

LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

I

Una ley con 25 años de antigüedad vuelve a generar movilizaciones entre los sectores neoconfesionales, la jerarquía católica, el PP y las diferentes organizaciones “antiderechos”, mal llamadas “pro vida”. Si los tres supuestos despenalizados son legales y, por tanto, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE, en adelante) no es un delito, no estamos ante un problema legal. Tampoco estamos ante un problema científico: es una batalla ideológica. Dogmas religiosos contra derechos de las mujeres. Poder clerical sobre la sociedad contra valores laicos como autonomía de la mujer y respeto a su libertad de conciencia. Derecho a la vida de un cigoto, de una mórula o de un embrión, frente al derecho a la vida, a su dignidad y la integridad física y moral de una persona. Sin olvidar dónde queda el derecho a una vida digna e íntegra de un hijo no deseado.

Cuando en 1985 se aprobó la ley que despenalizó la IVE, no se legalizó el aborto, que sigue siendo ilegal, de acuerdo al Código Penal. Simplemente se despenalizó la IVE en tres supuestos concretos: por grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada (sin plazo), por violación (dentro de las 12 primeras semanas de gestación) o por graves taras físicas o psíquicas del feto (dentro de las 22 primeras semanas).

Los efectos positivos de esta ley no se hicieron esperar: los abortos clandestinos, que provocaban la muerte de más de 300 mujeres cada año, se redujeron a cero. Asimismo, el nivel de complicaciones médicas en las actuales intervenciones es de los más bajos de todos los países industrializados. Por último, el número de denuncias por mala praxis es irrelevante y, en todo caso, menor que las correspondientes a ginecología y obstetricia.

No obstante, en esta ley la mujer aparece tutelada por jueces, médicos, psicólogos, policías y, de hecho, no se le reconoce a ésta autonomía de juicio y capacidad de decisión responsable. Asimismo, la actual normativa ha conducido a una aplicación laxa, provocando una enorme inseguridad jurídica a las mujeres, inermes ante cualquier denuncia de novio, marido, o anónima, conculcando sus derechos más elementales, incluido el derecho a su intimidad. Por último, esta ley no resuelve los casos de diagnósticos de malformaciones fetales, realizados después de las 22 semanas de embarazo.

Dado que esa inseguridad se extiende, también, al personal sanitario interviniente, especialmente a los médicos, ello ha provocado el efecto perverso de derivar la práctica totalidad de las IVE hacia clínicas privadas, como consecuencia de una interpretación restrictiva de la ley (en relación, especialmente, con la salud psíquica). Como colofón, la aplicación en el ámbito territorial ha sido muy desigual: en algunas Comunidades Autónomas no existen centros sanitarios, públicos ni privados, para realizar las intervenciones (Navarra), en la mayoría de las CCAA no existen centros públicos para ello y, en el caso de Madrid, incluso se permite vulnerar gravemente historias clínicas, sin que los poderes públicos pongan coto a estos desmanes sino, más bien alentándolos.

En todo caso, el derecho al aborto es una conquista legal y cultural con 25 años de antigüedad en España y la actual normativa ha sido avalada por el Tribunal Constitucional (TC) que, en sentencia de 1985, en respuesta al

recurso que puso el PP contra la Ley, oponiéndose a la despenalización, estableció que: a) los tres supuestos de despenalización contemplados eran constitucionales; b) siendo digno de protección jurídica el feto, es constitucional que prevalezca el derecho de la gestante; c) en caso de violación, no se puede exigir a la mujer “soportar las consecuencias de un acto de tal naturaleza”, porque atenta contra su dignidad, dado que la mujer no es un “mero instrumento”; d) en caso de graves taras físicas o psíquicas en el feto, no se le puede imponer a la mujer una conducta que excede de la que normalmente es exigible a la madre y a la familia; e) en relación con la IVE, conviene que el Estado legisle “en línea de lo que sucede en la regulación positiva de los países de nuestro entorno”.

Por tanto, no hay que confundir “la vida” con “el derecho a la vida” establecido por la Constitución en el artículo 15, que es un derecho, como todos, sólo atribuido a los nacidos, únicos sujetos de derechos.

Asimismo, la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (casos Boso, Vo, Evans) parte de las mismas premisas: no afectación del derecho a la vida del embrión o del feto, cuando lo que está en juego es el derecho de una persona.

La foto actual de la IVE en España es que se realizaron 112.138 IVE,s en 2007, de las que el 97 % se acogieron al supuesto de “grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada. En la práctica este supuesto ha situado a las mujeres y a los profesionales que las ayudan ante una tremenda inseguridad jurídica. Posiblemente, el aspecto que más alarma social ha generado, junto con el que acabamos de mencionar, es que sólo el 2,5 % de estas intervenciones se realizaron en la sanidad pública, como consecuencia de la objeción de conciencia del personal sanitario, paradójicamente al servicio de la salud pública.

II

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres han sido reconocidos por la ONU como parte de los Derechos Humanos y, entre ellos, el derecho a decidir los hijos que se deseen y el momento de tenerlos. Por tanto, partiendo de la base de que cualquier embarazo no deseado es un fracaso educativo y asistencial, su interrupción se convierte en un problema de salud pública al que dar solución a través de políticas de salud sexual y reproductiva, como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Las únicas políticas eficaces para prevenir los embarazos no deseados, son las políticas públicas basadas en la información y formación sexual, la difusión de métodos anticonceptivos (en las instituciones educativas, en atención primaria y en ginecología) y el acceso y disponibilidad de dichos métodos. Nada de esto se realiza en la actualidad por los sistemas sanitario o educativo públicos:

A) No existen programas de educación sexual y reproductiva dentro del currículo escolar, dirigido a alumnos y profesores. B) No hay suficientes centros de planificación familiar (CPF), se han cerrado los que había y, en el caso de Madrid, hay que esperar meses para una cita (debemos tener en cuenta que el 67 % de las mujeres menores de 20 años que abortaron en España durante 2007 ¡no habían acudido nunca a un CPF!); C) se dificulta el acceso a los

métodos anticonceptivos (píldora postcoital, anillo vaginal, condones), que siguen sin estar financiados por el sistema público de salud. Los jóvenes se encuentran con los CPF cerrados los fines de semana y con las farmacias negando estos medios anticonceptivos legales. Hay que recordar que la OMS recomienda la venta libre de la píldora postcoital (que no es abortiva sino anticonceptiva) sin receta.

Esta carencia de políticas preventivas es la causa directa del incremento de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE,s) en España en los últimos años. De hecho, la tasa de IVE,s por cada mil mujeres en edad fértil es de 11,5, frente a países como Holanda (8, con una ley de plazos hasta la semana 24), Alemania (7,8), Bélgica (7,5) o Austria (1,3). En todo caso, en Madrid se registra la tasa más alta de abortos de toda España: 14,7. Esta elevada tasa, que es más del doble que hace diez años, refleja el estrepitoso fracaso de la política pública autonómica madrileña en esta materia (ausencia de política, en realidad).

Los intereses dogmáticos impuestos por la jerarquía eclesial, y secundados por el PP, orientan las supuestas políticas preventivas hacia la disuasión y el abstencionismo sexual (continencia), tácticas completamente fuera de la realidad en una sociedad tan secularizada. De esta manera, ignoran el dramático problema que puede suponer para una mujer un embarazo no deseado, así como la dignidad y condiciones de vida de los niños no deseados. De hecho, las políticas del PP se enfocan hacia el ofrecimiento de “premios” para forzar los partos, con lo que en realidad, están comprando niños sin preocuparse de la repercusión social, personal y psicológica que provocan estas prácticas.

Así pues, llama poderosamente la atención que aquell@s que se rasgan las vestiduras por la existencia de interrupciones de embarazo legales sean l@s que no mueven un solo dedo para procurar que disminuyan, e incluso se oponen con todas sus fuerzas a que exista una auténtica educación sexual en las escuelas y se opongán a que los métodos anticonceptivos (que no son abortivos) resulten accesibles.

En definitiva, todas las personas “antiderechos” están planteando una batalla ideológica: defienden la posición de la mujer en una sociedad patriarcal, su situación en la familia, respecto a los varones, frente a los hijos, frente a su sexo, respecto a su trabajo fuera de la familia. Por lo tanto, también es una batalla social y política. Y por tanto, también, la reivindicación de la IVE no sólo es un asunto de libertad individual: nos obliga, necesariamente, a plantear las políticas sociales sin las cuales esta libertad individual es una quimera.

III

Debemos partir de la premisa de que siempre que una mujer decide interrumpir su embarazo se enfrenta a una decisión personal dura, que puede tener una fortísima repercusión psicológica y emocional sobre ella.

Se equivocan gravemente, por tanto, todos aquellos legisladores, médicos, obispos o policías que imaginan a la mujer como un simple contenedor (máquina reproductiva) fácilmente manipulable, sin tener en cuenta su voluntad. La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es una decisión que corresponde a la mujer con un embarazo no deseado, en el ejercicio de su

dignidad, autonomía moral y libertad individual. Esto, y no otra cosa, significa respetar la libertad de conciencia de la mujer: su decisión libre de cuándo y cómo ser madre, en el libre ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Ello implica el derecho a planificar su maternidad y, en caso de que fracase, debe tener derecho a interrumpir su embarazo.

Así pues, el afrontamiento de las IVE plantea un problema de salud pública, pues afecta a todos los estratos sociales, a todos los perfiles laborales y a todas las mujeres en edad fértil. Por lo tanto, debe ser objeto de políticas públicas que las traten en condiciones de igualdad desde el punto de vista social, económico y territorial, con una amplia cobertura por el sistema sanitario público. Y para ello, una condición inexcusable es que se incluyan los estudios de IVE, tanto en las carreras de medicina y enfermería como en la formación ofrecida por los servicios sanitarios públicos.

En la actualidad, sólo el 2,5 % de las IVE se llevan a cabo en centros sanitarios públicos, como consecuencia de la objeción de conciencia del personal sanitario. Asimismo, se distribuyen de forma desigual sobre el territorio: en muchas Comunidades Autónomas no existen centros sanitarios públicos que realicen IVE,s y en otros, ni siquiera centros privados (Navarra). Todo ello confirma un mapa fraude de ley que genera un verdadero clima de alarma social. Así pues, de nada servirá una ley que no garantice la cobertura sanitaria pública paraa todas las situaciones de IVE que se planteen en el marco de la legalidad vigente. Sólo puede garantizarse el carácter universal del derecho a esta prestación si se realiza en la red sanitaria pública, como cualquier otra prestación sanitaria.

Para ello, es de importancia crítica abordar el problema de la objeción de conciencia del personal sanitario “cogiéndolo por los cuernos”. Desde el laicismo, que tiene como eje de su actuación la libertad de conciencia, se reconoce, obviamente, el derecho a la objeción. Pero como todo derecho, no puede tener un reconocimiento absoluto y, especialmente, cuando entra en conflicto con la prestación de un servicio público legalmente establecido.

La propuesta realizada en torno a la realización de un registro de objetores, nos parece desenfoCAD respecto a los fines que se pretenden: garantizar la prestación del servicio público, que es además un derecho. Asimismo, pretender preservar el ejercicio de objeción, que es individual y no del centro médico, y pedir al mismo tiempo a la sanidad pública que garantice la prestación, se nos antoja de difícil plasmación práctica, en un contexto de escasez de profesionales y medios técnicos.

En todo caso, creemos que no debe tolerarse, desde una perspectiva democrática, la preeminencia de las creencias confesionales particulares de algun@s profesionales de la medicina por encima de la prestación de un servicio público sanitario legalmente establecido. De esta manera, se protege a la creencia particular (religiosa) frente al Estado, con menoscabo de leyes democráticas legítimas que persiguen un fin público, cuando debería protegerse al Estado frente a la creencia particular. Y así, en estos casos de objeción de conciencia, las decisiones democráticamente elaboradas, junto con los derechos políticos, como el sufragio, quedan prostituidas y dejan de tener sentido. Y la democracia queda deslegitimada.

IV

La nueva regulación legal de la IVE que se atisba, a tenor de las conclusiones de la comisión de personas expertas que han analizado el asunto, parece ir en la dirección de: a) Interrupción libre del embarazo hasta la semana 14, y hasta la semana 22 si existe riesgo físico o psíquico para la salud de la madre o graves anomalías en el feto; b) Sin límite temporal si el feto es incompatible con la vida (¿Y si es incompatible con una vida digna, y no nos estamos refiriendo a una “simple” sordera o ceguera?); c) A partir de la semana 22, límite de viabilidad fetal, no se realizan IVE,s; d) Posibilidad de IVE a partir de 16 años, sin permiso de los padres; e) Que la IVE salga del Código Penal (que deje de ser delito); f) Puesta en marcha de una estrategia preventiva de salud en materia sexual y reproductiva.

En todo caso, el reto fundamental de la futura normativa debería ser el ejercicio del derecho a interrumpir el embarazo en cualquier parte del territorio español, en el centro correspondiente adscrito al sistema público de salud. En igualdad de condiciones y sin agravios comparativos. No es admisible que en cinco Comunidades Autónomas (CCAA) no pueda realizarse ninguna IVE en ningún centro sanitario público. Es más, ni siquiera figura la IVE en la cartera de servicios sanitarios públicos.

Por otro lado, si bien con la propuesta realizada por la comisión de expert@s, cerca del 90 % de las IVE,s actuales verían facilitada su realización, al no incluir requisito alguno (interrupción libre), podrían ser ilegales entre el 5 % y el 10 % de las IVE,s actuales, pues un porcentaje muy elevado de las actuales malformaciones detectadas a través de diagnóstico prenatal se producen por encima de la semana 22. Este aspecto debe ser afrontado por la nueva normativa,

Tampoco sería suficiente enunciar genéricamente una “estrategia preventiva en materia sexual y reproductiva”, sin especificar cómo se va a articular en las CCAA, y de qué medios materiales, económicos e institucionales se va a dotar.

La Sentencia del Tribunal Supremo 53/1985 hacía referencia en su Fundamento Jurídico 12 a la conveniencia de legislar “en línea de lo que sucede en la regulación positiva de los países de nuestro entorno”. Y en nuestro entorno el plazo para la IVE oscila entre las 12 semanas de Italia y las 24 de Holanda e Inglaterra. De manera que no existe ningún impedimento para situarse en el límite superior (22/24 semana) en vez de en el inferior (14 semana). Y el coste político a aportar sería parecido. Por ello creemos que debería de reconocerse el derecho a la IVE hasta la semana 24, sin restricción alguna.

Por último, la nueva ley no puede dejar de lado la problemática de la objeción de conciencia en la sanidad pública. El ejercicio de la libertad de conciencia (con la eventual objeción), como cualquier derecho individual, no tiene carácter absoluto. Al menos cuando se confronta con la prestación de un servicio público, legalmente establecido. De lo contrario, se deslegitiman la democracia y sus instituciones, y se obstaculiza el servicio a los ciudadanos. La sanidad pública debe ofrecer en estos casos un contrato al personal sanitario, en el que se estipule claramente que en caso de dar prioridad a su conciencia, con menoscabo de su función pública, debe considerarse desligado de ésta. La

condición de servidor público, en el ejercicio de normas legalmente establecidas, debe primar sobre consideraciones de carácter individual.

Por último, creemos que ninguna situación actualmente contemplada en la normativa vigente puede tener una respuesta inferior, o más desfavorable, en la nueva ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

Rivas Vaciamadrid, 20 de abril de 2009

M. Enrique Ruiz del Rosal

Presidente de la Asociación Laica de Rivas Vaciamadrid