones internacionales. En todo el mundo las niñas y las mujeres son víctimas de múltiples formas de violencia: malos tratos en la relación de pareja; lesiones y asesinatos a manos de los hombres a quienes una vez decidieron unir su vida; trata y explotación sexual; incesto y violación, abuso y acoso sexual; mutilación genital; matrimonios forzados; crímenes de honor, y un largo etcétera. Muchas de estas formas de violencia provocan embarazos no deseados, muertes por abortos clandestinos o suicidios: y todas estas violencias pasan por tratar a las mujeres como objetos para el consumo y la dominación de hombres que utilizan el sexo para someter a la mujer, privándola de libertad y dignidad.

Para acabar con todas estas violencias es necesario desarrollar e implantar los derechos humanos de las humanas, siendo de crucial importancia, por sus consecuencias directas sobre el control de nuestras vidas, desarrollar los derechos sexuales, poniendo en marcha recursos que garanticen la información y la educación afectivo sexual, hasta ahora considerados secundarios (o terciarios, o tabú) por nuestra sociedad, así como la capacidad de decisión de las mujeres.

Los déficits en derechos sexuales comportan un grave desajuste respecto a las recomendaciones de instancias y organizaciones internacionales como la ONU, la OMS, el Consejo de Europa, el Parlamento Europeo y el TEDH. La falta de información sobre anticonceptivos, las barreras económicas o culturales de acceso a los mismos, los fallos de los métodos, el temor a sus efectos secundarios, la oposición de la pareja, determinados posicionamientos religiosos, la realidad, para las mujeres y niñas, de relaciones sexuales no voluntarias o planeadas —cuya expresión extrema es la violación—, la presión para el inicio de la vida sexual⁷, o las relaciones forzadas en el contexto de una pareja, llevan a que hoy se sigan produciendo gran número de embarazos no deseados. La OMS calcula que, de los 211 millones de embarazos anuales, unos 87 son involuntarios, 46 acaban en abortos provocados, 2,5 son debidos a utilización inapropiada o fallo de los métodos, y 6 se producirían aún utilizando los métodos anticonceptivos correctamente.

No se podrá acabar con todos, pero una mejor educación sexual y reproductiva contribuiría a reducir los embarazos no deseados. Ante ellos, las mujeres y las parejas se enfrentan a decisiones difíciles, y las opciones son básicamente dos: interrumpir el embarazo mediante aborto inducido o continuar con el embarazo no deseado; ambas decisiones tienen consecuencias sobre la salud física y psíquica de la madre y su progenie. El aborto tiene sus riesgos —tanto mayores cuanto más restringido legalmente esté—, y ser madre contra la propia voluntad también tiene consecuencias negativas para la madre y la criatura no deseada⁸.

Como ejemplos de lo traumática que puede ser la prohibición del aborto, recordemos el proceso penal por aborto en Nicaragua contra los padres de Rosa, de 9 años, violada reiteradamente por un adulto en Costa Rica, embarazada y con ETS, que fue excomulgada

⁶ FPFE: *Carta...*, cit., 4. Derecho a decidir sobre las distintas opciones reproductivas.

⁷ “Entre el 7% y el 48% de las adolescentes reconocen que su primera experiencia sexual fue forzada. (...) a menudo dependen de su pareja para prevenir el embarazo”. OMS, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2005 - ¡cada madre y cada niño contarán!*. <http://www.who.int/whr/2005/chapter3/es/index3.html>

⁸ LANGER-GLAS, Ana: “Embarazo no deseado y el aborto inseguro: su impacto sobre la salud en México”. *Gac. Méd. Méx.* Vol. 139, Suplemento No. 1, 2003. <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-gaceta/e-gm2003/e-gms03-1/em-gms031b.htm>

junto con su familia y los médicos que le practicaron el aborto⁹; o el de Amalia, diagnosticada de un cáncer con metástasis estando embarazada de 10 semanas a quien se negaba la posibilidad de interrumpir su embarazo y someterse a los tratamientos de quimio y radioterapia necesarios¹⁰. La prohibición del aborto no impide su práctica, pero conduce a su realización en la clandestinidad con mayor peligro la salud y la vida de las mujeres¹¹, y las criminaliza. Amnistía Internacional advierte de que la prohibición del aborto conduce incluso a castigar a niñas y mujeres que han sufrido un aborto involuntario, ya que en muchos casos es imposible distinguir el aborto espontáneo del aborto inducido¹².

3. LA EDUCACIÓN AFECTIVA Y SEXUAL

España no ofrece formación adecuada en el campo de la educación afectiva y sexual. Las medidas educativas y asistenciales en este ámbito no se han potenciado lo necesario y recientemente se han desmantelado prestaciones y servicios, cerrado recursos educativos y de atención a la sexualidad juvenil. Y en los 25 años anteriores a la aprobación de la vigente ley, las tasas de abortos inducidos registrados no dejaron de crecer.

La educación afectivo-sexual se ha limitado a la prevención y a alertar de posibles riesgos. Las actividades dirigidas a adolescentes son puntuales, en talleres de pocas horas, y se concretan en charlas “de expertos” a grupos numerosos. Su implantación depende de las directrices de cada Consejería de Educación, el interés de la dirección de cada centro y el impulso u oposición de las respectivas AMPAs. Los intentos de generalizarla han sido

⁹ El caso terminó en archivo porque el aborto terapéutico se había practicado dentro del marco legal, ver <http://www.puntos.org.ni/boletina/contenido.php?CodBole=96&key=982>; <http://www.perspectivaciudadana.com/contenido.php?itemid=4103>; <http://www.rebelion.org/hemeroteca/ddhh/050303nica.htm>.

¹⁰ La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, tras demanda de Women's Link Worldwide, Centro por la Justicia y el Derecho Internacional (CEJIL), Grupo Estratégico por la Despenalización del Aborto Terapéutico e Ipas Centroamérica, otorgó medidas cautelares el 2-3-2010, y sentó un precedente histórico al instar al Gobierno de Nicaragua: a adoptar, en concertación con la beneficiaria y sus representantes, las medidas necesarias para asegurarle el acceso al tratamiento necesario para su cáncer y la reserva de su identidad y la de su familia; presentar en cinco días información sobre el cumplimiento de las medidas y actualizar esos datos en forma periódica.

Para las organizaciones solicitantes de las medidas cautelares, la penalización del aborto terapéutico expone a todas las mujeres, y de manera más grave a las mujeres pobres, al retraso en la atención médica o la negación de los servicios de salud comprometiendo sus derechos humanos a la vida y a la salud. Según la CIDH la legislación que penaliza el aborto terapéutico, violenta el derecho de las mujeres a la protección de su salud y de su integridad personal y la falta de acceso al aborto terapéutico expone a las mujeres a la pérdida de su vida al no brindárseles el tratamiento médico adecuado para su enfermedad por proteger de sus consecuencias al feto.

Otros órganos de protección internacional -Comité contra la Tortura, Consejo de Derechos Humanos, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales- y el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas han instado de igual manera al Estado nicaragüense a incorporar de nuevo el aborto terapéutico.

El Ministerio de Salud finalmente aplicó el tratamiento de quimioterapia a “Amalia”, si bien siguen siendo responsabilidad del Estado las consecuencias negativas que pudieran resultar del retardo de la atención médica, así como por no haber propuesto la interrupción del embarazo como parte del tratamiento para combatir el cáncer y proteger su vida.

<http://cejil.org/comunicados/nicaragua-debe-brindar-tratamiento-medico-a-embarazada-enferma-de-cancer>;

<http://www.cimacnoticias.com/site/10022310-Niegan-interrupcion.41660.0.html>;

http://www.redsemlac.net/web/index.php?option=com_content&view=article&id=462:nicaragua-interpelado-gobierno-a-dar-tratamiento-a-embarazada-con-cancer&catid=42:derechos-civiles&Itemid=61

¹¹ FERRANDO, Delicia: “Aborto clandestino. Una forma de inequidad y exclusión”, *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina*, n° 10, Año 2, accesible en <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b10/articulos.htm>

¹² Amnistía Internacional: *La escandalosa prohibición total del aborto en Nicaragua niega tratamiento que salva vidas de niñas y mujeres*, en <http://www.amnesty.org/es/news-and-updates/report/escandalosa-prohibicion-C3%B3n-total-del-aborto-niega-tratamiento-20090727>.

duramente atacados desde los sectores más reaccionarios de la sociedad, que entienden la educación afectiva y sexual como invitación a la promiscuidad.

Frente a tal enfoque limitador, es necesaria la Educación Afectivo Sexual como tarea conjunta de los agentes sociales implicados: familia, centro educativo, sistemas sociales de apoyo, grupo de iguales y medios de comunicación; con intervenciones globales e integrales para promover que niños y niñas, adolescentes y jóvenes, hombres y mujeres, aprendamos a conocernos, aceptarnos y expresar nuestra sexualidad de forma sana y responsable. Con la excepción de algunas experiencias muy positivas con esta orientación, por ejemplo el *Programa Por Los Buenos Tratos* de Acción en Red¹³, el objetivo ha sido sólo “evitar” los embarazos en adolescentes o las infecciones de transmisión sexual insistiendo en el preservativo y la abstinencia. Sin embargo, se trata de “conseguir” una educación basada en una concepción positiva del hecho sexual humano y de la diversidad sexual en el marco de una ética de la sexualidad en equivalencia, sinceridad, respeto, cuidado y corresponsabilidad¹⁴. La nueva Ley de Salud Sexual y Reproductiva e IVE supone un importante avance, a nivel legal, en este camino, tratando de satisfacer estas necesidades.

La ley (art. 5) obliga a los poderes públicos a garantizar: la información y educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo, el acceso universal a servicios y programas de salud sexual y reproductiva y a métodos seguros y eficaces para regular la fecundidad y la eliminación de toda forma de discriminación, con los apoyos necesarios a personas con discapacidad. También obliga a: promover relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual; adoptar programas educativos especialmente diseñados para la convivencia, el respeto a opciones sexuales individuales y la corresponsabilidad en las conductas sexuales, sea cual sea la orientación sexual; y desarrollar acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, atendiendo a prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Prevé (arts. 9 y 10) la integración de la formación en salud sexual y reproductiva en el sistema educativo como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, con un enfoque integral hacia una visión sana y responsable de la sexualidad, en el marco de una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva diseñada en colaboración con CCAA y organizaciones científicas, profesionales y sociales; y obligaba al Gobierno (DA 3ª) a que, en un año desde su entrada en vigor, incluyese todos los métodos anticonceptivos eficaces entre las prestaciones farmacéuticas del SNS.

4. LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

1. Antecedentes.

Los artículos 413 y ss. del Código Penal de 1973 castigaban a la mujer que abortase y a los padres que cooperasen con ella con prisión menor, o arresto mayor en caso de que el aborto se practicara para “ocultar la deshonra” de la mujer. Imponía a quienes practicasen abortos las mismas penas en grado máximo y además multa e inhabilitación para prestar cualquier tipo de servicios en establecimiento sanitario público o privado. El Código Penal también castigaba como delito, con arresto mayor y multa, la indicación, anuncio, expedición, suministro, venta, propaganda, etc., de cualquier sustancia anticonceptiva u objeto destinado a evitar la procreación.

¹³ www.porlosbuenostratos.org

¹⁴ IX Congreso de STEC-IC *Participación, Unidad y Compromiso por la Educación Pública Canaria: En defensa de la educación afectivo sexual*.
http://www.stec.es/IX_Congreso/IX_Congreso_Resoluciones_Aprobadas/R016_en_defensa_de_la_EAS.pdf

Es sabido que las leyes eran una cosa y la realidad otra muy distinta. Desde los años 60 la natalidad comenzó a descender vertiginosamente: las mujeres se las arreglaban para tener menos hijos pese a las prohibiciones. En las áreas rurales, abortaban clandestinamente, recurriendo a otras mujeres, practicantes, o curanderas, poniendo en riesgo su vida; quienes se lo podían permitir pagaban dinerales en clínicas u hospitales o en el extranjero; en todo caso, las mujeres ponían en riesgo su libertad y el número de mujeres forzadas a seguir adelante con embarazos no deseados es incalculable¹⁵.

Tras la Constitución de 1978 se despenalizaron los anticonceptivos, pero hasta 1983 no se iniciaron los trámites de aprobación de una Ley de reforma parcial del Código Penal que despenalizase el aborto en tres supuestos determinados —violación, malformación del feto y peligro para la salud física o psíquica de la embarazada—¹⁶. El proyecto produjo una furibunda reacción de los mismos sectores que se vienen oponiendo a la educación afectiva y sexual en las escuelas y que se opusieron a la aprobación de la LO 2/2010, de SSR e IVE. Alianza Popular presentó una enmienda a la totalidad e interpuso un recurso de inconstitucionalidad que paralizó durante dos años la entrada en vigor de la Ley¹⁷ que finalmente en 1995 introdujo en el CP español el art. 417 bis, despenalizando parcialmente el aborto que se continuó considerando delito en todos los demás casos.

El CP de 1995, llamado “de la democracia”, (art. 145) mantuvo el mismo sistema de indicaciones (ética, embriopática y terapéutica) castigando el aborto con carácter general cuando no concurrieran las indicaciones permitidas por la ley (con las penas de 1 a 3 años de prisión e inhabilitación de 1 a 6 años a quien lo practicase, y prisión de 6 meses a 1 año o multa a la mujer que se lo produjese o consintiera), dejando vigente el art. 417 bis del viejo código, en una solución provisional a la espera de una ley especial que contemplase todos los aspectos derivados de la licitud de ciertos casos de aborto.

La interrupción del embarazo a petición de la mujer se normalizó amparándola en la indicación terapéutica de riesgo para la salud mental de la embarazada. Pero este sistema plantea la despenalización parcial del aborto como excepción al principio general de castigarlo, y no lo reconoce un derecho consecuencia del derecho de la mujer a decidir sobre su maternidad. La despenalización parcial en un contexto general de castigo, además de ser ineficaz para contener el incremento del número de abortos, fue fuente de inseguridad jurídica, tanto para el personal sanitario como para las mujeres que tomaban parte en un aborto legal, pues dejaba siempre abierta la posibilidad de un control judicial posterior a la intervención para constatar en cada caso si los presupuestos de la situación excepcional concurrían o no. El impulso de este proceso podía venir de la denuncia de un novio despechado, un marido indignado por el anuncio de separación de “su” mujer, unos padres contrarios al aborto de su hija menor de edad o, lo más frecuente, organizaciones fundamentalistas de las autodenominadas pro-vida¹⁸ que, argumentando a favor de la vida del feto, no defienden en cambio la vida de la menor o la mujer violada, ni la de la embarazada con una patología que sin

¹⁵ Distintas estimaciones sobre cifras de abortos provocados en España por aquéllos años van desde 500.000 anuales, según Fernández Cabezas en el IX Curso Internacional de Criminología, en 1962, entre 70.000 y 100.000 al año, según un estudio publicado en Tribuna Médica en 1972; o 300.000 anuales, según el Dr. Sopeña Ibáñez, en 1976. Rodríguez Devesa, Parte Especial de Derecho Penal Español, 1977, p. 77.

¹⁶ RUBIALES TORREJÓN, Amparo: “El túnel del tiempo”. *Revista Independiente de pensamiento feminista*, septiembre 2009.

¹⁷ LO 9/1985, de 5 de julio de 1985.

¹⁸ LAURENZO COPELLO, Patricia: *El aborto en la legislación española: una reforma necesaria*. Fundación Alternativas, Doc. de trabajo 68/2005, accesible en <http://www.falternativas.org/laboratorio/documentos/documentos-de-trabajo/el-aborto-en-la-legislacion-espanola-un-a-reforma-necesaria>.

tratamiento provocará su muerte¹⁹, ni una vida de calidad para que las personas vengan al mundo queridas y cuidadas. La penalización del aborto se convierte en una práctica que atenta contra la vida, la salud, la libertad y la dignidad de las personas²⁰.

El sistema de indicaciones es una opción político-criminal que no respeta los derechos sexuales y reproductivos reconocidos internacionalmente y no es coherente con el avance social y jurídico y el respeto a la autonomía de la mujer. En este modelo, la mujer es relegada a un papel pasivo de peticionaria de una prestación médica, dejando la decisión sobre la oportunidad de la interrupción del embarazo en manos de terceras personas²¹.

Hasta la LOSSR e IVE, sólo el 2% o 3% de los abortos se habían realizado en los centros del Servicio Nacional de Salud, y ninguno en las comunidades autónomas de Navarra y Extremadura. La mayoría de las mujeres que deseaban interrumpir su embarazo tenían que pagar por ello, pues sólo las clínicas privadas acreditadas habían resuelto la demanda de esta prestación sanitaria, pese a estar incluida en la cartera del SNS.

Mientras tanto, los procesos penales a mujeres y clínicas fueron continuos. En 1992 el Parlamento Europeo dictó una Resolución solicitando al Gobierno español el cese de las persecuciones, detenciones y juicios por aborto. El Gobierno socialista presentó un informe sobre la realidad del aborto considerando necesaria la reforma de la ley de 1985 y, a finales de junio de 1994, remitió al Consejo General del Poder Judicial su Anteproyecto de Ley Orgánica de Interrupción Voluntaria del Embarazo introduciendo un cuarto supuesto de despenalización: las causas económico-sociales; el Anteproyecto no llegó a las Cortes y acabó la legislatura sin modificaciones en la materia²² hasta la LO 2/2010.

Durante esos 25 años se produjo una caza de brujas y agresiones de grupos ultra contra las clínicas privadas que garantizaban el derecho al aborto, con procesos penales, detenciones, incautación de historias clínicas, inspecciones y asaltos la intimidad de muchas mujeres, irrupción en sus domicilios y citaciones a declarar; acoso de los medios de comunicación de la derecha (El Mundo, ABC, Intereconomía) y campaña antiaborto de la Iglesia católica. Por otra parte, se llevaron a cabo, como antes de 1985, campañas de autoinculpación de grupos de mujeres, concentraciones ante los juzgados de guardia, recogidas de firmas, actos informativos, y otros actos a favor del aborto²³.

2. La regulación de la IVE.

Urgía reformar la regulación del aborto en España por el sistema de plazos —reclamada por colectivos científicos, sociales, políticos y profesionales²⁴— para adecuarla a nuestra

¹⁹ “En los países en los cuales no está autorizado el aborto las mujeres que tienen acceso a recursos económicos, institucionales y / o culturales pueden realizarse un aborto en condiciones clandestinas pero seguras, mientras que la mayoría de mujeres que están excluidas de acceso a estos recursos lo hacen en condiciones inseguras poniendo en riesgo su vida. Es así que el aborto clandestino e inseguro se ha convertido en una de las causas de la mortalidad materna”. OLEA, Cecilia: “Por la vida: aborto legal y seguro”, *Boletín Electrónico del Proyecto Sexualidades, Salud y Derechos Humanos en América Latina*, nº 10, Año 2, accesible en <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b10/articulos.htm#3>.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ LAURENZO, 2005.

²² PINEDA, Empar: “Nueva campaña contra el aborto”, *Página Abierta*, 190, marzo de 2008; e IZARRA, Concepción, *et al.*: Informe La lucha por el derecho al aborto. *Boletín epidemiológico* de la CAM. Febrero de 2007. Cronología, en <http://www.pensamientocritico.org/emppin0308.html>

²³ PINEDA, 2008.

²⁴ Ej., entre otros muchos: Coordinadora Estatal de Organizaciones Feministas, Fundación Matria, Fundación Alternativas, ACAI, Plataforma de Apoyo al Lobby Europeo de Mujeres, Federación Nacional de Mujeres Progresistas, Asociación de Mujeres Juristas Themis, etc..

realidad social y a la normativa internacional, dejando la decisión última sobre su maternidad en manos de la mujer y garantizando claramente su autonomía, y también la seguridad jurídica del personal sanitario, a la vez que se las compaginase con la adecuada protección de la vida prenatal, mediante un sistema de plazos.

Según nuestras leyes, el nacimiento determina la personalidad, si bien al concebido se le tiene por nacido (art. 29 Código civil) a los efectos favorables, siempre que nazca con figura humana y viva 24 horas enteramente desprendido del seno materno (art. 30 Cc).

En 1985 el Tribunal Constitucional afirmó que el art. 15 CE protege al *nasciturus*, aún cuando, al no ser persona, no sea titular al derecho fundamental a la vida²⁵; la vida en gestación es un bien constitucionalmente protegido que debe ponderarse con los derechos fundamentales, vida y dignidad, de la mujer embarazada, y debe el intérprete constitucional armonizarlos o precisar las condiciones en que pueda admitirse la prevalencia de uno u otros: la STC declaró la inconstitucionalidad (parcial) del proyecto y exigió garantías adicionales de dicha ponderación.

Los votos particulares de seis Magistrados²⁶ señalaron que no existía inconstitucionalidad del proyecto, que la STC traspasó peligrosamente los límites de su potestad jurisdiccional, siendo el problema jurídico penal del aborto tema disponible por el legislador democrático (cuyas competencias invade el tribunal) y no imponiendo la CE que la protección de la vida intrauterina deba revestir forma penal; y omite, que no olvida, atender al valor superior (art. 1.1 CE) de la libertad, y a los demás derechos fundamentales efectivamente implicados -de la mujer embarazada (arts. 10, 15, 16 y 18)- que la sentencia invoca sólo de manera retórica.

Entre los modelos de nuestro entorno, el alemán, de “asesoramiento”, conjuga los criterios del sistema de plazos con las exigencias constitucionales de protección de la vida intrauterina, compatibilizando el deber del Estado de tutelar la vida en gestación y el respeto a la libertad y dignidad de la mujer embarazada, por el mecanismo de hacer depender la legalidad de la interrupción del embarazo solicitada por la mujer de una fase previa de asesoramiento y reflexión que asegure una decisión de la mujer en la que el aborto sea el último recurso para salir de su situación de conflicto²⁷.

3. La LO 2/2010 y la Interrupción Voluntaria del Embarazo,

La regulación efectuada por LO 2/2010 viene a atender las demandas y cuestiones planteadas siguiendo el modelo alemán, pese a que el asesoramiento previo y obligado periodo de reflexión constituye un riesgo de intromisión por parte de las instituciones públicas –mayor o menor en función de la ideología de quienes lo realicen– en una decisión de carácter personalísimo, que puede afectar a los derechos fundamentales de la mujer. Durante su tramitación se repitieron, por una parte, las campañas antiaborto, tremendamente macabras y agresivas (considerando que existe vida humana desde la fecundación, o incluso antes, atribuyendo preferencia absoluta a la vida en gestación sobre la vida, dignidad y libertad de la mujer gestante, equiparando aborto a asesinato y terrorismo y, en definitiva, pretendiendo imponer sus creencias morales y religiosas a toda la ciudadanía) de la jerarquía de la Iglesia católica y la derecha²⁸ y, por otra parte, la movilización feminista en defensa de los derechos

²⁵ STC 53/1985, de 11-04-1985.

²⁶ Arozamena Sierra, Díez-Picazo, Tomás y Valiente, Latorre Segura y Díez de Velasco Vallejo, y Rubio Llorente.

²⁷ LAURENZO, 2005.

²⁸ Que, curiosamente, no se han opuesto a la pena de muerte, las guerras, la violencia de género o la

fundamentales de las mujeres, aunque sin la misma repercusión mediática.

La Ley vigente establece como requisitos necesarios para la interrupción voluntaria del embarazo que: 1º.- Se practique por “un médico” especialista o bajo su dirección; 2º.- Se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado y 3º.- Conste el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, de su representante legal de conformidad con lo establecido en la Ley de Autonomía del Paciente²⁹, salvo en los casos de riesgo urgente y grave para la vida o salud de la embarazada.

La nueva Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, compaginando la garantía de autonomía de las mujeres con la protección de la vida prenatal: durante las primeras 14 semanas se garantiza la posibilidad de interrumpir voluntariamente el embarazo siempre que se haya informado a la mujer sobre todos los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad (art. 17), y hayan transcurrido al menos tres días (plazo de reflexión) entre el momento en que se facilita la información y la realización de la intervención (art. 14).

Excepcionalmente, puede interrumpirse el embarazo por causas médicas:

- Dentro de las primeras 22 semanas de gestación, cuando:

1.- Conste la existencia de grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada en dictamen médico previo (indicación terapéutica), del que sólo se podrá prescindir en caso de urgencia por riesgo vital para la gestante³⁰; o

2.- Exista riesgo de graves anomalías en el feto (indicación embriopática) y conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas; en tal caso la mujer embarazada recibirá información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas y la red de organizaciones de asistencia social a personas con discapacidad.

- En cualquier momento, incluso más allá de la vigésimo-segunda semana, cuando se detecten en el feto anomalías incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un especialista diferente de quien practique la intervención, o cuando exista una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico. En estos casos decae la premisa que hace de la vida prenatal un bien jurídico protegido por la Constitución (STC 212/1996), como bien señala el Preámbulo de la Ley. El comité clínico lo constituirá un equipo de dos especialistas en ginecología y obstetricia o en diagnóstico prenatal y un/a pediatra; la mujer puede elegir a uno de ellos. En cada Comunidad Autónoma deberá haber al menos un comité nombrado por el período mínimo de un año. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención, que se realizará preferentemente en un centro de la red sanitaria pública.

En todos los casos de interrupción del embarazo se debe informar a la mujer de forma clara, objetiva y comprensible, adecuada en su caso a las necesidades de las personas con discapacidad, sobre los distintos métodos para llevarla a cabo, requisitos, centros públicos y

transmisión del VIH. Fundación Matria: “Manifiesto por la no ingerencia de la Iglesia católica en nuestro Estado Democrático de Derecho”. *Revista Independiente de Pensamiento Feminista*, 2009

²⁹ Artículo 9 de la L. 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica (nueva redacción del art. 9.4.2 por L.O. 2/2010, de SSR e IVE). Las mayores de 16 y menores de 18 años consentirán ellas mismas, pero deberán informar al menos a uno de sus representantes legales, salvo que aleguen fundadamente que ello le provocará un conflicto grave, con peligro de violencia familiar, maltrato, amenazas, coacciones, o una situación de desarraigo o desamparo. Aunque según el desarrollo reglamentario valorará el médico, en la práctica tendrá que hacerlo con ayuda de la Trabajadora o Trabajador Social del centro sanitario.

³⁰ En este último caso el art. 417 bis CP 1995 no imponía límite temporal. Según la LO 2/2010, cuando se produzca este supuesto más allá de la semana veintidós, se podría practicar un parto inducido

privados a que se puede dirigir, trámites necesarios y condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente, y también, previamente al consentimiento, sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución o interrupción del embarazo.

La Ley establece un conjunto de garantías para solucionar los problemas de desigualdades territoriales en el acceso a la prestación. Obliga a los servicios públicos de salud a aplicar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la IVE en todas las Comunidades Autónomas con independencia del lugar de residencia de la embarazada, debiendo realizarse la prestación en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma³¹. Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar la prestación, la ley reconoce a la mujer embarazada el derecho a obtener el pago de la misma acudiendo a otro centro acreditado en el territorio nacional³². A fin de velar por la efectiva igualdad en el ejercicio de los derechos y el acceso a las prestaciones reconocidas en esta Ley, la misma obliga a la Alta Inspección del Estado a verificar el cumplimiento de estas disposiciones³³.

El resto del articulado regula otros aspectos que refuerzan la seguridad jurídica, como:

- El derecho a la objeción de conciencia, que ampara sólo al personal sanitario directamente implicado en la realización de la IVE. La decisión, individual, debe manifestarse anticipadamente por escrito; y su ejercicio no puede menoscabar la accesibilidad y calidad asistencial de la prestación. Quienes lo ejerciten dispensarán en todo caso tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a la intervención; o
- La garantía de la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres (arts. 20 y ss.). Los centros deberán contar con sistemas de custodia activa y diligente de las historias clínicas e implantar medidas de seguridad de nivel alto de protección de datos de carácter personal: asignación a la paciente un código de identificación; acceso a los datos limitado, conforme a las normas reguladoras de la documentación clínica; y cancelación de oficio de los datos identificativos de la paciente y el código asignado a los cinco años, o antes a solicitud, aunque puede conservarse la documentación clínica por razones epidemiológicas, de investigación u organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Por último, el nuevo art. 145 del Código Penal castiga el aborto practicado fuera de los casos permitidos por la Ley con penas de prisión (1-3 años) e inhabilitación (1-6 años) a quien

³¹ Disposición que fue recurrida de inconstitucionalidad por el Gobierno de Navarra. Este recurso, como el del Partido Popular sigue pendiente de resolución.

³² “Aunque ésta sigue realizándose a través de conciertos con clínicas privadas, no habiendo aumentado la prestación de este servicio en la red sanitaria pública”, según Plataforma “Mujeres, en plural” (PMP), documento *La Ley de Salud Sexual y Reproductiva... un año y medio después*, Granada, 2 de noviembre de 2011.

³³ Artículo 76 L. 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Según la PMP, doc. cit., la Inspección “no ha funcionado y se dan diferencias significativas entre unas y otras comunidades: 1) Continúa habiendo CC.AA y provincias que derivan a las mujeres a otras comunidades o provincias en todos los casos, o en aquellos que superan un determinado número de semanas, y ello a pesar de contar con la red sanitaria pública que contempla la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de su cartera de servicios, es el caso de las CC.AA de Castilla-León, la Rioja, Cantabria o Euskadi. En Navarra, recientemente se ha comenzado a prestar este servicio tras 24 años de espera. 2) En cuanto al acceso gratuito a esta prestación, con problemas importantes en algunas CC.AA. como la de Cataluña en la que las mujeres han de adelantar el pago de esta prestación de su bolsillo, o las de Madrid y Castilla la Mancha cuyo retraso en el pago a las clínicas llega hasta 20 meses. 3) En cuanto a la información y facilidad de acceso en los supuestos en los que hay malformaciones fetales o de riesgo para la salud física y psíquica de la madre entre las semanas 14 y 22. 4) En la información que se da a las mujeres con tres días de antelación a la interrupción del embarazo, que está siendo utilizada por algunas comunidades (Madrid, Valencia, Castilla-León...) para culpabilizar a las mujeres y derivarlas hacia asociaciones anti-elección, abiertamente contrarias al derecho al aborto. 5) Disparidad de criterios a la hora de establecer conciertos con las clínicas acreditadas.”

lo practique, y con multa (6-24 meses) a la mujer que se lo practique o consienta; y el nuevo art. 145 bis castiga con multa (6-12 meses) e inhabilitación para prestar servicios (6m-2años) a quien realice un aborto -no a la embarazada- dentro de los casos legales pero sin cumplir los requisitos establecidos legalmente.

Tras la aprobación de la LO 2/2010 muchas personas expresamos nuestro convencimiento de que, de implementarse las medidas de educación afectivo-sexual y prevención que ésta dispone con los recursos y esfuerzos necesarios, veremos disminuir el número de abortos³⁴. La LO 2/2010 vino a satisfacer necesidades y requerimientos que ya eran impostergables y es un instrumento válido para avanzar hacia una sociedad más justa, formada por personas más felices, en la que el desarrollo de la sexualidad se base en los valores de respeto, libertad, igualdad, cuidado, sinceridad y corresponsabilidad, pero las grandes resistencias de agentes sociales que pretenden –controlando y reprimiendo la sexualidad, sobre todo la de las mujeres– evitar que mujeres y hombres se salgan de los roles tradicionalmente asignados y las inercias sociales dificultan sobremanera tales avances³⁵.

5. LA REFORMA ANUNCIADA

Entre las mencionadas resistencias se encuentran las del Partido Popular, actualmente en el gobierno, que formuló recurso de inconstitucionalidad contra la LO 2/2010. El ministro de Justicia y la ministra de Sanidad y Consumo han declarado su intención de derogar la LO 2/2010 para “*defender el derecho a la vida*”, y anuncian que la edad de consentimiento para la realización de una interrupción voluntaria del embarazo volverá a ser de 18 años³⁶.

La reforma anunciada, pretende suprimir la capacidad de decisión libre de las mujeres que deseen interrumpir su embarazo dentro de las primeras 14 semanas (sistema de plazos) y retornar a una normativa similar a la de 1985, volviendo a considerar delito el aborto –que deja de ser un derecho– salvo en determinados supuestos. El ministro la presenta como una medida “*progresista*”, para “*avanzar en un sistema en que los concebidos no pierdan sus derechos, que es lo que han perdido con la ley de Zapatero*”, lo que, como señala el presidente de la Acai, suena a un *meritorio* endurecimiento de la ley de supuestos anterior, que sin duda vendrá a ahondar la inseguridad jurídica para mujeres y profesionales³⁷.

En la misma línea de restricción de los derechos sexuales y reproductivos el gobierno pretende dificultar la anticoncepción de emergencia, reimplantando la exigencia de receta médica para adquirir la píldora del día después³⁸. Todo ello supone en definitiva depositar la

³⁴ Daza Bonachela, M.M., Ponencia sobre *La nueva LO 2/2010, de 3 de marzo, de SSR e IVE*. Ayuntamiento de Maracena, 20 de marzo de 2010. Los estudios sobre la realidad lo confirman: en diciembre de 2011 la OMS expuso las conclusiones del estudio “*Aborto a nivel mundial. Una década de progreso desigual*”, realizado en colaboración con el Guttmacher Institute, entre las que destaca que los países con legislaciones más restrictivas o que prohíben el aborto cuentan con cifras mayores de IVE que aquellos que la regulan como un derecho a la salud sexual y reproductiva. El informe está accesible en <http://www.guttmacher.org/pubs/Aborto-a-nivel-mundial.pdf>.

³⁵ De hecho pese al tiempo transcurrido desde la entrada en vigor de la LO 2/2010 “*No se han dado avances en lo relativo a la necesaria educación sexual para prevenir los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y promoción de una sexualidad libre y responsable, orientada al conjunto de la población en edad reproductiva, con particular atención a jóvenes e inmigrantes*”, PMP, doc. cit.

³⁶ Anunciado por el ministro en su primera comparecencia ante el Congreso el 25/01/2012.

³⁷ Santiago Barambio, presidente de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAI), “La reforma del aborto en manos de la derecha del PP. Lo que se oculta tras el anuncio de la reforma de la ley”, *El País*, 20.02.2012, accesible en http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/02/20/actualidad/1329751443_513046.html

³⁸ “*El gobierno vuelve a instaurar el reproche penal del aborto. La reforma de la Ley del Aborto para volver a un sistema de supuestos y el previsible fin de la dispensación libre de la píldora poscoital limitan la capacidad de*

capacidad de decidir en terceros (profesionales de la medicina, en primera instancia y jueces/as en última) que serán quienes decidan si el caso concreto se ajusta o no a las indicaciones y supuestos de despenalización³⁹.

El cambio legislativo anunciado, a menos de dos años de aplicación de la LO 2/2010, significa un grave retroceso sin que exista razón que lo justifique, pues ésta no ha supuesto un incremento del número de abortos, bastante estable en España entre 2007 y 2010⁴⁰. Ello demuestra, una vez más, que lo que provoca el aborto son los embarazos indeseados, fruto, fundamentalmente, de la ignorancia, la dificultad de acceso a medios anticonceptivos y los fallos de éstos– y el número de embarazos no deseados no depende de cómo se regule la IVE sino de las políticas de educación en salud sexual y reproductiva y de las facilidades de acceso a los métodos anticonceptivos. El cambio de regulación no supondrá por tanto un descenso en las cifras de IVE, sino un aumento de los abortos inseguros –tanto en aspectos materiales como jurídicos–, un empeoramiento de las condiciones en que las mujeres acceden a esta prestación sanitaria. Las mujeres con recursos puede que acudan a otros países de Europa que regulan el aborto como un derecho dentro de un plazo determinado, mientras que aumentará la posibilidad de acceso a prácticas inseguras y de riesgo de las que carecen de medios⁴¹.

Y lo mismo sucederá con las menores de edad que no puedan recabar el consentimiento de sus progenitores. De las 1.186 jóvenes de 16 y 17 años que según el estudio de ACAI abortaron entre julio de 2010 y octubre de 2011, el 87% fueron acompañadas de sus progenitores. Sólo un 13% de ellas, 151 jóvenes, no pudieron informar a su tutor legal por distintas razones entre las que se encuentran pertenecer a familias desestructuradas, transnacionales, enfermedad materna/paterna invalidante, progenitores en prisión, riesgo de malos tratos, miedo patológico a la respuesta de progenitores abiertamente contrarios al aborto provocado⁴² o incluso haber sufrido malos tratos o abuso sexual en el seno familiar provocando el desamparo de la menor⁴³. Estas jóvenes en situación de conflicto quedarán totalmente desprotegidas frente a un embarazo no deseado incrementándose el riesgo de que acudan a prácticas clandestinas⁴⁴.

En conclusión, las reformas que anuncia el gobierno son absolutamente rechazables. Significan un retroceso en derechos sexuales y reproductivos, en derechos humanos de las mujeres, pero además son inútiles: pretender proteger la vida en gestación olvidando los derechos fundamentales y criminalizando a las mujeres que la albergan, además de un contrasentido, es totalmente ineficaz, pues el número de abortos sólo disminuirá cuando lo haga el de embarazos indeseados, objetivo que se consigue con educación y medios, no con privación de éstos y represión.

las mujeres para decidir”, Público, 05.02.2012, p. 24, accesible en <http://www.publico.es/espana/420368/el-gobierno-vuelve-a-instaurar-el-reproche-penal-del-aborto>.

³⁹ Plataforma “Mujeres, en Plural”, Comunicado en rueda de prensa, Granada, 1 de marzo de 2012.

⁴⁰ Ver Tabla EV 3 IVE, 2001-2010, Total Nacional, en *Interrupción Voluntaria del Embarazo: Datos definitivos correspondientes al año 2010*, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Madrid, 2011, accesible en http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2010.pdf.

⁴¹ PMP, Comunicado en rueda de prensa, Granada, 1 de marzo de 2012.

⁴² ACAI: Mujeres 16 y 17 años que no han podido comunicar a sus padres la interrupción de su embarazo. Investigación - ACAI (julio 2010-octubre 2011), en <http://acaive.com/pdf/mujeres-16-y-17-anos-interrupcion-de-su-embarazo-investigacion-17-11-11.pdf>.

⁴³ Acción en Red: llamamiento a participar en los actos del 8 de marzo de 2012, <http://www.accionenred-andalucia.org/8-marzo-dia-de-la-mujeres-movilizate-para-no-retroceder-en-derechos-y-libertades>.

⁴⁴ PMP, Comunicado..., cit.

Granada, 5 de marzo de 2012.