

INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ

Comitè Consultiu de Bioètica de la Generalitat de Catalunya

Castelldefels, 3 de Juny de 2008

PONENCIES

LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS. ASPECTES ÈTICS

Victòria Camps

1. Tradicionalment, el problema ètic de l'avortament s'ha plantejat com el conflicte entre dos valors fonamentals: el dret de la dona a avortar com una de les llibertats bàsiques i el valor inviolable de la vida del fetus. Trobar l'equilibri entre els dos valors és impossible si s'entenen en un sentit absolut. Les llibertats són un bé bàsic que l'estat ha de protegir sempre i quan l'exercici de la llibertat no posi en perill un altre bé bàsic, com ho és el de la vida de les persones. El supòsit segons el qual el valor de la vida del fetus ha de ser protegit des de la seva concepció ha tingut com a conseqüència la prohibició i penalització de l'avortament considerant-lo un delictes.

La incapacitat de resoldre la qüestió defugint les posicions absolutistes ha dividit a les societats en dos grups: els "pro-vida" i els "pro-elecció", partidaris, el primer grup, de prioritzar el valor absolut de la vida, mentre el segon grup prioritza el valor de la llibertat individual.

2. El valor inviolable de la vida del fetus. La hipòtesi de que la vida del fetus té el mateix valor que la de qualsevol persona i mereix ser protegida des de la concepció no té justificació científica i tampoc ètica. La pregunta pel moment en que una vida comença a ésser humana seria una pregunta científica si es pogués resoldre empíricament, però està clar que no és així, com ho demostren segles de discussió filosòfica. Això fa que l'afirmació de que la persona ho és des que és concebuda hagi de ser considerada com una creença religiosa o metafísica, però no un fet verificable. Des del punt de vista de la ciència s'ha de concloure que no és ni vertader ni fals que el fetus sigui un ésser humà. La indeterminació científica sobre el començament de la vida humana fa que no tinguem cap base empírica per decidir si és correcte o incorrecte moralment disposar del fetus mentre aquest no és viable i no es pot desenvolupar autònomament. En tot cas, el judici moral sobre la qüestió haurà de dependre de consideracions no científiques. La mateixa indeterminació en considerar el fetus com una vida independent ha dut a afirmar que aquest no pot ser qualificat com un subjecte de drets com ho és qualsevol persona.

3. D'una altra banda, la hipòtesi de que el fetus és un ésser humà des de la concepció porta a una sèrie de contradiccions que farien immoral l'avortament en qualsevol dels supòsits imaginables, inclosos els previstos per la legislació espanyola. Ni les violacions ni el perill greu per la vida de la mare ni les malformacions serien raons suficients per interrompre un embaràs. En qualsevol dels casos s'estaria violant el suposat dret a la vida del fetus. Quan el dret a la vida no admet matisacions de cap mena, es fa impossible considerar que determinades circumstàncies podrien legitimar èticament la decisió de la dona d'interrompre voluntàriament l'embaràs. Al contrari, en donar prioritat absoluta a la vida del fetus, la dona acaba sent vista només com un mitjà per al fi de la reproducció i no com un fi en si mateixa. La conseqüència òbvia d'aquest punt de vista és que la dona està obligada a dur a terme l'embaràs passi el que passi. És una posició èticament injustificada ja que anul·la el dret de la dona a la seva autonomia sense poder aportar un fonament científicament sòlid que avaluï aquesta limitació d'un dret bàsic.

4. El dret de la dona a l'autonomia procreativa. Si la decisió sobre el valor intrínsec de la vida humana està privada de justificació científica i és de caràcter essencialment religiós, un estat laic no la pot imposar coartant en el seu nom un altre dret fonamental com ho és el dret de la dona a decidir lliurement engendrar o tenir fills. Com diu Ronald Dworkin, el dret a l'autonomia reproductiva és una part important de la cultura política occidental segons la qual "les persones tenen el dret i la responsabilitat moral d'enfrontar-se, per elles mateixes, a les qüestions fonamentals en torn del significat i valor de les seves pròpies vides, responnent a les seves pròpies consciències i conviccions" (El dominio de la vida).

5. El dret de la dona a l'autonomia procreativa no és tampoc un dret absolut. A partir del moment en que el fetus és viable, el dret de la dona a decidir deixa de ser prioritari i es produeix el conflicte, ara sí, entre l'obligació per part dels estats de tutelar la vida anterior al naixement i la protecció de la llibertat de la dona. És per resoldre aquest conflicte que es justifica la regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs per tal de determinar fins a quin moment de la gestació i en quines circumstàncies la dona pot fer ús del dret a decidir sobre l'embaràs.

6. Autonomia i responsabilitat. Perquè no és un dret absolut, la decisió lliure d'interrompre l'embaràs ha de combinar-se amb altres valors ètics i constitucionals. L'opció d'avortar no ha d'implicar indiferència respecte al valor de la vida en gestació, sinó que la decisió d'interrompre voluntàriament l'embaràs ha de ser vista com una qüestió de gran importància moral. L'autonomia de la mare per prendre decisions ha d'anar acompanyada de la responsabilitat inherent a una decisió que compromet la vida futura d'una altra persona. L'avortament en cap cas hauria de ser considerat com un mètode més de contracepció ni com una opció recomanable. La justificació ètica de l'autonomia procreativa de la mare rau en el dret de la dona, com de tota persona, a la protecció de la salut i a no posar en risc la pròpia vida, així com en la llibertat de la dona per interrompre l'embaràs quan no fer-ho redueix seriosament l'oportunitat de donar valor a la pròpia vida. El respecte a la dignitat de la dona fa injustificable que d'una manera indiscriminada es subordini el seu patiment a la culminació de l'embaràs.

7. L'avortament, un mal menor. L'objectiu de qualsevol regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs ha de ser tan propiciar avortaments saludables com evitar els avortaments, no potenciar-los. La qual cosa implica prendre mesures de prevenció d'embarassos i de contracepció més eficients que les que s'han dut a terme fins ara. L'educació sexual no sols ha de procurar informació adequada i rigorosa, sinó que ha de ser vista com formació en la responsabilitat envers la reproducció. La interrupció voluntària de l'embaràs serà sempre un mal menor. Un mal menor forçat per la realitat estadística i humana. La constatació de que els avortaments son una realitat innegable no serà mai un argument ètic suficient per la despenalització de l'avortament. La justificació ètica cal buscar-la en el reconeixement real de la dignitat i autonomia de la dona per prendre decisions i fer-se responsable de les decisions que pren. Aquest reconeixement ha de dur a una regulació que doni més protagonisme a la dona (i no a terceres persones) a l'hora de determinar la interrupció de l'embaràs, i que, al mateix temps, estimuli la decisió responsable (amb mesures com la de subministrar informació, establir un període d'espera obligatori, obligar a les adolescents a consultar amb els pares o acordar la gratuïtat parcial de la prestació).

8. L'opció per la regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs és la que convé a una ètica laica. És una realitat que aquest és un tema que provoca visions oposades i que no és possible permetre i prohibir els avortaments a la vegada. Si l'estat opta per

imposar a tothom el principi del valor inviolable de la vida, prohibint l'avortament, estarà coaccionant a la dona a no avortar i coartarà el seu dret fonamental a l'autonomia procreativa. Aquesta postura no és justificable des d'una ètica laica. Només ho és des d'una moral religiosa que sacralitzi la vida. En canvi, les polítiques a favor de la interrupció voluntària de l'embaràs no sols respecten l'interès i la voluntat de la mare, sinó que no obliguen a cap dona a avortar. Una legislació penalitzadora de l'avortament es justificaria per raons religioses, no per les raons que ha d'utilitzar un estat laic.

9. Els judicis morals constitueixen preses de posició sobre realitats que admeten ser valorades de diferent manera. Si no fos així, no estaríem davant d'un judici moral, sinó de la constatació d'un fet. Això explica que la unanimitat sobre la valoració ètica de l'avortament sigui molt difícil. Sempre hi haurà sectors de la societat que tendiran a donar prioritat al valor de la vida del fetus sobre el valor de la llibertat de la dona, per les raons que siguin. És aquest estat d'opinió precisament el que justifica l'adopció per part de l'estat d'una norma que respecti la llibertat de la dona per sobre d'una altra que limiti aquesta llibertat. Una llei restrictiva de la llibertat prohibint l'avortament obligaria a generalitzar una opció no compartida per tothom. En canvi, l'opció a favor de la llibertat de la dona fa efectiva la possibilitat d'avortar, però no obliga a ningú a prendre una decisió no volguda o contrària a la consciència. En qualsevol qüestió de caràcter moral, quan les postures son irreconciliables, la postura més legítima és la que dona prioritat a la llibertat i responsabilitat individuals. Si tenim en compte que la tolerància és una virtut bàsica de la democràcia, oposar-se a una regulació de l'avortament és una actitud clarament intolerant, perquè restringeix la llibertat d'elecció. L'actitud tolerant, en canvi, consisteix en admetre l'existència i viabilitat de doctrines i creences diferents de les pròpies.

ASPECTES JURÍDICS DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS

Francesca Puigpelat

I. PLANTEJAMENT

La regulació jurídica de la interrupció voluntària de l'embaràs és molt diversa arreu del món. Segons les dades del *Center for Reproductive Rights* les legislacions més restrictives (69 països/26% de la població mundial) són les que la prohibeixen totalment o només l'admeten per salvar la vida de la mare. Les menys restrictives (59 països/39,3% PM) són les que la permeten sense haver d'al·legar cap raó dins d'un període de temps que varia en cada legislació. En una posició intermèdia es troben aquelles que la permeten no només per salvar la vida de la mare sinó també per preservar la seva salut física (34 països/9,4% PM), la salut mental (23 països/4,2% PM) o per raons socioeconòmiques (14 països/21,3% PM).

Alguns d'aquests països, a més, admeten que poden haver-hi altres raons per interrompre voluntàriament l'embaràs: quan aquest ha estat conseqüència d'una violació, d'un incest, o quan hi hagi possibilitats de malformacions fetals. D'altra part en els països que la permeten durant un període de temps sense haver d'al·legar cap raó també s'accepta que, més enllà del termini establert, és pugui fer quan concorren determinades indicacions.

La legislació espanyola vigent seria un exemple d'un sistema intermedi d'indicacions. La LO 9/1985 de 5 de juliol va introduir al CP l'article 417 bis, quan estava en el Govern el PSOE. Segons aquest article la pràctica de l'avortament està despenalitzada en tres supòsits: quan l'embaràs suposi un greu perill per la vida o per la salut física o psíquica de la mare, quan l'embaràs sigui conseqüència d'una violació i quan el fetus pugui néixer amb greus malformacions físiques o psíquiques.

La llei, però, va trobar obstacles abans de l'entrada en vigor. A la primera proposta legislativa sortida del Senat el 30 de novembre de 1983, el Partit Popular va interposar un recurs previ d'inconstitucionalitat que va bloquejar-la. La redacció contenia els supòsits actualment vigents però sense la adició dels requisits formals que estan presents en la norma actualment vigent. La STC de 11 d'abril de 1985 va resoldre el recurs declarant la inconstitucionalitat del projecte. Tot i que va acceptar la legitimitat del sistema de indicacions va considerar necessari que el legislador inclogués una sèrie de garanties formals per evitar que es practiquessin avortaments fora dels casos establerts i amb garanties per la vida i la salut de les dones.

La sentència no només va possibilitar el text legal actual, que va entrar en vigor l'any 1985, sinó que va assentar les bases sobre l'estatut de la vida humana embrionària, els drets de les dones embarassades implicats i l'objecció de consciència davant la interrupció voluntària del embaràs. Aquest marc s'ha de tenir en compte de cara a una reforma del règim legal de la interrupció voluntària de l'embaràs.

Segons la STC 53/1985 la vida es un concepte indeterminat, un procés que comença amb la gestació i en el que una realitat biològica va prenent configuració humana. Aquest "tertium" generat és existencialment diferent de la mare. El naixement és especialment rellevant en el desenvolupament del procés vital, però també és transcendent el moment a partir del qual el "nasciturus" pot tenir una vida independent de la mare. El "nasciturus" no és, però, titular del dret a la vida tot i que la seva vida és un bé jurídic constitucionalment protegit per l'article 15 de la Constitució

La protecció constitucional de la vida del "nasciturus" comporta per l'Estat dos obligacions: abstenir-se d'interrompre u obstaculitzar el procés de gestació i establir un sistema legal de defensa d'aquesta vida que inclogui com a última garantia les normes penals. Dita protecció no té un caràcter absolut perquè, igual que en el cas d'altres drets i bens constitucionals, pot estar subjecta a certs límits

La dignitat de la persona està lligada al lliure desenvolupament de la personalitat (art. 10), els drets a la integritat física i moral (art. 15), a la llibertat de creences i idees (art. 16) al honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge (art.18.1). La dignitat es manifesta en la possibilitat d'autodeterminar-se i conduir de forma responsable la

pròpia vida exigint el respecte dels altres. En la concreció d'aquest principi no es pot ignorar l'especificitat de la condició femenina i la concreció d'aquests drets en l'àmbit de la maternitat

En la mida en que aquests drets de la mare puguin entrar en conflicte amb la vida del "nasciturus", el legislador pot tenir-ho en compte per excloure la punibilitat de certes conductes. El conflicte, però, no es pot resoldre només des de la perspectiva dels drets de les dones o de la de la protecció de la vida del "nasciturus". Aquesta no pot prevaldre incondicionalment sobre aquells ni els drets de les dones poden tenir primacia absoluta sobre la vida del "nasciturus" .

L'objecció de consciència forma part del contingut del dret fonamental a la llibertat ideològica i religiosa reconegut a l'article 16.1 de la Constitució i aquesta és directament aplicable, especialment en matèria de drets fonamentals. No cal una regulació específica perquè el dret a l'objecció de consciència pugui ser exercit.

La regulació penal que va avalar el TC crea, però, molta inseguretad jurídica a les dones embarassades i als professionals sanitaris. Atès que la licitud de l'avortament depèn de que es compleixin les circumstàncies predeterminades per la llei, les persones implicades sempre estan exposades a que els tribunals puguin controlar si les raons que han al·legat s'han produït realment o no.

Tot i que, com ha assenyalat Lourenzo, l'abast de la indicació terapèutica és suficientment ampli, en el contingut i límit temporal, per allunyar les possibilitats de resultar condemnat per avortament il·legal, el que no exclou és el risc de veure's immers en una investigació judicial. No pot descartar-se, però, que algun jutge considerés que es fa, a vegades, una interpretació excessivament amplia de la indicació de greu perill per a la salut psíquica de la mare.

El sistema actual també agreuja el problema derivat de l'exercici del dret d'objecció de consciència en la sanitat pública. No és improbable que molts professionals sanitaris s'acullin al dret d'objecció sobretot per evitar els problemes judicials que es podrien derivar de la pràctica de la IVE.

Un altre problema de la legislació vigent és que es tracte d'un model en què la voluntat de la dona embarassada, el drets de la qual entren en conflicte amb la vida del "nasciturus", només és un element més dins d'un sistema en què l'última paraula per decidir la IVE la tenen els informes de terceres persones. En aquest sentit seria una legislació molt poc sensible als plantejaments dels que defensen que l'avortament lliure i gratuït forma part del contingut dels drets sexuals i reproductius de les dones ratificats a la IV Conferència Mundial sobre les dones de Beijing de 1995, drets inclosos com a Drets Humans a la Conferència del Caire de 1994.

Deixar a mans de tercers la decisió és, a la vegada, una font de desigualtat entre les dones atès que la valoració de l'existència o no de la indicació terapèutica, pel que fa sobre tot a la salut psíquica de la mare, per altra part la més al·legada, pot ser molt variable en funció dels avaluadors.

Totes aquestes raons fan necessari un canvi legislatiu. La nova regulació, haurà de fer compatibles, com va assenyalar el TC, els drets de les dones implicats i la protecció de la vida del "nasciturus". Una reforma satisfactòria no pot consistir només en modificar el Codi Penal. Cal elaborar una llei especial on es regulin totes les qüestions implicades en aquesta pràctica.

II. DIFERENTS ALTERNATIVES A LA SITUACIÓ VIGENT

1. Ampliar el sistema d'indicacions.

Un canvi normatiu que només optés per ampliar les indicacions a un quart supòsit, p. ex. l'econòmic-social tindria ja avantatges. En primer lloc exclouria del supòsit de riscos per la salut psíquica de la mare molts dels casos que actualment s'emparen en aquesta indicació de la que se'n fa una interpretació molt extensiva. D'aquesta manera, no només hi hauria més correspondència entre la realitat i la norma legal sinó que s'alliberaria al personal mèdic d'una gran part de la inseguretat jurídica actualment existent.

Però la nova regulació seguiria plantejant molts problemes. Al ser una excepció al principi general de punició de l'avortament i per tant susceptible de control judicial, la instància encarregada de certificar la indicació econòmic-social estaria, també, sempre exposada al control judicial posterior. A més aquesta indicació seria molt pertorbadora per la intimitat i dignitat de la dona. Com assenyala Lourenzo, "en este caso no basta con valorar de modo puramente objetivo la situación económica y familiar de la embarazada, sino que es preciso determinar, además, si estas circunstancias le afectan personalmente hasta el punto de justificar la interrupción de la gestación. Por eso, para dar por concurrente esta indicación, se hace imprescindible indagar en los aspectos más íntimos de la mujer con el fin de descubrir si realmente concurre este conflicto existencial" (Lourenzo, 40s).

El problema assenyalat es resoldria amb un sistema d'indicacions en què la decisió de la dona fos especialment rellevant. El TC admet que quan hi ha un conflicte entre la vida del "nasciturus" i els drets de la mare, la vida del "nasciturus" ha de cedir, però sense desprotegir-la absolutament en algun moment de l'embaràs. Es pot penalitzar la IVE durant totes les etapes de la gestació i admetre entre les indicacions un supòsit suficientment ampli que pugui ser al·legat dins de les primeres setmanes de l'embaràs. Però a diferència del sistema pur d'indicacions qui determinaria en aquest model l'existència d'aquesta indicació -p.ex. la socioeconòmica- seria la pròpia dona.

Per emfasitzar l'existència de conflicte en relació a la vida embrionària i assegurar que la decisió de l'embarassada sigui meditada es podria exigir, fins i tot, un assessorament previ i/o el transcurs d'un període de temps des del moment del assessorament i la intervenció.

Aquest model comporta els avantatges del sistema d'indicacions pel que fa a la seva acceptació pel TC espanyol, que havia declarat la constitucionalitat del model d'indicacions i les del sistema de terminis en tant que fa que la lliure decisió de la dona sigui l'únic rellevant en una fase determinada de l'embaràs. Durant aquesta etapa no seria possible una revisió judicial de la IVE i augmentaria la seguretat jurídica per a la seva pràctica.

Aquest model és el que fa seu la Proposició de Llei de regulació de la IVE presentada per el Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana -Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds. L'article 3 diu que la IVE es podrà realitzar dins de les catorze setmanes de gestació quan concorrin determinades condicions “c) Cuando el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito contra la libertad sexual, o reproducción asistida no consentida; d) Cuando, a juicio de la mujer, la continuación del embarazo le suponga un conflicto personal, familiar o social que le impida proseguir dicho embarazo". Entre les altres condicions s'inclou la sol·licitud de la dona i la necessitat d'informació a l'embarassada de les circumstàncies sanitàries i dels drets i ajudes garantits per les lleis per a la família, les mares i els fills. La proposició a més, admet la IVE en cas de malformacions fetals dins del termini de 22 setmanes i sense termini quan la continuació de l'embaràs posi en greu perill la vida o la salut física i psíquica de la mare o que aquesta pertanyi a un grup considerat de risc en la Salut Pública.

2. Introduir un sistema de terminis.

Un sistema de terminis en el que es despenalitzes la IVE realitzada dins d'un determinat moment temporal només amb el consentiment de la dona seria el més respectuós de la seva autonomia reproductiva. Podrien donar-se encara supòsits que, més enllà del termini, justificarien una IVE -riscos per la vida i la salut de la mare, malformacions fetals, etc. Aquests casos podrien estar, a més, determinats específicament en el text.

La proposició de Llei Orgànica sobre IVE presentada per el Grupo Parlamentario Mixto en pot ser un exemple. L'article 1 considera que no constituirà delictiu la IVE (.....) si se cumplen los requisitos: (...) b) Que la interrupción voluntaria se practique dentro de las dieciséis primeras semanas de la gestación". També admet la IVE en el cas de malformacions fetals dins de les 22 setmanes de la gestació i sense termini quan la continuació de l'embaràs posi en perill la vida, o la salut de l'embarassada o aquesta pertanyi a un grup de risc en la salut pública.

El Document de l'Observatori de Bioètica i Dret proposa, també, un sistema de terminis al afirmar que "A) Durant les 14 primeres setmanes de gestació, la decisió d'interrompre l'embaràs correspon lliurement a la dona". No estableix cap termini per la IVE en cas de greu perill per la salut física i psíquica i la vida de la dona i en el cas de greus malformacions. A més, però, proposa afegir la indicació socioeconòmica que es podrà al·legar durant les 14 i 22 setmanes de gestació. En tots els casos de les indicacions esmentades l'existència de la proporcionalitat de la decisió ha de ser apreciada per una comissió plural, multidisciplinària i independent.

L'inconvenient d'aquest sistema, tot i que és el més respectuós de l'autonomia reproductiva de les dones, és que pot semblar més incompatible amb la doctrina assentada pel TC en la STC 53/1985 que el sistema d'indicacions ampliat amb decisió última de la dona.

3. Un sistema de terminis amb assessorament

Es pot respectar la lliure decisió de les dones i garantir a la vegada la vida embrionària sense utilitzar la via penal? La resposta ha de ser afirmativa. Una forma per fer-ho és la que ha seguit el CP alemany a través del sistema de l'assessorament. Es tracta d'una modalitat del sistema de terminis en què, tot i que la decisió final sempre és de la dona, l'assessorament obligatori previ està pensat per incentivar la continuïtat de l'embaràs.

L'Estat renuncia a la prohibició penal del avortament en les 14 primeres setmanes de la gestació, però per medi de l'assessorament protegeix la vida del "nasciturus". Per incentivar l'embaràs la llei alemanya de despenalització va establir un catàleg de prestacions socials orientades a facilitar la vida de les dones amb càrregues familiars. El TC alemany ha admès la conformitat d'aquest model amb les normes constitucionals.

Els avantatges d'aquest model són que, a diferència del sistema d'indicacions, s'evita el risc d'un control judicial que examini si es donaven o no les raons que justifiquen la IVE. Tot i que sempre resta oberta la possibilitat de control judicial, en aquest només ho

és de qüestions formals: certificació de l'assessorament, centre acreditat, declaració de voluntarietat...etc.

Una proposta en aquesta línia és la que contemplava la Proposició de llei del Grup Parlamentari Socialista. No constituiria delictes la IVE durant les 12 primeres setmanes amb el consentiment de la dona embarassada "cuando, a juicio de ésta, la continuación del mismo suponga un conflicto personal, familiar o social de gravedad semejante a la de cualquiera de los descritos en el apartado anterior siempre que concurren las circunstancias siguientes: (....) “c) Que la mujer, tras haber sido adecuadamente oída en entrevista y haber escuchado ella las razones que asisten al Estado para tutelar la vida, sea informada de cuantas posibilidades existan para la mejor solución de su conflicto, con especial referencia a la regulación legal vigente en materia de adopción y acogimiento familiar. Igualmente, y con relación a su caso concreto, se le indicarán las ayudas familiares, económicas y sociales disponibles. El asesoramiento se extenderá además a los aspectos jurídicos y médicos relacionados con su situación; d) (.....) haya dejado transcurrir un plazo mínimo de tres días a fin de madurar su decisión definitiva”.

El problema d'aquesta proposta és, com bé assenyala Lourenzo, que més aviat es tracte d'un model d'indicacions amb decisió última de la dona atès que no renuncia a fer esment del conflicte material que fonamenta la impunitat de la IVE. Sembla pressuposar que només és compatible amb la Constitució un sistema d'indicacions, quan també podria ser-ho un sistema de terminis amb assessorament previ o fins i tot sense assessorament obligatori.

III. PROPOSTES PER UNA REFORMA

En un moment històric en què els drets de les dones comencen a ser indiscutibles, no només en el context occidental, una reforma raonable de la IVE hauria d'acollir el sistema de terminis. Aquest sistema és el més respectuós dels drets reproductius de les dones i no és incompatible amb una defensa efectiva de la vida humana embrionària que, segons el TC, garanteix la Constitució en l'art. 15.

Que els drets reproductius de les dones tinguin més pes que la vida de l'embrió, en les primeres etapes de desenvolupament, està justificat atès que la imposició d'una maternitat no volguda constitueix un obstacle, a vegades insalvable, en ordre a la constitució d'un pla de vida autònom. La llibertat a més d'un dret de les persones ja nascudes és un valor fonamental consagrat a la Constitució. L'embrió no és titular del dret a la vida tot i que aquesta vida sigui un bé constitucionalment protegit mereixedor d'una protecció diferenciada al llarg del seu desenvolupament.

La defensa de la vida embrionària no cal fer-la només per la via penal sinó que pot ser més efectiva des de vessants preventives encaminades a reduir els embarassos no desitjats i afavorir la maternitat.

És necessari endegar polítiques eficaces d'educació sexual i reproductiva, facilitar l'accés real als mètodes anticonceptius i a l'anticoncepció d'emergència a tots els sectors de la població, especialment els que estan en més situació de vulnerabilitat.

Tot i que el model alemany de l'assessorament previ reforça més la tutela de la vida embrionària que el model de terminis sense assessorament, aquest podria ser també compatible amb els preceptes de la Constitució.

L'assessorament evidència que la renúncia estatal a la protecció penal de la vida embrionària durant un període, per garantir la lliure decisió de les dones, no significa una desprotecció jurídica de l'embrió. Quan s'informa de les ajudes sanitàries, legals i assistencials existents, abans de la pràctica de la IVE, no només es vol afavorir una decisió responsable sinó que l'embarassada decideixi continuar amb la gestació atès que la lesió de la vida embrionària és desvalorada per l'ordenament jurídic.

L'inconvenient d'aquest assessorament obligatori és que no només pot afectar excessivament la intimitat de la dona sinó que esdevingui un pur requisit formal. Per aconseguir una tutela no penal eficaç de la vida de l'embrió és necessari que l'Estat desenvolupi polítiques públiques d'afavoriment de la maternitat. És més important per la defensa de la vida embrionària l'existència de prestacions socials a les mares que obligar-les a un assessorament previ abans de la pràctica de la IVE.

No s'ha d'oblidar tampoc que, quan el legislador dóna preferència als drets reproductius de les dones sobre la vida embrionària en les primeres etapes, això no significa que aquesta sempre serà preferida davant d'altres drets en conflicte. Per. ex., el dret a la salut de les persones no justifica segons el legislador espanyol la utilització d'embrions més enllà dels 14 dies després de la fecundació.

Es poden donar, també, moltes raons per reforçar l'opció del sistema de terminis més enllà de les estrictament jurídico-constitucionals. En el context europeu aquesta és una opció compartida per països en què els textos constitucionals no són diferents pel que fa a la protecció del dret a la vida. Des del punt de vista dels efectes socials aquesta opció no només comporta més seguretat jurídica sinó que és menys susceptible de ser distorsionada.

El consentiment de l'embarassada hauria de tenir preferència absoluta durant les 16 primeres setmanes de la gestació. Tot i que moltes legislacions i les proposicions de llei esmentades fixen el termini de 14 setmanes, 16 setmanes és un termini que acabaria amb la inseguretat jurídica. Les dades de 2006 sobre la IVE, del Ministerio de Sanidad y Consumo, mostren que la IVE durant les 8 primeres setmanes és del 62,23%; de 9-12 setmanes del 25,71%; de 13-16 setmanes del 6,14%.

Les menors de 18 anys també haurien de poder decidir lliurement. Per poder-ho fer és necessari eliminar la referència a la majoria d'edat per consentir un embaràs que ha establert l'article 9.4 de la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica. Les disposicions de l'art. 9.3 de la mateixa llei sobre el consentiment dels menors haurien d'aplicar-se també en el cas de la IVE. En el cas de les menors sí tindria sentit l'assessorament previ.

La garantia del dret a decidir una maternitat responsable, el dret a la salut i la igualtat d'oportunitats aconsellarien el finançament públic de la IVE.

És necessari crear centres i serveis dedicats a l'assistència i a l'assessorament relatius a la IVE en els que s'informarà, a més, dels recursos socials existents, dels recursos de planificació familiars i dels medis adequats per prevenir embarassos. La tasca

d'assessorament és realitzarà per centres i serveis diferents dels que intervenen en la pràctica de la IVE. En cap cas podran autoritzar ni denegar la pràctica de la IVE ni condicionar la decisió final de la dona. Es preservarà l'anonimat de les interessades en l'assessorament.

La protecció penal de la vida embrionària, més enllà de les 16 setmanes, no pot deixar d'acollir les limitacions relatives al perill greu per la vida, salut física i psíquica de la mare i detecció de greus malformacions del fetus físiques o psíquiques. En els dos casos no hi hauria límit temporal per la pràctica de la IVE. En el cas de malformacions fetals la decisió, a partir de les 24 setmanes de la gestació, hauria de recaure en una comissió plural, multidisciplinària i independent.

El supòsit ètic de la normativa vigent quedaria subsumit en el termini de les 16 setmanes.

Una regulació adequada de la IVE, en què són predominants els conceptes de llibertat, responsabilitat, prestació sanitària respectuosa de la igualtat d'oportunitats, necessitat de polítiques preventives capaces d'afavorir una pràctica responsable de la sexualitat, així com ajudes socials per les dones amb càrregues familiars, no és pot aconseguir només modificant el Codi Penal, sinó que seria convenient elaborar una llei especial que contempli tots els aspectes implicats en aquesta realitat complexa i normalment dolorosa.

BIBLIOGRAFIA

1. ALKORTA IDIAKEZ, L, Regulación jurídica de la medicina reproductiva. Derecho Español y Comparado, Thomson/Aranzadi, 2003.
2. CASADO, Ma/CORCOY, M/ROYES,A, Document sobre la interrupció voluntària de l'embaràs, Observatori de Bioètica i Dret, Barcelona, 2008.
3. LOURENZO COPELLO, P. El aborto en la legislación española: una reforma necesaria, Laboratorio de Alternativas.

4. PUIGPELAT MARTI, F, "Los embriones y la nueva legislación española en ingeniería genética", en El derecho ante la biotecnología "(ed. H. SILVEIRA), Icaria, Barcelona, 2008, pp. 63-87.
5. ROMEO CASABONA, C.Ma., "El alcance del derecho a la vida en relación con el concebido según el Tribunal de Derechos Humanos, en RDGH, nº 20, 2004, pp. 163-173.

ASPECTES SOCIALS DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS

Milagros Perez Oliva

L'aplicació de la Llei Orgànica 9/1985, modulada per la sentència del Tribunal Constitucional de l'onze d'abril del mateix any, ha permès que les dones poguessin interrompre els embarassos no desitjats durant aquests 23 anys, però en unes condicions d'inseguretat jurídica que converteix l'avortament en una decisió de conseqüències imprevisibles.

Tot i suposar un important avenç, des del mateix moment de la seva promulgació es van fer paleses les mancances de la llei. La regulació que finalment va prevaldre va resultar força condicionada per la resistència a la despenalització de l'avortament que van protagonitzar els estaments més conservadors de l'Església catòlica, representats políticament per Alianza Popular, antecedent de l'actual Partit Popular. El recurs d'inconstitucionalitat que va presentar AP va propiciar la sentència del Tribunal Constitucional on s'estableixen els requisits que limiten les possibilitats d'interrompre l'embaràs als tres supòsits recollits legalment.

Aquesta regulació conté dues grans mancances que han dificultat l'aplicació de la llei des del principi: supedita la decisió de la dona a la aquiescència de terceres persones (els professionals dels quals es requereix un informe favorable) i deixa les eventuais conseqüències d'aquesta decisió a l'albor de què ningú no els impugni davant dels tribunals. La inseguretat jurídica ha afectat tant a les dones com als professionals que les assisteixen. Qualsevol avortament és susceptible de ser denunciat, i així ha estat en molts casos, tant per part de particulars -marits i companys sentimentals- com de grups organitzats.

Durant els 23 anys d'aplicació de la llei s'han produït diferents denúncies que han tingut un fort ressò públic. Entre 1998 y 2006, un total de 30 persones, 11 d'elles dones, han estat condemnats per un delictes d'avortament il·legal, segons dades de l'Institut Nacional de Estadística.

L'existència de grups actius contraris a la despenalització de l'avortament va condicionar fortament el desplegament dels dispositius necessaris per la aplicació de la llei. La principal conseqüència va ser que la prestació sanitària de la interrupció voluntària dels embaràs quedés majoritàriament fora del sistema públic. Ràpidament va quedar confinada en una xarxa especialitzada aliena que, tot i haver fet un important servei públic que cal reconèixer, ha contribuït a mantenir la percepció de l'avortament com una prestació anormal i sovint, problemàtica.

Durant l'any 2006, només el 2,51% dels avortaments van ser realitzats a la xarxa pública, un percentatge inferior inclús al de anys anteriors, segons dades del Ministeri de Sanitat. La resta (99.044) van ser practicats a la xarxa de clíniques privades acreditades, entre les quals figuren lloables iniciatives creades per donar resposta a una necessitat social, però també altres en les quals el component lucratiu pot haver condicionat una pràctica assistencial poc transparent i fins i tot abusiva.

D'altra banda, la massiva objecció de consciència de caràcter preventiu entre els professionals del sector públic ha propiciat l'existència de desigualtats flagrants en l'accés a la prestació sanitària, amb casos extrems com el de la Comunitat de Navarra, on no hi ha cap servei, ni públic ni privat, que practiqui avortaments.

Tot i aquestes limitacions de partida, la interpretació extensiva per part de les clíniques acreditades dels supòsits previstos a la llei ha permès que les dones poguessin exercir el dret a la interrupció de l'embaràs sense restriccions, i fins i tot que Espanya fos el destí d'un cert nombre de casos procedents d'altres països amb regulacions legals més limitades.

La revifalla de campanyes que utilitzen l'avortament com ariet de la lluita ideològica ha tornat a posar de relleu, però, d'una manera força dramàtica, les mancances abans esmentades i la situació ha esdevingut políticament insostenible. Com s'ha vist en els darrers episodis d'aquesta lluita, el principal problema de la llei és que els requisits que estableix per poder avortar són susceptibles de diferents interpretacions, i per tant, d'acabar davant d'un tribunal. Quant més extensiva és la interpretació de la norma, més vulnerable és a l'acció d'aquests grups i més alta, per tant, la inseguretat jurídica.

Recents episodis judicials han mostrat com les històries clíniques de dones que havien avortat dins els requisits previstos en la llei han anat a parar als tribunals, amb una clara afectació del seu dret a la intimitat.

En els darrers temps, una nova circumstància ha contribuït a agreujar la situació: l'existència d'institucions públiques bel.ligerants en favor de les plataformes antiavortistes i l'ús dels instruments institucionals per obstaculitzar l'aplicació de la llei, per exemple, amb el que ha estat qualificat per les clíniques afectades com “inspeccions intimidadores”.

Atès que la força política que dona suport a aquestes iniciatives no va gosar modificar la llei durant els vuit anys que va governar Espanya, cal deduir que gran part de la bel.ligerància antiavortista ha tingut en realitat una finalitat preventiva: evitar que el partit en el Govern modifiqués la norma per permetre la lliure decisió de la dona per avortar sense cap requisit durant un cert període de temps al inici de la gestació.

L'alt grau de conflictivitat i la inseguretat jurídica que se'n deriven han provocat un retraïment en l'aplicació de la llei i un patiment afegit al tràngol físic i psicològic que per sí mateix ja és un avortament. Les condicions de conflictivitat social en què la llei és aplicada afegeixen a aquest patiment el dany objectiu que es pugui derivar de veure's sotmès a l'escrutini públic a través dels mitjans de comunicació. El tractament que dispensen al conflicte alguns d'ells contribueix a criminalitzar, tant les dones com les clíniques que practiquen avortaments. La situació ha portat a la paradoxal situació de què aquestes clíniques reben una denominació, la de “clíniques avortistes”, totalment impròpia del seu ideari.

En aquestes condicions, la actual llei ha esdevingut totalment insuficient per protegir tant les dones que es veuen obligades a avortar com als professionals que les atenen. La situació s'ha fet insostenible. La reforma de la llei apareix com una necessitat urgent.

Però tan important com modificar la llei és arbitrar mesures efectives per disminuir el nombre d'embarassos no desitjats. A aquestes alçades del segle XXI hi ha experiència suficient per no creure que una regulació més clara i permissiva augmentaria el nombre d'avortaments. Els avortaments creixen a tot arreu, independentment de si la legislació

és més o menys restrictiva, la qual cosa vol dir que per reduir-los cal anar a les arrels socials que fan possible els embarassos no desitjats més que no pas a la regulació legal de l'avortament. No per tenir una legislació més restrictiva s'aconsegueix evitar que les dones avortin. L'únic que s'aconsegueix és que ho facin en pitjors condicions.

En una resolució aprovada el passat 16 d'abril per 102 vots contra 69, el Consell d'Europa recomana als 47 països que en són membres una regulació que “respecti l'autonomia de les dones per decidir” i permeti un avortament sense riscos i garantit per l'Estat de manera accessible i segura. El Consell d'Europa aposta en concret per una llei de terminis que permeti a les dones avortar lliurement durant un determinat període de temps en condicions de plena seguretat jurídica i sanitària. Trenta-dos dels 47 països representats al Consell ja tenen regulat l'avortament per una llei de terminis.

El Consell afegeix, però, que aquesta política ha d'anar acompanyada de campanyes més efectives en la prevenció dels embarassos no desitjats. L'avortament ha de ser considerat un últim recurs i s'ha de fer tot el possible per evitar-lo.

Les xifres són molt preocupants. A l'any 2006 es van produir a Espanya 101.592 avortaments, un 10,8% més que l'any anterior i el doble que deu anys enrere. Segons dades del Ministeri de Sanitat, el 96,98% dels casos (98.523) es van realitzar dins el supòsit d'afectació greu per la salut física o psíquica de la mare, el 2,83% (2.875 casos) per greus malformacions en el fetus i el 0,01 (13 casos) per violació.

Si l'any 2006 hagués estat en vigor a Espanya una llei de terminis que permetés avortar lliurement durant les primeres 14 setmanes de gestació, hagués cobert la major part dels casos que es van produir. De tots els avortaments, 92.460 van ser fets abans de les 14 setmanes i només 9.132 es van fer després. En la majoria de països amb una llei de terminis, el límit per avortar sense requisits oscil·la entre 12 i 18 setmanes, llevat d'Holanda, que arriba fins a 24.

Especialment preocupant és l'augment dels embarassos no desitjats entre les joves. De fet, el grup d'edat on més s'ha incrementat l'avortament és el de les menors de 19 anys. El 14% de les dones que van avortar al 2006 tenien menys d'aquesta edat i el 40% menys de 25.

La tendència a l'alça dels embarassos no desitjats entre les adolescents ha de ser considerat un greu fracàs educatiu i assistencial. A Espanya la taxa d'embarassos no desitjats entre les adolescents s'ha duplicat en 15 anys, en passar de 7,4 per mil joves al 1996, al 14,4 per mil de 2005.

Algunes dades indiquen a més que l'avortament és utilitzat per un reduït però creixent nombre de joves com un recurs anticonceptiu, la qual cosa indica que les campanyes d'informació han fracassat estrepitosament pel que fa a aquest objectiu. El 9% de les dones que van avortar l'any 2006 havien avortat ja dues o més vegades abans.

Les joves són més lliures a l'hora de tenir relacions sexuals, però és evident que no s'han aconseguit els objectius d'una millor educació sexual, segurament perquè en qüestions com aquesta, amb un fort component emocional, la mera informació no és suficient.

En conclusió, donades les mancances que des del punt de vista social té l'actual legislació sobre l'avortament, es proposen les següents mesures:

- Un canvi legislatiu que elimini l'actual inseguretats jurídica, eviti el risc d'instrumentalització política de l'avortament i minimitzi els efectes socials i psicològics d'una situació que per si mateixa ja suposa un gran patiment per a les dones.
- Garantir la cobertura de la prestació sanitària d'interrupció de l'embaràs a la xarxa pública d'hospitals.
- Revisió de l'enfocament i la metodologia de les campanyes de prevenció dels embarassos no desitjats, especialment entre les adolescents. Pares, escoles i serveis sanitaris han d'assumir que els joves tindran relacions sexuals a edats molt precoces. Més efectiu que intentar retardar l'edat d'inici és assumir la realitat i facilitar els mitjans perquè aquestes relacions siguin el més segures possible.

- Creació de mecanismes de col.laboració entre el sistema educatiu i el sanitari per tal d'aconseguir que al inici de la seva vida sexual, tots els joves tinguin accés a serveis específics d'educació i orientació sexual culturalment adaptades a les seves necessitats. Donat que l'edat d'inici s'està avançant, sembla convenient donar aquests serveis a partir dels 11 anys
- Facilitar mecanismes especials d'accés als mitjans anticonceptius durant l'etapa de l'adolescència i primera joventut.

ASPECTES SANITARIS RELATIUS A LA MILLORA DE LA PRÀCTICA DE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS

Elena Carreras, Raquel Novo, Teresa Pi-Sunyer, Oriol Ramis

I. Introducció.

Dins de les diferents formes utilitzades amb les que ens podem referir a la IVE hi trobem la Interrupció de la Gestació (IG), que és el terme habitualment utilitzat en diversos països, per exemple a França, i que té l'avantatge que és una descripció relativament neutre que no en qualifica la voluntarietat; el problema és la seva poca utilització (encara) a casa nostra i que engloba qualsevol interrupció de la gestació, incloses, per exemple, les produïdes espontàniament es un percentatge de tots els embarassos. L'altre possibilitat és Interrupció Voluntària de l'Embaràs (IVE) que té l'aspecte favorable del seu ús bastant estès i que es refereix al caràcter de voluntarietat; té però l'inconvenient de que en l'ús habitual sembla que es refereixi només a les interrupcions que no ho són per dany fetal. Això ha portat a que les interrupcions per dany fetal se'ls anomeni *Interrupcions Legals de l'Embaràs (ILEs)*. Sense cap dubte les ILEs per dany fetal són legals, però la utilització d'aquest llenguatge semblaria inferir que la resta de interrupcions o IVEs no ho serien, de "legals". Aquesta utilització del llenguatge no ha fet cap bé a la normalització d'aquest tipus d'assistència. Malgrat l'equip de treball no es veu en cor d'imposar la utilització d'un o d'altre mot, ni tant sols d'aconsellar-ne una unànimement, el debat s'esmenta aquí perquè creiem que té importància per a la CCCB.

II. Anotacions històriques sobre els aspectes sanitaris en l'evolució de la interrupció de la gestació (IG).

L'origen històric del desplegament de l'atenció a la salut sexual i reproductiva a Catalunya, de la que la IG en forma part, s'ha de situar en els anys 70. D'una banda la IPPF (*International Planned Parenthood Federation*) començà a oferir ajuda als països, entre ells Catalunya, que tenien problemes en la difusió del que llavors es coneixia com

a planificació familiar que a Espanya, en el règim polític anterior, era il·legal. Això significà que un reduït nombre de professionals començaren a formar-se i s'establiren els primers dispensaris públics de contracepció a l'Hospital Clínic, a l'Hospital de Sant Pau i en el primer centre de planificació familiar de Barcelona. De la mà del moviment feminista i d'altres moviments associatius es continuà amb la creació de més centres de planificació familiar (CPF) amb el suport d'algunes i alguns professionals de la salut, entre els quals es compten algunes de les persones que encara avui lideren i treballen en unitats d'atenció a la salut sexual i reproductives (ASSIR) i a centres i unitats hospitalàries que ofereixen IG. En aquests espais es possibilità la reflexió i la formació a l'entorn de la sexualitat, la maternitat i el paper de la dona en la societat i s'avançà en l'oferta d'una atenció integral i en la creació d'equips interdisciplinaris. Aquests CPFs augmentaren fins a establir-se com a una xarxa àmplia representada per l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCB). L'APFCB continua essent ben activa, és part de la Federació Espanyola de Planificació i el seu darrer congrés fou precisament a Barcelona, el passat mes de novembre, on es debatí sobre la situació de la IG. Posteriorment (principis dels 90s?), els CPFs foren finalment integrats en la xarxa pública d'atenció primària de l'ICS, primer sota el nom de Programa d'Atenció a la Dona (PAD) i després amb el nom de Unitats de Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR).

També a principis dels 80 es constituí, dins de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, la Societat Catalana de Contracepció amb un objectiu científic i de promoció del coneixement. Els passats dies 23 i 24 de maig celebrà el seu 21è Simposi Anual que precisament dedicà una taula al tema: *“Atenció a l'Avortament en la Sanitat Pública: Situació Actual i Reptes de Futur”*.

III. Els problemes més greus en l'assistència sanitària vinculada a la interrupció de la gestació, ara i aquí.

En allò que fa referència a l'assistència sanitària vinculada a la interrupció de la gestació, podríem resumir els problemes més greus, en uns punts claus. No obstant això, no podem evitar referir-nos a la poca consideració, ratllant sovint la deslegitimatització, que aquest tipus d'assistència ha tingut i encara té. Una bona part dels dispositius de la xarxa assistencial i de les seves estructures de gestió, això vol dir també els professionals i les altres persones que hi treballen, no es relacionen encara de manera

professional amb els dispositius que ofereixen i presten l'assistència i l'acompanyament a les dones que decideixen interrompre la seva gestació. Això també és cert, i és especialment greu, en aquelles autoritats institucionals que haurien de garantir la coordinació i/o la integració que s'espera de la qualitat de la relació entre les parts d'una xarxa d'atenció a la salut, més enllà del seu caràcter públic o privat. Concretament, ens referim a la poca qualitat de la relació entre els centres i les unitats hospitalàries que practiquen IG i la gran majoria de: (i) els serveis d'urgències que han d'atendre qualsevol complicació real o percebuda d'una IG, (ii) els serveis de diagnòstic prenatal que han d'oferir la interrupció de la gestació com una possibilitat davant d'un diagnòstic desfavorable, (iii) els serveis d'obstetrícia que han d'assegurar el desig reproductiu previ o posterior a una IG, (iv) molts dels serveis d'atenció primària i PASSIRs, i (v) els molts altres serveis clínics especialitzats (hematologia, psiquiatria, medicina interna, ...) que han de ser requerits davant de qualsevol patologia acompanyant, etc... La responsabilitat d'aquesta situació recau en molts actors, inclosos molts dels propis professionals que tenen tendència a mirar cap a una altra banda i defugir la seva pròpia tasca quan s'enfronten a una pacient en la que la IG és part de les actuacions possibles. Més enllà de les creences personals que portin a declarar-se objector a la pràctica individual de la IG, l'assistència professional, és a dir efectiva i correcte, a una dona a qui un altre professional li ha practicat o te previst practicar-li una IG entra dins de les obligacions contractuals i ètiques de qualsevol professional de la salut i de qualsevol persona que treballi en el sector i, per tant, li és exigible pel seu contractador. A banda de la responsabilitat dels professionals i treballadors de la salut, és obvi que l'autoritat sanitària catalana, en la seva triple funció de finançadora dels serveis públics, de reguladora del sistema i de prestadora directe de molts dels serveis hospitalaris i d'atenció primària (ja sigui a través de l'ICS o d'altres entitats on la participació de l'administració hi és majoritària), pot fer/ha de fer molt més perquè els professionals de la salut compreguin millor el problema i cooperin professionalment en l'assistència a les dones que se sotmeten a una IG com, de fet, la majoria fa en qualsevol altre problema de salut. Aquesta connivència entre professionals i autoritats institucionals en la poca consideració a la salut sexual i reproductiva en general (i a la interrupció de la gestació en particular) que hem descrit és, en la nostra opinió, allò que explica els problemes greus que esmentarem a continuació. Qualsevol actuació que tendeixi a millorar-los ha de tenir present la normalització d'aquesta assistència i no tendir a marginalitzar, és a dir a apartar de la vista, a aquest tipus de prestació que és legítima i

legal (no tractem aquí el problema de les activitats il·legals, és a dir, practicades fraudulentament). Això no faria sinó agreujar els problemes que esmentem.

1. La manca de seguretat clínico-quirúrgica

Tant si es tracta d'una IG de poques setmanes com d'una en gestació més avançada, estem parlant d'una intervenció, instrumentació o administració farmacològica que presenta un percentatge petit, però inevitable, de complicacions que requeriran la participació d'altres especialistes o d'un servei d'urgències. El nombre d'aquestes complicacions s'ha anat reduint a mesura que les tècniques instrumentals, quirúrgiques i farmacològiques han anat avançant i depèn de molts factors com l'estat de salut previ de la dona i especialment del temps de gestació. Hi ha més complicacions d'aquest tipus a mesura que la IG es fa en moments més avançats. En IG en dones que estan embarassades de poques setmanes aquestes complicacions són molt poc freqüents (més a la vora de l'1 per mil que de l'1 per cent), però cal recordar que a Catalunya es practiquen vora de 20000 IG d'aquestes característiques cada any i això significa que se'n poden esperar, entre aquestes dones, algunes desenes de casos. La xarxa sanitària ha d'estar preparada per a atendre correctament a aquestes dones en el cas que es presentin als serveis d'urgències. Disposem de proves que si bé la capacitat tecnològica existeix, les dones reben un tractament inadequat, o sigui un maltracte, augmentant les seqüeles d'aquest tipus d'intervenció. Però sobretot, per no arribar a aquest punt i per fer prevenció, és molt important que els professionals que practiquen IG tinguin assegurat el suport (que no es nega gairebé mai en qualsevol altra prestació) de la resta de la xarxa i l'accés a les cures especialitzades (per exemple: l'accés a la gammaglobulina RH en els casos de dones que necessiten vacunació) i les exploracions complementàries (per exemple: analítiques, consultes amb especialistes d'hematologia, cardiologia, endocrinologia o psiquiatria per esmentar els casos més freqüents) quan un cas es complica. Aquesta manca de suport afecta tant a les clíniques extrahospitalàries com a les unitats que en practiquen dins dels hospitals públics i posa en risc la seguretat clínica de les dones que se sotmeten legítimament a una IG.

2. El maltracte dins de la xarxa sanitària

No obstant això, el maltracte no es limita a posar en risc la seguretat clínicquirúrgica, (per exemple, a no oferir el tractament hemostàtic adequat a la dona en el rar cas d'una hemorràgia o el suport especialitzat adequat al professional que ha practicat la IG) i s'amplia a la manca de consideració i respecte davant l'opció que ha fet/vol prendre la dona. Disposem de casuística amplia de com molts serveis prenen una actitud culpabilitzadora i deslegitimitzadora davant de la dona que ha optat/considera optar per una IG i que acudeix als serveis de la xarxa sanitària cercant consell o suport abans o després d'una IG en un centre autoritzat. La iatrogènia que aquestes conductes comporten per a l'evolució de la dona i per a la seva salut reproductiva futura han estat lamentablement poc avaluades, però els psicòlegs que treballen en aquest sector n'han identificat clarament la tendència.

3. Les barreres per a obtenir informació en la xarxa pública (i en la privada)

Una part específica d'aquest maltracte és la dificultat per obtenir informació sobre la IG en la xarxa sanitària. Crida l'atenció que la quantitat d'informació disponible en els centres públics sobre qualsevol problema de salut, des del recanvi de genoll a la diabetis, no tingui equivalent en informació gràfica, escrita o audiovisual sobre la interrupció de la gestació, en la majoria de centres on les dones acudeixen. En els pocs centres on es dona informació, aquesta només es dona verbalment o en fulls elaborats artesanalment per l'infermera que atén les dones i que no pot disposar, sense un suport permanent de la xarxa, de totes les dades actualitzades. Aquest fet no fa sinó augmentar, d'una banda, la culpabilització de la dona que ha decidit optar per una possibilitat completament legítima i legal en el nostre país i, de l'altra, la morbiditat i les complicacions associades, com deiem abans, a una edat més avançada de gestació en retardar-se l'assistència .

4. Les barreres econòmiques

És obvi que per a una part de les dones que decideixen interrompre la seva gestació, la situació actual els presenta una barrera econòmica difícil o impossible de superar. Els casos més dramàtics afecten a: (1) les interrupcions per malformació en moments

avançats de la gestació quan l'hospital de referència no se'n fa càrrec; (2) les interrupcions en setmanes avançades per aquesta o qualsevol altra causa, i (3) les interrupcions en persones amb greus problemes econòmics. Com a mínim en aquests tres casos, s'ha d'admetre que el sistema públic hauria de resoldre urgentment la situació, ja fos mitjançant: (a) la intervenció perquè els hospitals públics no deixessin a les dones a qui han diagnosticat malformacions greus sense cobertura, o (b) la concertació pública, a través del procediment establert per la legalitat vigent, amb els centres extrahospitalaris que volguessin col·laborar amb un volum de casos que s'hauria d'acabar d'estimar amb la informació actualment disponible.

5. *La manca de resposta davant la patologia fetal greu*

Una situació específica que afecta a relativament poques dones (entre 600 i 800 de les prop de 20000 dones que es sotmeten a IG anuals) es refereix a les IG posteriors al diagnòstic d'una malformació fetal greu conseqüència del diagnòstic prenatal al que se sotmeten virtualment i sota cobertura i finançament públic totes les embarassades del país, cada any (82077 naixements, l'any 2006). Aquests casos tenen uns problemes molt peculiars, una complexitat tecnològica especial i una conflictivitat psicològica específica. Tots els problemes que hem esmentat més amunt han d'aplicar-se també en aquest cas amb l'agreujament que: (a) les possibilitats de complicacions mèdico-quirúrgiques greus són més grans (més de l'1%), (b) l'impacte psicològic es caracteritza per una interrupció no desitjada després d'una experiència de coexistència amb el fetus i del desig conscient i prolongat del naixement, (c) el cost econòmic, en el cas freqüent que l'hospital on s'ha fet el diagnòstic no se'n faci càrrec, que és molt superior al que la majoria de dones i famílies poden fer front, i (d) la interpretació que alguns hospitals fan sobre la impossibilitat d'aplicar el supòsit de risc per a la salut psíquica de la mare en el centenar de casos en que el diagnòstic de malformació fetal es produeix després de la setmana vint-i-dos.

En general la detecció final d'aquests casos es realitza en algun dels grans hospitals de referència del país que haurien de tenir resolts els recursos humans, tecnològics i d'acollida per fer-hi front. La realitat, lamentablement, no és aquesta. Molts hospitals deixen a la dona amb la indicació d'IG i la declaració que aquell centre no en practica o

no en practica en aquell moment de la gestació. D'altres poden oferir-ho però amb tots els problemes de seguretat i qualitat que esmentàvem abans. L'evidència psicològica disponible, comprovada també en d'altres països, alerta sobre l'impacte negatiu que suposa per a les dones no entendre que la seva IG no pugui ser practicada pel mateix equip que li ha diagnosticat la malformació o per una unitat d'IG amb qui aquella estigui convenientment coordinada. Com ja hem dit, quan, a més, el diagnòstic es fa després de la setmana 22, el problema s'agreuja ja que alguns centres tendeixen a fer creure a la dona que la IG en aquest cas no és legal.

IV. Algunes propostes per a la millora d'aquests problemes.

Prioritzar les actuacions, i per tant el finançament, en els punts següents:

1. En l'àrea de les polítiques públiques de prevenció i promoció de la salut:

- Que, d'una banda, s'avaluïn, es mantinguin i/o s'ajustin les iniciatives existents per a què els infants aprenguin sobre la seva sexualitat a les escoles, que puguin expressar els seus dubtes, que aquests siguin escoltats i que rebin respostes entenedores. De l'altra, que s'incrementin i afavoreixin noves iniciatives en la promoció de la salut sexual i reproductiva. És molt recomanable que s'associï la sexualitat amb l'afectivitat.
- Que es publiqui més material gràfic i audiovisual sobre educació sexual pensat per a infants i joves, que els sigui rellevant i els sigui fàcilment accessible.
- Que es mantinguin i s'incrementin els espais d'atenció als joves ja sigui en els centres d'atenció a la salut o en altres espais on l'accés sigui més fàcil.
- Que es publiqui material gràfic i audiovisual dirigit a les dones que informi sobre la interrupció de la gestació: la seva legitimitat, les seves característiques, els serveis de suport existents i la manera d'adreçar-s'hi. El material hauria de ser divers segons les diferents tipologies, edats i cultures de

les usuàries dels serveis d'atenció a la salut. El material hauria de considerar el caràcter preventiu per a una bona salut sexual i reproductiva futura que tota IG ha de tenir. Aquest material hauria d'estar disponible en tota la xarxa d'atenció a la salut de finançament públic (CAPs, ASSIRs, Hospitals,...) i hauria de poder facilitar-se també a les xarxes privades i a les associacions professionals i científiques.

2. En l'àrea de l'organització institucional de la prestació d'IG i la seva relació amb d'altres dispositius de la xarxa

- Que es garanteixi la continuïtat entre la IG i qualsevol altre intervenció que es requereixi del sistema sanitari públic o privat mitjançant el contacte regular entre els responsables dels centres extrahospitalaris o de les unitats intrahospitalàries autoritzades a realitzar IGs i tots els centres hospitalaris o d'atenció especialitzada amb qui el contacte sigui clínicament necessari (això inclou, però no està necessàriament limitat a: unitats d'urgències, serveis d'Obstetrícia i Ginecologia, unitats d'ASSIR i equips d'AP corresponents, serveis especialitzats, tals com medicina interna, hematologia, psiquiatria i d'altres). Aquests contactes han de permetre reflexionar les dificultats existents ja sigui per pre-judicis, desconeixement o manca de vincles entre professionals. Han de ser promoguts i arbitrats per l'autoritat sanitària de cada zona territorial (per exemple, els governs territorials?) i requerirà segurament l'elaboració o la posada al dia de protocols (de trasllats urgents, de circuits per a la pràctica d'exploracions complementàries,...).
- Que s'acordi i es normi sobre un informe d'alta estandaritzat i obligatori, tant en els centres hospitalaris (en el cas dels centres hospitalaris on l'informe d'alta és ja obligatori i estandaritzat, s'hauria d'ajustar la normativa per a incorporar-hi les variables que no hi són) com en els extrahospitalaris i tant per a les IG que hagin necessitat ingrés com en les que no, en col.laboració amb els centres implicats. Es suggereix que contempli, com a mínim, les variables següents:
 - Temps de gestació

- Patologies detectades (comorbiditat, en l'argot sanitari), codificades d'acord a la CIM.
 - Intervenció o instrumentació específica practicada.
 - Evolució post-intervenció/instrumentació/tractament farmacològic.
 - Tractaments pautaats.
- En el cas dels hospitals implicats en el diagnòstic prenatal avançat, deixar ben clara en la relació contractual (entre l'autoritat sanitària: DGPA, DGSP i/o CatSalut i el centre hospitalari/ICS), la responsabilitat i l'obligació de l'hospital de fer-se càrrec de totes les IG que es prescriguin en uns nivells de qualitat i seguretat que incloguin l'atenció psicològica i el seguiment. Com ja s'ha dit en d'altres documents, l'objecció de consciència no pot ser de la institució, que ha de trobar la manera de gestionar la prestació respectant els drets dels professionals objectors.
 - La qualitat i la seguretat en les IG prescrites després del diagnòstic de malformació fetal implica entre altres coses:
 - Un registre centralitzat de casos.
 - Accés als serveis adequats d'anatomia patològica.
 - L'existència de Comissions als centres i la seva supervisió.
 - El tancament clínic dels casos (inclosos els resultats de patologia).

Això haurà d'implicar una planificació i negociació entre les diverses alternatives d'organització possible.

- Incorporar progressivament l'atenció psicològica com a part integrant del circuit d'IG, sigui quina sigui la causa, el supòsit i/o la complexitat tecnològica de la intervenció quirúrgica, instrumental o farmacològica.

3. En l'àrea de la planificació de serveis.

- Fer una anàlisi de situació de les possibilitats de:
 - La setantena d'hospitals públics del país per fer front a les necessitats d'IG tenint present, entre d'altres factors, el volum dels seus programes de

diagnòstic prenatal, l'actitud i percepció dels responsables del centre i dels serveis d'obstetrícia i de salut d'atenció a la dona, el nivell de coneixements dels seus professionals i les seves característiques estructurals i tecnològiques.

- La quarantena de PASSIRs actualment desplegats en el país; estudiant específicament el volum de recursos que poden dedicar a tasques d'assessoria, acompanyament i seguiment posterior de les IG, a sobre de les moltes altres tasques que tenen adscrites.
 - Les EBAs (entitats de base associativa per a l'atenció primària) que no disposen de suport de unitats tipus ASSIR.
 - Els centres extrahospitalaris privats acreditats actuals que volguessin obrir-se a una col.laboració i concertació amb el sector públic.
- Elaborar un pla de sectorització de l'assistència, conjuntament amb els dispositius implicats, que delimiti els casos que han de ser atesos en cada nivell de complexitat amb especial referència a les IG per dany fetal i les IG d'elevat temps de gestació o d'alta complexitat clínic-quirúrgica.
 - Elaborar en col.laboració amb les associacions professionals, els centres implicats i les seves associacions, un estudi de les necessitats de recursos humans i un pla d'acció per a la seva formació, inclosos la formació/rotació en IG dels MIR en Ginecologia/Obstetrícia i l'entrenament a professionals que ja són en exercici però que no han tingut l'oportunitat de formar-se en IG. Ha d'anar dirigit no només a aquells professionals que s'especialitzen en IG, sinó també a gineco-obstetres i altres professionals que treballen en salut sexual i reproductiva i personal que atén urgències.

4. En l'àrea del finançament directe de la prestació.

- Les recomanacions fetes fins aquí per a la transformació de l'atenció en els hospitals de propietat pública (ICS) impliquen que aquests han de veure-ho reflectit en augments i/o ajustos en els seus pressupostos, tant en el capítols de personal, com en els de despesa corrent i inversions.

- També un cop elaborat el plà anterior, es podria iniciar, si s'escaigués, l'experiència de concertació amb els centres extrahospitalaris o hospitalaris concertats, que s'hi avinguessin, per a que aquests poguessin practicar algunes de les IG de poc temps de gestació a càrrec de fons públics, especialment en les dones per a les qui la barrera econòmica significa un problema greu i/o en les IG de gestació avançada que no siguin cobertes pels hospitals públics. Això significaria que el concert hauria de cobrir: l'acompanyament i consell, l'avaluació dels supòsits, l'avaluació de la capacitat econòmica (cal recordar que els centres extrahospitalaris ja disposen d'assistent social), la pràctica de la IG i el seu seguiment.
- Suggerim que després d'un període de temps, quan es disposés ja del plà de sectorització esmentat en el punt anterior, s'avalués l'experiència per a dissenyar un sistema de finançament més definitiu que tingués en compte la capacitat de la xarxa d'oferir aquest tipus de prestació.

5. En el seguiment de tot el procés

- Finalment suggerim que el Departament de Salut organitzi en un període breu, per exemple tres mesos, una nova reunió participativa per avaluar els progressos en aquestes recomanacions i estudiar i identificar els obstacles i dificultats que s'hi hagin trobat. No fer-ho equival a deixar passar l'oportunitat de normalitzar aquesta prestació i de fer prevenció del tipus de problemes que han sacsejat aquest tema en els darrers sis mesos.

Som conscients que cadascun d'aquests suggeriments necessita una elaboració més detallada, que inclogui els objectius a assolir, el temps necessari i el pressupost adient. I al mateix temps, que el sol fet d'endegar-los poden provocar per ells mateixos variacions en les dinàmiques entre els actors que poden portar a que alguns d'ells esdevinguin ràpidament irrellevants i que apareguin altres suggeriments que seran percebuts llavors, com a més urgents. Aquesta, vulguem o no vulguem, és la dinàmica

pròpia de qualsevol procés de transformació com el que creiem que cal endegar ja en aquest sector.

INTRODUCCIONS

Maria Lluïsa De La Puente

- Coincidiria amb l'exposició dels aspectes jurídics, especialment en relació a la jurisprudència alemanya, ja que l'aprovació d'una llei de terminis i assessorament conjuntament implica una política de potenciació de la maternitat. És a dir, que al mateix temps que es va cap a una llei de terminis es fomenta la protecció i ajuda a la maternitat.

- Trobo que és excessivament dur parlar d'un fracàs absolut de les polítiques de prevenció ja que la realitat del nostre país en els últims anys ha propiciat que la posada a terme de polítiques de prevenció hagi resultat especialment difícil. A més, hem de recordar que en països del Nord d'Europa, on existeixen aquestes polítiques de prevenció, les taxes de IVE són al mateix temps superiors a les nostres. Per tant, encara que reconec i estic d'acord en que cal millorar les polítiques de prevenció, no sé si som capaços epidemiològicament i tècnicament d'avaluar si el fracàs del que es parla es deu a que ho hem fet malament o més aviat es deu a l'existència d'altres factors molt difícils de contrarestar. Em refereixo a patrons culturals d'un important volum de la població, que són molt diferents i que no poden canviar-se a curt termini.

- Hi ha molts aspectes que no s'han tractat, com per exemple els IVEs de repetició, molt freqüents, en els que no està clar si quan la dona fa un primer avortament se li ha d'oferir ja aleshores allà mateix un mètode contraceptiu. És a dir, que la eficàcia que pot tenir el treball de promoció i prevenció no és el mateix en tots els contextos. Igualment no s'ha avaluat encara quins han estat els efectes de l'administració de la píndola postcoital.

- S'ha portat a terme una tasca de planificació dels serveis materno-infantils, existint actualment al voltant de 40-42 hospitals a Catalunya que porten a terme aquest tipus d'atenció. És important la sectorització, donant responsabilitat als diferents nivells d'atenció sanitària.

- Des del Servei Català de la Salut estem a punt de publicar una instrucció normativa per canviar el diagnòstic prenatal del segon trimestre al primer trimestre, que és una tecnologia nova. No sabem encara si a aquesta instrucció hi afegirem alguns aspectes relacionats amb el tema de debat d'avui o no.

Josep Ramon Arisa

- Voldria destacar la importància de les repercussions que té l'adopció d'un model cultural i educatiu sòlid en l'aspecte de la sexualitat pel tema que estem tractant, com és el cas de països com Holanda.

Francesc Jose Maria

- Voldria destacar la necessitat de que aquest comitè establis un criteri unificat en relació a l'article 9.4. de la llei d'autonomia del pacient, que fa referència a la majoria d'edat civil, és a dir 18 anys, per a consentir un embaràs, pot o no aplicar-se al cas de la IVE, davant la qual cosa són contrari davant del gran nombre de casos de IVE en dones menors de 18 anys a les quals se'ls hi negaria el seu dret a decidir.

Pablo Hernando

- Destacar quatre punts: 1) si cal anar buscant més supòsits de despenalització o això a la llarga serà per la seva dificultat negatiu el que

cal és passar a la legalització, 2) considerar que la viabilitat del fetus no és una situació estàtica sinó dinàmica, ja que depèn de molts factors, entre ells els nous avançaments en el camp de la medicina, 3) la dificultat d'establir quins casos poden ésser considerats adients per a ser atesos com una prestació pública i quins no, crec que tots ho haurien de ser, 4) la necessitat de mantenir espais de discussió i reflexió.

Elena Carreras,

- Voldria destacar que passar d'un sistema de despenalització a un sistema de legalització és desitjable però no poden oblidar-se els casos de despenalització de l'avortament ja que existeix el risc de que s'acabi en un sistema que sols considera uns terminis tancats i quedin fora casos importants que no emmotllar-se a aquests terminis però entren dintre dels supòsits com són els casos en els que existeixen greus alteracions fetals.
- En quant a la qüestió esmentada de la viabilitat del fetus, penso que el plantejament de donar a la dona la possibilitat d'escollir o no seguir endavant amb l'embaràs no s'ha de fer des de la perspectiva de la viabilitat sinó de la qualitat de vida futura.

Oriol Ramis

- Penso que és important destacar que en la meua opinió, la marginalització en la que es troba la IVE en el sector sanitari no s'arreglarà pel fet de que hi hagi un finançament públic. Hi ha una major feina a fer, que passa per la creació d'una millor xarxa de comunicació entre les unitats d'IVE i altres sectors relacionats de la medicina, des de serveis d'urgència a serveis obstetro-ginecològics, etc.

Raquel Novo,

- Des de la òptica dels metges que realitzem IVEs, cal destacar la situació de marginalització i desprestigi en que es troben les dones que opten per avortar i que també ens trobem aquest col·lectiu sanitari. Així, doncs, a més d'una nova regularització jurídica més permissiva, que em sembla fonamental, també cal denunciar el risc jurídic en que ens trobem els professionals que realitzem IVEs, el grau d'acusament i desprestigi que patim, semblant al que pateixen les pacients, la manca de formació de nous professionals i la necessitat d'una normalització d'aquesta situació i un major finançament públic que vetlli per la qualitat dels serveis donats i no passi com està passant ara mateix, que al costat de serveis que estan realitzant una gran labor per la salut de les dones que porten a terme una IVE hi ha altres centres potser més interessats en els aspectes lucratius que els sanitaris i, en canvi, no es fa cap diferència entre uns i altres.

Tresa Pi Sunyer

- Cal destacar la necessitat de que hi hagi una bona fluïdesa en les relacions de tots els professionals que acompanyaran a la dona a lo llarg de tot el circuit recorregut en la IVE per a que pugui portar-la a terme d'una forma el menys traumàtica possible.

Milagros Perez Oliva

- En primer lloc, cal dir que la sentència existent del Tribunal Constitucional no es pronuncia sobre la inconstitucionalitat o no d'una Llei basada en Terminus ja que sols es pronuncia sobre la Llei de Supòsits.
- Per altra banda, penso que situacions com la que s'ha parlat fent referència a l'Estat Alemany en que s'obliga a fer-se un assessorament, són situacions creades com a subterfugi per a donar sortida a una problemàtica que també es podria plantejar a l'Estat Espanyol, i que fa

referència a quines obligacions per part de l'Estat pot comportar tenir una Llei de l'Avortament basada en terminis enfront la qual podria aduir-se que s'està vulnerant l'obligació de protegir aquest be jurídic que és el "nasciturus".

- Crec que tant de les exposicions fetes com des de les intervencions hagudes està clar que tots estem a favor de que hi hagi un canvi legislatiu i la qüestió és quina mena de canvi defensem. Així, doncs, disposem de varies opcions:
 1. Incorporar un 4art. supòsit. Aquest supòsit és el supòsit socioeconòmic. Des de la meua perspectiva no crec que aquesta opció sigui la més adequada, ja que aquest 4art. supòsit crec que resultaria encara més problemàtic que el 3er. que tenim ara, que parla de la salut física i psíquica de la dona. De fet, seria un supòsit al que podrien acollir-se dones que ara mateix s'estan acollint ja a aquest 3er. supòsit, pel que no augmentaria notablement la permissivitat de la llei i, a més, es un supòsit més difícil de verificar i de objectivar i, per tant, més problemàtic, repressiu i negatiu.
 2. Transformar la Llei de supòsits en una Llei de terminis, en els quals ens tindríem que posar d'acord, i sense incorporar aquest nou 4art. supòsit esmentat, sí, en canvi, mantenir els supòsits actuals, que ens permeten resoldre els casos que sobrepassin aquests terminis però en els que existeixi una malformació fetal, casos en que apareguin problemes greus per a la salut física o psíquica de la mare quan s'hagin sobrepassat aquests terminis, etc.
- A més, crec que és molt important que paral·lelament a la proposta del canvi de Llei es posi en marxa una proposta amplia i rigorosa de prevenció dels embarassos no desitjats i que estigui principalment focalitzada en els adolescents, ja que és un col·lectiu de població del que

ja fa molts anys que n'estem parlant però en el que segueix augmentant la taxa d'avortament.

Interrupció de Santiago Barambio.

- Voldria que quedés clar, ja que això ja s'ha dit varies vegades i tornarà a dir-se, que no és veritat que augmenti la taxa d'avortament entre la població adolescent. Pot existir un augment numèric però no existeix un augment percentual.

Interrupció de Maria Lluïsa De La Puente,

- Sí que existeix un petit augment percentual però sols en el col·lectiu adolescent pertanyent al sector de població dels immigrants.
- Crec que també ens hauríem de pronunciar sobre la necessitat de que la xarxa pública hospitalària garanteixi l'accessibilitat a la prestació de la IVE i que cada Àrea de Salut garanteixi la prestació en un dels seus centres.

Victoria Camps

- Crec que seria important que sortíssim d'aquesta reunió amb una sèrie de propostes consensuades en les que tots estiguéssim d'acord. La primera d'aquestes és si demanem un canvi legislatiu o no, ja que sembla que si bé una majoria està a favor d'un canvi legislatiu i anar cap a una llei de IVE basada en terminis, la ponència presentada sobre els aspectes sanitaris anava més a favor de l'aplicació d'una sèrie de reformes urgents que reforcin la xarxa assistencial i la seguretat jurídica i clínica de metges i pacients.

Assumpció Benito

- M'agradaria incidir en els punts que m'ha semblat potser més difícils de consensuar. Un primer punt seria com han de ser les característiques de la llei que volem, que al meu entendre ha de ser una llei que satisfaci les necessitats i minimitzi els riscos. Així mateix és important definir com podem navegar amb la llei actual per impulsar aquests canvis que volem.
- Un altre punt que crec que s'ha d'emfatitzar és el de la voluntat de la dona, especialment en el cas de les malformacions. Així doncs, en aquest cas, en el que hi ha una comissió avaluadora del risc que suposa per aquella dona tirar endavant o no el seu embaràs, no es pot parlar de si aquesta comissió "autoritza" o no la IVE, sinó de que aquesta comissió "informarà" exhaustivament a la dona i la seva parella sobre els riscos i sempre serà la voluntat de la dona d'assumir o no aquell embaràs el element directiu. És a dir, no es pot decidir si justificar un avortament o no en base al tipus de malformació sinó en base a la idiosincràsia de la futura mare i els efectes que aquesta malformació provoca sobre ella.
- En la meva opinió, tant hospitalàriament com extrahospitalariament, la IVE hauria de ser una prestació pública. Així mateix, s'han de fixar els requisits de coordinació i funcionament entre els centres i definir quines responsabilitats té un centre que diagnostica una malformació i que després no pot (o no vol) realitzar la IVE, una responsabilitat que ara sembla recaure sols en la dona.
- En relació a l'existència d'un assessorament en la llei de terminis, jo hi estic d'acord, ja que em sembla que és una forma d'establir el compliment de la obligació per part de l'administració sanitària d'informar de totes les possibilitats i alternatives sanitàries i socials associada a la IVE, és a dir que és una forma d'afavorir una presa de decisió informada per part de la dona.
- Penso que també és molt important determinar i posar-nos d'acord sobre el límit de setmanes en una llei de terminis, és a dir fins a quantes setmanes ha de prevaldre la lliure voluntat de la dona per a posar fi a

l'embaràs en una situació de no supòsits. En la majoria dels països amb una llei de IVE de terminis, aquest límit és de 12-16 setmanes, però en alguns països és més enllà. Això té a veure amb el concepte de viabilitat del fetus i de com s'enten aquesta viabilitat, un concepte que estaria modulats també en gran mesura pel concepte de qualitat de vida.

Maria Casado,

- Segons la meua opinió avui s'estan debatin dues coses que es creuen dos cops. En primer cop hi ha la qüestió de si demanarem una modificació de la actual llei d'avortament o no. En aquesta qüestió nosaltres representem a una comunitat autònoma en un model estatal on les lleis penals són estatals, així que en aquest sentit el que podem fer és demanar que es canviï la llei, però hi ha una altra qüestió tant o més important que aquesta en la que com a comunitat autònoma sí que tenim unes veritables competències, que es refereix a tot el que s'ha dit sobre la informació que es dona, la xarxa sanitària, etc... Així doncs, imagineu-vos com canviarien les coses si les embarassades que estan optant per una IVE rebessin una bona informació enlloc de l'actual, els serveis fossin molt més accessibles, públics, etc...
- L'altra qüestió és que estem parlant de l'avortament, però l'avortament ve sempre d'un problema previ i tal com diu la resolució del Consell d'Europa, l'avortament forma part d'un desenllaç no desitjat a un problema previ, l'embaràs no desitjat, i que el que hem de procurar és que aquest desenllaç també sigui possible d'una forma el menys traumàtica possible. Així doncs, l'avortament forma part d'un problema més gran que són els embarassos no desitjats i aquests estan molt relacionats amb una cosa que no pertany a sanitat sinó a educació, que és l'educació sexual. Però resulta que aquí, l'educació sexual és una matèria que s'imparteix o no segons la bona voluntat que tingui l'associació de pares del col·legi o el professor de biologia o filosofia e igualment moltes famílies eviten qualsevol responsabilitat en aquest sentit delegant-la a

l'escola. Així doncs, parlem de quina llei de l'avortament volem, però abans actuem amb contundència sobre l'arrel de tot aquest problema.

- En relació als supòsits, jo estic a favor d'afegir un 4art supòsit socioeconòmic perquè no m'agrada l'alt nivell d'hipocresia existent en la legislació actual. Espanya és un dels països amb una legislació més restrictiva en quant a l'avortament i al mateix temps amb una aplicació més permissiva, però aquest alt grau d'indefinió en l'aplicació de la llei és origen de desigualtats i acaba perjudicant a tothom.

Montserrat Busquets

- Jo també veig aquests dos temes de discussió. El primer és si es demana un canvi de la llei en el sentit de que passi de ser una llei de despenalització a una llei de regulació i tota la tasca a fer per a que aquest canvi en la llei sigui possible sense perdre el que ja hem aconseguit.
- El segon és l'enorme desconeixement que hi ha per part dels professionals sanitaris en relació als aspectes legislatius de l'avortament i l'enorme por que tenen en quant a les possibles conseqüències jurídiques que desconeixen. De fet, crec que hi ha una gran feina a fer per normalitzar l'avortament com una situació sanitària més amb la que es trobaran molts d'aquests professionals i hauran d'enfrontar-s'hi i no com passa ara, com una cosa tenebrosa i especial que millor és evitar. Per això crec que l'avortament s'ha d'integrar dins de la xarxa pública i aquesta xarxa s'ha de responsabilitzar del bon desenvolupament professional en l'assistència a les IVEs.
- Per últim, en quant a l'assessorament jo no hi estic d'acord ja que crec que és una cosa que ja tenim en la legislació sanitària, que és el consentiment informat, és a dir que tota acció sanitària ha d'anar precedida d'una informació comprensible pel pacient sobre el que

suposa, les alternatives, beneficis i riscos, etc. Així, no cal fer una cosa específica per a l'avortament sinó vetllar de que en l'avortament, al igual que en qualsevol altra intervenció quirúrgica, aquesta informació es dona i es dona bé.

Francesc Abel

- En la meva opinió cal un canvi de la legislació actual i, en particular, jo voldria incloure el supòsit socioeconòmic.
- És molt important també que en la formació dels metges i professionals que han d'atendre a aquestes dones, es recalqui la necessitat de que hi hagi una major receptivitat, que hi dediquin un major temps professional i que tinguin clar que la seva funció no és només fer una intervenció puntual sinó acompanyar a aquestes pacients al llarg del seu procés.
- En aquesta funció de major informació i receptivitat hi ha de participar també altres sectors, des de l'educatiu fins als mitjans de comunicació social.

Margarita Boladeras

- En la meva opinió cal un canvi legislatiu, que ha d'anar cap a una llei de terminis guiats per la viabilitat del fetus.
- En relació a la introducció d'un nou supòsit socioeconòmic, la meva posició és de cert recel ja que crec que és un supòsit ambigu.
- Crec també que cal fer un assessorament i no ha de ser un assessorament merament informatiu sinó que s'acompanyi també d'uns serveis socials de protecció a la dona i atenció al nadó que l'ajudin en la situació derivada de la decisió que prengui.
- Estic d'acord també en que no tot s'acaba en el canvi legislatiu, sinó que tal com s'ha dit s'ha de fer una feina important en millorar els aspectes necessaris i de formació, que s'hauria de reflectir en el document. A més, cal fer notar que les institucions d'un estat han de garantir el compliment

de les lleis d'aquest estat i això vol dir garantir la IVE i garantir-la en unes condicions òptimes de qualitat.

Joan M Pons

- Voldria assenyalar que el concepte de viabilitat del fetus, que potser empíricament ara podríem situar en els 22-24 setmanes, no em sembla que hagi de guiar la llei ja que és un concepte ambigu, que canvia, i la llei ha de ser concreta.
- També, en relació a si la IVE ha de ser una prestació o no del sistema sanitari públic, crec que la solució passa per demanar que prengui una posició determinada l'administració de la comunitat autònoma i aclareixi si és una prestació pública que ha de ser finançada parcialment o totalment públicament o no.
- Crec que ha quedat molt clar que independentment de la llei hi ha uns greus problemes sanitaris al voltant d'aquesta qüestió sobre els que s'ha d'actuar i que cap canvi de llei arreglarà. (S) Això s'aplica també a les iniciatives en educació sexual de la joventut.

Carme Ollé.

- Fent referència al que ja s'ha dit sobre les dades de IVE al nostre país, voldria dir que si observem les xifres estadístiques, el col·lectiu, especialment jove, en el que s'observa des de fa uns anys un augment de les taxes de IVE és el col·lectiu de dones immigrants. En aquest col·lectiu, les taxes són d'aproximadament 29 IVE/1000 dones, mentre que en el col·lectiu de la població de dones autòctones, la xifra és d'aproximadament 9 IVE/1000 dones. Això implica que en les campanyes ens hem d'adreçar especialment a aquest col·lectiu.
- En referència al consentiment informat, jo estic més a favor de l'anomenat "consell contraceptiu", en el que es treballen aspectes educatius, aspectes relacionats amb la decisió, el procés de la IVE, etc.

Marc A Broggi

- En la meua opinió cal un canvi legislatiu que recolzi una llei de terminis, que no es basin de forma estricta en la viabilitat del fetus, ja que fer-ho així serà una font de problemes e incertesa. La incorporació d'un quart supòsit socioeconòmic hauria de ser al meu parer una alternativa si no pogués aconseguir-se una llei de terminis.
- Estic d'acord en que l'assessorament del que s'ha parlat aquí ja es troba emmarcat dins d'un consentiment informat ben realitzat.
- Crec que la IVE ha de tenir una cobertura pública i és molt important que se superin les mancances actuals a nivell de la xarxa sanitària en la prestació de la IVE.

Santiago Barambio

- Crec que hauríem de tenir una perspectiva més amplia al parlar de terminis, ja que 12, 14, 16 o 24 setmanes no són més que xifres tècniques que per sí soles no porten enlloc. Si mirem el que passa a Europa, veurem que per exemple, a França, el termini màxim és menor que a Holanda, però pensem que a França, la llei de terminis estava pensada per a que la IVE es portés a terme pel metge general en l'àmbit ambulatori. Un altre exemple, Portugal, un país on hi havia una llei d'avortament molt semblant a l'espanyola però en el que els metges, a diferència del que ha passat aquí, no van voler portar endavant aquesta llei. Ara, Portugal, ha instaurat una llei de terminis on la xifra és sols de 10 setmanes. Perquè sols 10 setmanes? Per poder fer els avortaments per via farmacològica a través de la xarxa pública, ja que el cost dels altres superar el que s'està disposat a finançar públicament. A Holanda i el Regne Unit el límit és molt més alt, 24 setmanes, perquè quan es va fer la llei es va considerar que aquell era el límit de viabilitat del fetus. Ara, en canvi, ens trobem amb estudis recents de seguiment de prematurs nascuts abans de les 26 setmanes, que han presentat en la gran majoria dels casos, una evolució desastrosa. Així, doncs, hi ha dues coses essencials:

- 1) quan es parla de viabilitat del fetus, s'ha de parlar de qualitat de vida d'aquest nadó, i 2) en una llei sobre l'avortament, la dona no pot anar després del dret. Cada dona que vol sotmetre's a una IVE és un cas concret i particular i la llei s'ha d'adaptar a englobar el màxim possible de dones i no són les dones les que s'han d'adaptar en cada cas a una llei.
- Estic d'acord també en que la cobertura sigui pública, però el que no es pot tolerar és el que passa ara, que la qualitat de la IVE en la sanitat pública és tècnica i socialment molt inferior a la que hauria de ser i és en alguns centres privats. Si la prestació de la IVE ha de ser pública, la xarxa pública ha d'estar ben formada i dotada dels recursos necessaris, dues condicions que ara mateix aquí no es donen. Així mateix, la xarxa pública hauria de començar a considerar a la dona que vol sotmetre's en totes les seves dimensions (física, psicològica, social, etc.) i no sols des de la perspectiva de la malaltia, especialment en un cas com aquest, en el que evidentment no n'hi ha cap de malaltia.
 - La meua posició i la del grup al que represento és que cal una llei de terminis, encara que només sigui perquè ofereix una major protecció jurídica a les dones i als metges que realitzen IVE. Així mateix, el límit hauria d'estar establert en 26 setmanes ja que fins ara, a Espanya, encara que amb supòsits, s'ha pogut fer una IVE fins a les 26 setmanes.
 - Així mateix, la existència de malformacions representa una excepció a aquests terminis.
 - Per últim, creiem que tots aquells casos en els que l'embaràs suposi un risc vital per la dona no cal incloure'ls en una llei de l'avortament ja que estan inclosos en els drets fonamentals i un embaràs que suposi un risc vital, si la dona hi està d'acord, s'ha d'interrompre.

Marius Morlans

- Jo crec que s'han de diferenciar dues situacions molt diferents: 1) l'embaràs no desitjat, però que no comporta un risc per la salut, i 2) l'embaràs que comporta un risc vital per la dona o en el que existeix una malformació fetal. Així com la llei pot regular que es fa en el primer cas,

no pot regular, en canvi, la pràctica mèdica, ja que el progrés mèdic és una situació dinàmica i la decisió a prendre en tots aquells casos que pertanyen al segon supòsit, és a dir en els que hi ha un risc vital important per la dona o una insuficient qualitat de vida pel futur nadó, depenen en gran mesura i sobretot de la informació pronostica, que és competència dels professionals sanitaris.

- Al meu parer, doncs, cal regular positivament un dret social, que és la interrupció voluntària de l'embaràs, i amb voluntària amb refereixo a la interrupció de l'embaràs no desitjat, ja que el que comporta un risc vital per la dona o per la qualitat de vida del futur nadó no s'interromp voluntàriament sinó per causes majors. No sóc partidari ni de la necessitat d'afegir-hi un assessorament, que ja hi és en el consentiment informat, ni d'introduir un quart supòsit, que més aviat seria una nova complicació. Els terminis haurien de ser flexibles. Així mateix, com he dit, dels terminis haurien d'excloure's totes aquelles situacions en les que hi ha un risc vital per la dona o per la qualitat de vida del futur nadó.

PRIMERA PART DEL DEBAT

- Crec que en primer lloc hauríem de evitar donar recomanacions en els punts en els que ja s'ha estat treballant i hi ha previstes una sèrie d'actuacions. Per exemple, en relació a les diferències que existeixen en aquest tema entre la població autòctona i la immigrant, està previst ja ampliar la cobertura especialment en aquesta última població de la contracepció hormonal i la píndola del dia següent, així com ampliar tota la tasca informativa sobre prevenció adreçada especialment als col·lectius més vulnerables com són els joves i els immigrants. Així mateix, cal remarcar que els temes de l'objecció de consciència dels metges i les malformacions fetals són dos temes en els quals ja s'han fet una sèrie de recomanacions també en la línia de tot el que s'ha dit aquí.

- En aquests col·lectius vulnerables hauria d'afegir-se també a les dones de més de 40 anys.
- És important també que quan es parli de la importància de la malformació fetal en la decisió de interrompre la gestació no sols es parli de la importància de la malformació en sí des d'una perspectiva mèdica sinó fonamentalment de la importància dels efectes de la malformació sobre la dona, sobre la seva vida psíquica.
- (En castellà a l'original) Crec que és important que apart de que s'estigui treballant en alguns temes ja, es contemplin a la llei ja que hi ha persones e institucions que no estan disposats a fer-ho o concedir-ho si no se'ls hi exigeix. Una altra cosa important és el plaç. Es pot posar qualsevol plaç, però s'ha de tenir sempre en compte el què passa després d'aquest plaç, ja que sempre hi ha casos en els que les circumstàncies adverses que fan pensar en interrompre l'embaràs apareixen després de les 14 o 16 setmanes que s'hagi posat de plaç a la llei. Així doncs, són també importants els supòsits. Amb això vull dir, que tal com proposem nosaltres, hi ha d'haver-hi unes situacions d'especial importància en les que no ha d'haver-hi cap plaç límit fixat, que són els casos en que hi ha una malformació o que suposen un risc per a la salut de la dona i després hi ha d'haver-hi un plaç de 14 o 16 setmanes en els que la dona pot avortar lliurement sempre que ho desitgi, però, a més, hi ha d'haver-hi una sèrie de supòsits, per problemàtics que puguin semblar, que permetin avortar a les dones que estan fora d'aquest plaç.
- Des d'una perspectiva pràctica això, al meu parer, no funciona. Un plaç de sols 12-16 setmanes és massa curt. Moltes dones queden fora del plaç, com s'està veient a França, on la llei permet avortar lliurement fins les 12 setmanes, i el fet d'haver d'entrar després en els supòsits és discriminatiu ja que una dona amb més possibilitats econòmiques pot anar-se'n a Holanda, on es permet lliurement fins les 22 setmanes i, en canvi, una amb menor possibilitats econòmiques i culturals, pot acabar avortant clandestinament. En la meua opinió, existint ja un país a Europa

que té fixat un plaç per a avortar lliurement de 24 setmanes, no hem de demanar un plaç inferior a aquest.

- En el meu parer, crec que estem molt condicionats per la llei actual, en la que el 90% dels casos passen pel supòsit de salut psíquica i actualment, depèn d'on vagis a parar s'interpreta d'una forma o altra. Hem de pensar en una llei que porti un instrument jurídic clar que permeti resoldre la totalitat dels casos. Així doncs, cal posar una llei de terminis que resolgui la majoria dels casos. Si el termini és de 16 setmanes, per les estadístiques podem veure que ja resoldrà la gran majoria dels casos. Si el termini és de 24 setmanes encara en resoldrà un petit percentatge més. Però els casos importants són els que queden fora de la lliure voluntat de la dona, que queden fora d'aquest termini per diverses situacions sobrevingudes, ja que en aquests casos és on segurament es presentaran més problemes, des dels majors problemes que aquestes situacions solen portar per sí mateixes als problemes derivats de que aquí ja no es té sols en compte la lliure voluntat de la dona. Així doncs, la existència d'una sèrie de supòsits és molt important i, en aquest sentit, a mi em sembla que no cal introduir nous supòsits que acabaran complicant les coses, ja que impliquen una valoració d'una situació subjectiva que no és valorable, sinó que cal potenciar al màxim el supòsit que ja tenim, que és el de la salut física i psíquica de la dona, que en sí ja engloba al socioeconòmic.
- Crec que tots estem d'acord en que cal anar cap a una llei de terminis i la controvèrsia es dona en els supòsits, es a dir en si cal mantenir els supòsits actuals o introduir-ne un de nou que és el socioeconòmic. Jo soc contraria a la introducció d'un nou supòsit ja que suposa la introducció de noves comissions, nous controls, etc.
- El problema també del supòsit de la salut psíquica de la dona és que l'avaluació i la decisió recau actualment exclusivament en el col·lectiu dels psiquiatres.

- (en castellà originalment) El problema també de la introducció d'un supòsit econòmic és que aquest supòsit no està dient que aquella dona vol o no vol tenir un fill sinó que no vol tenir un fill perquè no té diners per a cuidar-lo i alimentar-lo adequadament. Aleshores, admetre aquest supòsit és totalment hipòcrita i absurd ja que si aquella dona no té diners per a alimentar al seu fill, el que s'ha de fer és aconseguir els recursos necessaris per a que pugui alimentar-lo i no fer-se còmplices d'aquest tipus de situació, deixant que avorti ja que sabem que no farem res per a la supervivència d'aquella criatura.
- Al meu parer, encara que habitualment un conflicte social acabi portant a un conflicte psíquic i també a l'inrevés, no podem barrejar-ho i dir que tot és psíquic.
- El supòsit de la salut de la dona, si fem cas a la definició de salut de la OMS, comporta la salut física, psíquica i social, així que tècnicament sí que hi estaria englobada la perspectiva social. En veritat, però, tot aquest tema dels supòsits es basa en una cosa molt simple. Hi ha una dona que vol avortar i una societat que està disposada a deixar-la o no deixar-la, i a partir d'aquest tira i arronsa, cada país s'inventa uns supòsits o altres, unes comissions assessores i el que sigui.

RESUM PRIMERA PART DEL DEBAT

ASPECTES JURÍDICS

1. Preval la opinió de que s'ha de demanar una llei de terminis. La viabilitat del fetus és un concepte dinàmic i no pot utilitzar-se com a plaç. El plaç fixat ha

d'englobar, i per tant solucionar, com a mínim el 90-95% dels casos d'avortament actuals.

2. La llei de terminis ha d'estar complimentada també amb uns supòsits per aquells casos en els que s'ha sobrepassat el termini i la dona ja no pot avortar lliurement.

3. Les situacions en les que hi un risc per a la vida de la dona o una malformació fetal estan excloses dels terminis i poden interrompre's en qualsevol moment.

4. La principal controvèrsia es troba entre augmentar aquests supòsits amb un quart supòsit socioeconòmic o no.

A favor:

a) El supòsit socioeconòmic, que és el que motiva la decisió de l'avortament en un percentatge de casos actualment no està contemplat.

En contra:

b) És un supòsit que ja queda dintre del supòsit actual de salut física i psíquica de la dona, entenen salut com el benestar físic, psíquic i social.

c) Representa la incorporació de nous elements que entorpirien la lliure decisió de la dona fent entrar a nous elements externs (comissions, etc.) en la valoració d'una situació subjectiva que no és valorable.

d) Acceptar el supòsit econòmic, entès com a manca de recursos econòmics per criar el fill, implica fer-se còmplice de l'avortament com a sortida a la negativa a posar a l'abast de la dona qualsevol tipus de recursos per a la supervivència d'aquella criatura enlloc de garantir uns recursos mínims que garanteixin la supervivència de mare i fill i que són propis d'un estat del benestar.

5. Un altre punt de controvèrsia és si ha d'existir un assessorament de la dona que vagi més enllà del consentiment informat o consell contraceptiu o no.

A favor:

a) La obligatorietat d'aquest assessorament obliga a que es doni tota la informació pertinent que d'altra forma, com passa ara, es dubtós que es doni.

b) Aquest servei s'ha d'acompanyar i garantir també d'uns serveis socials de protecció a la dona i atenció al nadó que l'ajudin en la situació derivada de la decisió que prengui.

En contra:

c) Representa la incorporació de nous elements que entorpirien la lliure decisió de la dona fent entrar a nous elements externs (comissions, etc.) de pressió sobre la lliure decisió de la dona.

ASPECTES SOCIALS

1. L'avortament forma part d'un desenllaç no desitjat a un problema previ, que és l'embaràs no desitjat.

2. Els aspectes socials passen fonamentalment per una bona informació que ara no hi ha i un important impuls a les campanyes de sensibilització i d'educació sexual, que incideixen especialment en els col·lectius més dèbils com són els immigrants i els joves.

ASPECTES MÈDICS

1. L'avortament ha de ser una prestació sanitària pública, no sols per garantir l'assistència a totes les pacients sinó per a normalitzar aquesta pràctica dins del col·lectiu mèdic com un servei sanitari no diferenciat dels altres i responsabilitzar a la xarxa pública sanitària del bon desenvolupament professional en l'assistència a l'IVE.

2. En el sector sanitari hi ha una gran feina a fer que no té a veure amb els canvis jurídics sinó amb l'aplicació d'una sèrie de reformes urgents que reforcin la xarxa assistencial i la seguretat clínica i jurídica de metges i pacients, que són competència fonamentalment dels departaments de salut dels governs de les comunitats autònomes. Aquestes reformes han de quedar reflectides en el document i s'ha de pressionar per al seu compliment.

SEGONA PART DEL DEBAT

CONCLUSIONS

Aspectes ètics

1. El problema ètic de l'avortament enfronta dues posicions irreconciliables: la que defensa l'autonomia reproductiva de la dona i la que defensa el valor inviolable de la vida del fetus des del moment de la concepció.
2. La hipòtesis del valor inviolable del fetus des de la concepció no té justificació científica i du a contradiccions que fan impossible qualsevol regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs.
3. L'autonomia reproductiva de la dona és un dret, però no un dret absolut. La decisió d'avortar ha de ser responsable i coherent amb altres valors constitucionals, ja que compromet la vida futura d'una altra persona.
4. La regulació de l'avortament ha de tenir com a finalitat tan propiciar avortaments saludables com evitar els avortaments amb mesures de prevenció i educació sexual.

En el punt 4 es proposa canviar “com evitar els avortaments amb mesures de prevenció i educació sexual” per “com polítiques de prevenció dels embarassos no desitjats”.

Es proposa canviar el terme “avortament” per “interrupció de la gestació”. Es prefereix aquest terme també sobre “interrupció voluntària de l'embaràs” per evitar que es facin distincions entre una interrupció “voluntària” i una “legal”.

El terme “avortament” es rebutja davant de l'afirmació d'alguns professionals de que “avortament” sols contemplaria el període en el que el fetus no és viable.

El punt queda així: La regulació de la interrupció de la gestació ha de tenir com a finalitat tan propiciar la interrupció de la gestació com evitar els embarassos no desitjats amb mesures de prevenció i promoció de l'educació sexual.

5. Un estat laic, davant la confrontació d'opinions igualment legítimes, ha d'optar per la tolerància. No és just imposar a tothom una determinada concepció de la vida humana que no pot ser compartida, ni deixar de respectar el dret de la dona a l'autonomia reproductiva tot regulant la manera com ha de ser exercida.

Aspectes jurídics

6. La STC 53/1985 va declarar el caràcter indeterminat de la vida humana i la realitat que el nasciturus no és subjecte de dret tot i que la seva vida és un be jurídic que cal protegir. Al mateix temps, l'estat no pot ignorar el dret de la dona a autodeterminar-se com un aspecte de la seva dignitat, dret a la integritat física i moral, llibertat de creences i idees i dret a l'honor, intimitat personal i familiar.

Es proposa canviar “la STC 53/1985 va declarar el caràcter indeterminat de la vida humana i la realitat que el nasciturus no és subjecte de dret tot i que la seva vida és un be jurídic que cal protegir” per “la STC 53/1985 va declarar que el nasciturus no és titular del dret a la vida tot i que aquesta és un be jurídic que cal protegir”.

7. La regulació penal avalada pel TC crea una gran inseguretats jurídica a les dones embarassades i als professionals sanitaris. Aquesta inseguretats agreuja el problema derivat de l'exercici del dret a l'objecció de consciència en la sanitat pública.

Es proposa canviar “la regulació penal avalada pel TC crea una gran inseguretats jurídica a les dones embarassades i als professionals sanitaris” per “la regulació penal vigent actual crea una gran inseguretats jurídica tant per les dones que volen interrompre l'embaràs com per als professionals sanitaris.” Es proposa canviar “aquesta inseguretats agreuja el problema derivat de l'exercici del dret a l'objecció de consciència en la sanitat pública” per “aquesta inseguretats provoca la inhibició de molts professionals sanitaris que s'acullen al dret a l'objecció de consciència per evitar problemes legals i/o jurídics.”

8. En la legislació actual, el protagonisme de la dona en la decisió d'interrompre l'embaràs queda anul·lat per la intervenció de terceres persones, la qual cosa és una falta de reconeixement del dret de la dona a l'autonomia reproductiva i una font de desigualtats entre les dones.

Es proposa canviar: “el protagonisme de la dona en la decisió d'interrompre l'embaràs queda anul·lat per la intervenció de terceres persones” per “la decisió de la dona d'interrompre l'embaràs està condicionada per la intervenció de terceres persones.” Es proposa eliminar el tros final: “i una font de desigualtats entre les dones.”

9. És necessari un canvi legislatiu que contempli alguna de les següents alternatives:

- a) ampliar el sistema d'indicacions a un quart supòsit, l'econòmic-social, amb decisió última de la dona.

- b) introduir un sistema de terminis que despenalitzi la IVE realitzada dins d'un determinat moment temporal, amb el consentiment de la dona com únic requisit. Per tal de garantir la vida embrionària sense utilitzar la via penal, es aconsellable el sistema de l'assessorament obligatori.

Es proposa canviar: “és necessari un canvi legislatiu que contempli alguna de les següents alternatives:” per “és necessari un canvi legislatiu que contempli els següents aspectes:”

Es proposa canviar el punt b) per: “introduir un sistema de terminis que permeti que la dona interrompi lliurement la gestació dintre d’un termini no inferior a 16 setmanes.”

- *Es proposa 16 setmanes perquè és un període que inclou el 95% de les interrupcions de la gestació.*
- *Es diu en contra que el 5% de la població que queda fora és la població de més alt risc i que havent-hi actualment dos països europeus (Regne Unit i Holanda) en els que es permet interrompre la gestació fins a les 24 setmanes, no s’hauria de posar un límit inferior a aquest.*
- *Es diu a favor que aquest termini afavoreix un major consens social i que per a aquest 5% estan els supòsits, als que podrien acollir-se.*

Es proposa deixar el punt en: “introduir un sistema de terminis que permeti que la dona interrompi lliurement la gestació dintre d’un termini no inferior a 16 setmanes ni superior a 24 setmanes, atès els factors ètics, socials i sanitaris existents.”

Es proposa eliminar: per tal de garantir la vida embrionària sense utilitzar la via penal, es aconsellable el sistema de l’assessorament obligatori” de l’apartat d’aspectes jurídics ja que en l’apartat d’aspectes jurídics això adquireix la vessant del deure de l’estat de desincentivar l’interrupció de la gestació més que la vessant del deure de informar i el dret al consentiment informat. Es proposa que es reflexi en el text que el que hi hagi una bona informació i assessorament es considerar necessari però es tem l’utilització d’aquesta figura en termes coactius enfront de la lliure decisió de la dona.

Es proposa eliminar el punt a) i posar en el seu lloc que més enllà del termini establert per la llei regiran els supòsits establerts en la llei actual. Es proposa no fer esment de la llei actual i posar: que complementàriament, quan existeixi una malformació fetal o un risc de salut física o psíquica per la mare, podrà interrompre’s la gestació en qualsevol moment (sense cap límit de temps).

10. El sistema de terminis és el més respectuós dels drets reproductius de les dones. Que aquests drets tinguin més pes que la vida del embrió en les primeres etapes es justifica perquè una maternitat no volguda pot ser un obstacle insalvable per a la constitució d'un pla de vida autònom.
11. En el context europeu aquesta és una opció compartida per països en què els textos constitucionals no son diferents pel que fa a la protecció de la vida.
12. L'obligació de garantir el dret a decidir una maternitat responsable, el dret a la salut i la igualtat d'oportunitats aconsellen el finançament públic de la NE.

Es proposa eliminar els punts 10, 11 i 12, ja que el seu propòsit era sols reforçar l'opció d'un sistema de terminis i aquest sistema ja ha estat definit com un requisit essencial del canvi de la llei.

Aspectes sanitaris

13. Una vegada despenalitzat l'avortament a Espanya, es constata la dificultat d'algunes comunitats per desenvolupar la normativa i per equiparar definitivament la interrupció de la gestació a qualsevol altre prestació i establir un diàleg honest i fructífer amb l'administració sanitària.
14. A dia d'avui s'ha de reconèixer encara la poca consideració, ratllant a la deslegitimització, que te aquest tipus d'assistència. L'atenció professional és deficient, com ho son també els dispositius que haurien de garantir la coordinació entre les unitats hospitalàries i altres serveis assistencials.

Es proposa afegir: "Aquesta és una situació que s'ha de superar." Es proposa canviar: "l'atenció professional és deficient" per "l'atenció professional és millorable."

15. En general, la connivència entre professionals i autoritats institucionals en la poca consideració a la salut sexual i reproductiva explica els problemes greus que es detallen a continuació:

- a) Manca de seguretat clínico-jurídica: les dones no reben el tractament adequat i els professionals que les atenen no tenen assegurat el suport de la resta de la xarxa.
- b) Maltractament a la dona dins de la xarxa sanitària i manca de consideració i respecte davant l'opció que ha fet.
- c) Barreres per obtenir informació en la xarxa pública i en les privades, el que incrementa la culpabilització de la dona que pren una decisió legítima i legal.
- d) Barreres econòmiques que afecten especialment les interrupcions en setmanes avançades, per malformació o una altra causa i les interrupcions en persones amb greus problemes econòmics.
- e) Manca de resposta davant la patologia fetal greu, situació que incrementa els riscos, complicacions i traumes intrínsecs als problemes esmentats.

16. Davant de la situació analitzada convé prendre una sèrie de mesures:

- a) Polítiques d'educació sexual, prevenció i promoció de la salut més integrals i efectives.
- b) Garantia per part de l'autoritat sanitària de la continuïtat entre la interrupció de la gestació i qualsevol altre intervenció que es requereixi del sistema sanitari públic o privat.
- c) Establiment d'una normativa que reguli els aspectes següents:
 - Informe d'alta estandarditzat i obligatori en els centres.
 - Obligació dels hospitals que fan diagnòstic prenatal de fer-se càrrec de totes les interrupcions de la gestació que prescrivin.

- Assegurar la qualitat i seguretat en les interrupcions de la gestació prescrites després del diagnòstic de malformació fetal.
 - Incorporar l'atenció psicològica com a part integrant del circuit de la interrupció de la gestació.
- d) Fer un estudi de planificació dels serveis sanitaris hospitalaris i extrahospitalaris per tal d'avaluar les seves possibilitats.
 - e) Elaborar un pla de sectorialització de l'assistència que delimiti els casos que han de ser atesos en cada nivell de complexitat.
 - f) Elaborar un estudi de les necessitats de recursos humans i un pla d'acció per a la seva formació.

17. El conjunt de mesures suggerides impliquen un sistema de finançament que permeti afrontar totes les necessitats esmentades.

Es proposa canviar el punt 17 per explicar que tot això ha de ser possible dur-ho a terme a la xarxa d'utilització pública.

Es proposa que el diagnòstic del risc de salut psíquica de la dona no sigui competència sols del col·lectiu psiquiàtric sino que igualment pugui ser realitzat per tots aquells que estiguin capacitats per avaluar aquest risc (incloent psicòlegs i metges de capçalera).

Aspectes socials

18. Els serveis socials han d'assumir que els joves tenen relacions sexuals en edats molt precoces i enlloc d'intentar retardar l'inici d'aquestes relacions, la solució passa per assumir la realitat i procurar els mitjans per a que aquestes relacions siguin el més segures possibles.

19. Han d'establir-se mecanismes de col·laboració entre el sistema educatiu i el sanitari per tal d'aconseguir que els joves tinguin accés a serveis d'educació i orientació sexual adequats a la seva realitat i les seves necessitats.

20. L'educació sexual hauria de començar ja als 11 anys d'edat (exemple d'Holanda).

En síntesi, les recomanacions del CCBC van en dos direccions:

1. Reforma de la legislació vigent promulgant una normativa que estableixi un sistema de terminis en un període determinat i que consideri la possibilitat de no establir terminis en els casos de detecció de greus malformacions fetals.
2. Proposta d'una sèrie de mesures acceptables dins de la legislació vigent i que anirien destinades tan a garantir a qualsevol dona que ho demani l'assistència en la interrupció de la gestació, com a donar seguretat jurídica als professionals sanitaris i assegurar la qualitat assistencial en aquesta prestació.