

DE LA DESPENALIZACIÓN AL ABORTO LIBRE. LA LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPTCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ESPAÑA

JORGE EDUARDO BUOMPADRE¹

1. Introducción

El 5 de julio de 2010 entró en vigencia en España la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.²

La ley es el resultado de varios años de trabajos y discusiones en el ámbito científico, cuyos objetivos se enmarcan en una línea de regulación en esta materia de amplio consenso en los países de la Unión Europea, que han ido ajustando sus legislaciones hacia una progresiva despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo.

Se coloca en un primer nivel de protección el ámbito de autonomía personal, que permite a la mujer tomar decisiones en libertad sobre su sexualidad y su salud reproductiva, entre las que cuenta, ciertamente, la libertad de decidir la interrupción del embarazo, derechos que han sido reconocidos en diversos instrumentos internacionales, a saber, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (Naciones Unidas, 1979), la Plataforma de Acción de Beijing (Naciones Unidas, 1995), la Resolución 2001/2128 del Parlamento Europeo, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), etc.

La reforma penal del aborto en España implica un importante salto cualitativo en la materia, estableciendo una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo, posibilitando a las mujeres acceder

¹ Doctor en Derecho, profesor de derecho penal en la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina.

² BOE, 4/3/10.

al aborto legal en dos situaciones: una, dentro de las primeras catorce semanas de gestación (aborto libre a petición); la segunda hipótesis, de carácter excepcional (aborto por causas médicas), permite el la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras veintidós semanas de la gestación cuando exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o riesgos de graves anomalías en el feto; dentro de esta última categoría, se contempla dos situaciones de excepción para cuando el embarazo haya superado las veintidós semanas de gestación: cuando se detecte en el feto anomalías incompatibles con la vida, previa constancia médica y cuando se detecte una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Se reconoce a los profesionales de la salud directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, el derecho a ejercer la objeción de conciencia, la que deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. Excepcionalmente, si el servicio de salud no pudiere facilitar en tiempo la prestación, se establece el derecho de las embarazadas a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

La Ley ha creado una estructura dividida en Títulos y Capítulos. Un Título Preliminar, cuyas disposiciones generales establecen el objeto, las definiciones, los principios y el ámbito de aplicación y la garantía de igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios; un Título Primero –“De la salud sexual y reproductiva”–, compuesto de cuatro capítulos, el primero dedicado a las Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva, el segundo a las medidas en el ámbito sanitario, el tercero a las medidas en el ámbito educativo y el cuarto a la estrategia de salud sexual y reproductiva; un Título Segundo –“De la interrupción voluntaria del embarazo”– compuesto de dos capítulos; en el primero, se regulan los supuestos y las condiciones que deben concurrir para la práctica del aborto a petición, la integración del comité clínico que debe emitir el diagnóstico y la información previa a la prestación del consentimiento; en el Capítulo Segundo se garantiza el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo, el derecho a ejercer la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud, la

protección de la intimidad de las mujeres y el aseguramiento de la confidencialidad del tratamiento de los datos de carácter personal. Se deroga el artículo 417 bis del código penal, cuya vigencia había sido mantenida por la reforma de 1995 y por el que se prescribían las indicaciones que permitían la realización del aborto voluntario (indicaciones terapéutica, sentimental y eugenésica).

Por la Disposición final primera, se modifica la Ley Orgánica 10/1995, del código penal, dándose una nueva redacción al artículo 145, por el que se castigan diversos supuestos de aborto fuera de los casos permitidos por la ley, incorporándose un nuevo artículo, el 145 bis, por el que se pune a quien practique un aborto de los contemplados en la nueva ley, pero sin cumplir con las condiciones exigidas por ella.

2. El aborto en la legislación española

La represión del aborto en España se remonta a los más antiguos documentos. El Fuero Juzgo castigó diversas clases de aborto, el procurado sobre siervas y el realizado por siervos sobre mujeres libres, así como el suministro de sustancias abortivas. Las sanciones iban desde la pena capital hasta la ceguera y penas pecuniarias.³ Las Partidas, cuyo texto ha sido considerado como el punto de partida de todo tratamiento sobre el aborto criminal⁴, distinguieron la muerte del feto animado, considerado como un homicidio al que se le imponía la pena de muerte, y la del feto inanimado cuyo castigo era el destierro en una isla. Ya en el siglo XIX, desde 1822, época en la que comienza el período de la codificación española, los códigos penales insertan en su articulado, con vocación omnicompreensiva —como recuerda García Marín— una regulación de los distintos supuestos de aborto. Así, el primer Código penal español, el de 1822, distingue dos formas de aborto, con consentimiento y sin consentimiento de la embarazada, se sanciona el aborto causado por un

³ Conf. Eugenio Cuello Calón, *Tres Temas Penales*, pags. 99 y sig., Bosch Casa Editorial, Barcelona, 1955. Un exhaustivo estudio histórico sobre el aborto puede confrontarse en García Marín José María, *El aborto criminal en la legislación y la doctrina (pasado y presente de una polémica)*, pags.25 y sig., Editoriales de Derecho Reunidas, Madrid, 1980.

⁴ Conf. García Marín José María, *op. cit.*, pag. 26.

tercero y el provocado por la propia mujer, así como el realizado como cirujanos, médicos y comadronas. El Código de 1848 regula en forma análoga al de 1822 los supuestos de aborto, introduciendo, al mismo tiempo, nuevas modalidades delictivas, entre ellas, el aborto no intencional y el aborto honoris causa, regulación que es seguida fielmente por la reforma de 1850.

Los códigos de 1870, 1928 y 1932, con ligeras variantes, siguen los lineamientos de la codificación anterior, con la salvedad con respecto a este último, que introduce por primera vez la agravante por el resultado muerte de la mujer. La ley de 24 de enero de 1941, denominada “Ley para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anti-concepcionista”, introdujo algunas modificaciones que fueron refundidas en el código penal de 1944, legislación que castigó no sólo cualquier modalidad de aborto provocado, sino también cualquier práctica tendente a destruir el producto de la concepción, como es el caso de la expedición de productos abortivos.⁵

Tras la Constitución de 1978, el legislador español introdujo, a través de la Ley Orgánica 9/1985, el artículo 417 bis en el código penal de 1973, regulando el sistema de indicaciones como opción en la resolución del conflicto que implica la confrontación entre el derecho del nasciturus frente a los derechos e intereses de la madre⁶, reconociendo la impunidad del aborto cuando concurrieren algunas de estas tres indicaciones, terapéutica, sentimental (o ética o criminológica) y eugenésica (o embriopática). Esta disposición permisiva en situaciones de excepción, fue mantenida por la reforma penal de 1995, hasta la sanción de la Ley Orgánica 2/2010, que derogó el art.417 bis e introdujo un nuevo régimen mucho más liberal en materia de aborto, que es la legislación vigente en la actualidad.

⁵ Confr. García Marin José María, op. cit., pags. 225 y sig.; Landrove Díaz Gerardo, Política criminal del aborto, pags. 13 y sig., Barcelona, 1976.

⁶ Véase el exhaustivo estudio de Díez Ripollés José Luis, El artículo 417 bis del código penal y su naturaleza jurídica, en Comentarios a la legislación penal, T. IX, pags. 91 y sig., Editorial de Derecho Reunidas, Madrid, 1989. Igualmente, Feijoo Sánchez Bernardo, en Compendio de derecho penal, parte especial (Dir.: Bajo Fernández Miguel), Vol. I, pags. 307 y sig., Editorial Centro de Estudios Ramón Areces S.A., Madrid, 2003.

3. Sistemas de regulación

La cuestión relativa a la despenalización del aborto ha girado siempre en torno a un conflicto de intereses que se produce —como antes se dijo— entre los derechos fundamentales de la mujer (libertad, intimidad, libre desarrollo de la personalidad, etc.) que no desea continuar con su embarazo y los derechos del concebido (derecho a la vida).

En esta ponderación de intereses, desde la más remota antigüedad se puede observar un panorama comprensivo de diversos regímenes tendientes a dar solución al conflicto: partiendo de un sistema de absoluta impunidad (período grecoromano antiguo) hasta un sistema de represión absoluta de todo tipo de aborto (siglos 18 y 19), pasando por un régimen intermedio de punibilidad que regula, como principio general, el aborto como delito y la impunidad como excepción.

En este orden de ideas y desde una perspectiva histórico-comparativa, se puede establecer la existencia, básicamente, de dos sistemas legales de regulación del aborto: el sistema de prohibición absoluta y el sistema de prohibición relativa, admitiendo éste último una subclasificación entre dos modelos de regulación, el sistema del plazo y el sistema de las indicaciones. Gráficamente, se puede esquematizar el siguiente cuadro:

Sistemas de regulación del aborto	Sistema de la prohibición absoluta	Sistema del plazo	
	Sistema de la prohibición relativa	Sistema de las indicaciones	<ul style="list-style-type: none"> a) Médica b) Eugénica c) Ética d) Socioeconómica.

A. Sistema de la prohibición absoluta

Según este sistema, toda conducta provocadora del aborto o dirigida a causarlo, debe ser castigada como delito. Son ejemplos de este modelo de regulación legislativa los códigos europeos del siglo 19 y algunos que rigieron durante el siglo 20, v gr. el código español franquista de 1944 y el código penal italiano de 1930 (Código Rocco).

B. Sistema de la prohibición relativa

Para este modelo de regulación, el aborto provocado, en principio, debe ser castigado como delito, aunque admite supuestos excepcionales de impunidad. La gran mayoría de los ordenamientos penales de la actualidad, en especial los de Europa y de América Latina, se encuentran alineados en este modelo. El sistema permite dos variantes: la solución del plazo y la solución de las indicaciones.

B.1) Sistema del plazo

Este sistema supone la impunidad de todo aborto consentido cuando es practicado por un médico y dentro de un plazo establecido legalmente, por lo general dentro del primer período de la gestación, esto es, durante los tres primeros meses del embarazo. Si el aborto debe ser practicado con posterioridad a dicho plazo, el sistema se complementa con ciertas indicaciones que están determinadas de antemano.

Este modelo se fundamenta en la circunstancia de que el aborto constituye un daño de mucho menor entidad que el peligro para la madre o para el futuro hijo puede significar el avance de la gravidez.⁷ En opinión de Carbonell Mateu y González Cussac, la razón de ser de este sistema reside en que durante el período de las 12 primeras semanas de gestación, el embrión pasa a ser feto, tienen comienzo los latidos del corazón y comienzan, con propiedad, los signos de vida. Hay un salto cualitativo, propio del fenómeno biológico de la vida: es el momento en

⁷ Conf. Mir Puig Santiago, "Aborto, estado de necesidad y Constitución", Rev. Fac. de Derecho Univ. Complutense, No. 66, pag. 200, Madrid, 1982.

que comienza la actividad cerebral. Así entendida, la solución del plazo es perfectamente constitucional, especialmente si se prevé un sistema de asesoramiento a la embarazada tendente a conseguir por vías distintas de la penal la efectiva tutela de la vida prenatal.⁸ Según explica Barbero Santos, la solución del plazo tiende a evitar, entre otras consecuencias, que la mujer llegue al aborto por lo que se conoce como “reacción en cortocircuito”, es decir, de improviso, sin que pueda resolver el conflicto de otra manera.⁹ Han adoptado este sistema de regulación los códigos penales de Austria, Dinamarca, Suecia, Grecia, Noruega, Alemania, Italia, Checoslovaquia, Hungría, Bulgaria, Rumania y Países Bajos.

B.2) Sistema de las indicaciones

Es el modelo por excelencia, casi todas las legislaciones del mundo lo han adoptado. Para este sistema el aborto está prohibido como principio general durante todo el período de la gestación, aun cuando se introducen ciertas y determinadas excepciones (indicaciones) que tienden a resolver el conflicto del embarazo no deseado en favor de los intereses de la madre. Han seguido este modelo de regulación, entre otros, Argentina, Paraguay, Brasil, Uruguay, México, El Salvador, Panamá, España¹⁰, Suiza, Portugal, Gran Bretaña, etc.

Tradicionalmente, las indicaciones son cuatro:

- I. *Indicación médica*, también denominada necesaria o terapéutica, según la cual la interrupción del embarazo está permitido cuando persigue evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la madre.
- II. *Indicación eugenésica*, también conocida como indicación eugénica o embriopática y consiste en permitir el aborto cuando se presume que el feto nacerá con graves taras físicas o mentales.

⁸ conf. Derecho penal, parte especial, 3ra. edición, pag. 109, Tirant lo Blanch, Valencia, 1999.

⁹ conf. Barbero Santos Marino, “La reforma penal española en la transición a la democracia”, Revista Internacional de Der. Penal, No. 1, pag. 67, AIDP, 1978.

¹⁰ Hay que aclarar que este sistema de indicaciones estuvo vigente en España durante el código anterior, a través del at. 417 bis del código penal, hoy derogado por la LO 2/2010.

- III. *Indicación ética*, denominada también como indicación jurídica, sentimental, humanitaria o criminológica, cuya aplicación presupone que el embarazo ha tenido su origen en un delito de naturaleza sexual, por lo general, el delito de violación.
- IV. *Indicación socioeconómica*. Supone que el nacimiento habrá de producir graves problemas de tipo social y económico a la embarazada o a miembros del grupo doméstico. La indicación ha sido receptada por algunos países de Europa Oriental y, en América Latina, por el Uruguay.

Tanto un sistema como el otro ofrecen ventajas e inconvenientes, pero la preferencia por uno u otro es, en rigor de verdad, una opción político criminal, aunque tal vez —como ha puesto de relieve Feijoo Sánchez— el debate se ha centrado demasiado en la cuestión punición-no punición antes que discutir sobre las ayudas que la sociedad está dispuesta a aportar para que una madre no tenga que tomar la decisión de abortar.¹¹

4. La interrupción voluntaria del embarazo en la LO 2/2010

Conforme se explicó anteriormente, en la actualidad rige la Ley Orgánica 2/2010, que reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida por la mujer, lo cual implica el reconocimiento del derecho a interrumpir el embarazo no deseado en las condiciones previstas en la ley.

La nueva regulación prevé dos hipótesis de abortos no punibles: el *aborto libre a petición*, como regla general, y el *aborto por causas médicas* como una medida excepcional.

En todos los casos, para la interrupción voluntaria del embarazo se deben observar los siguientes requisitos:

1. Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.
2. Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

¹¹ Conf. Feijoo Sánchez Bernardo, “Compendio de der. Penal”, cit., pag. 288.

3. Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal. Se podrá prescindir del consentimiento expreso cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo (en nuestro caso, de la embarazada) y no es posible conseguir su autorización, consultando cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él (art. 9.2b, Ley 41/2002).

Para los casos excepcionales de abortos por causas médicas, se torna necesario, con anterioridad a la intervención quirúrgica, una certificación o dictamen emitido por un médico especialista distinto al que intervendrá en la interrupción del embarazo o que lo deba dirigir, en el que conste los riesgos para la vida o la salud de la embarazada, los riesgos de graves anomalías en el feto, la existencia de tales anomalías o de una enfermedad extremadamente grave e incurable en el feto en el momento del diagnóstico. En éste último caso, la afección debe ser confirmada por un comité clínico, que deberá estar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra (art. 16).

Puede afirmarse que la ley ha optado, en la regulación del aborto, por un sistema de plazos combinado con un sistema limitado de indicaciones.

4.1. Aborto libre a petición

Con arreglo al texto legal, el legislador español se ha decantado por el “sistema del plazo”, vale decir, un período de tiempo durante el cual se garantiza a las mujeres tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo.

El artículo 14 establece: *“Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los siguientes requisitos:*

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los

términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

- b) *Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención”.*

El precepto legal establece el aborto libre a petición, dentro de las primeras catorce semanas de gestación. Esto quiere decir que la mujer puede requerir un aborto, en el plazo establecido, aun cuando no concorra ninguna indicación (médica, sentimental o eugenésica), como se exigía en el texto derogado. Se trata de un modelo de libertad para abortar en un período de tiempo previamente determinado.

Al decir la ley “dentro de las primeras catorce semanas de la *gestación*”, ha puesto punto final a la discusión doctrinaria respecto de si el plazo debía contarse a partir de la fecundación o de la anidación. Teniendo en cuenta que la “gestación” –según lo entiende la doctrina más extendida– comienza con la anidación del óvulo fecundado en el útero de la madre¹², entonces el plazo deberá contarse a partir de este momento.

Sin embargo, hay que convenir en que el término “gestación” (y más aun las palabras “semanas de gestación”) empleado por la ley seguramente traerá serios problemas de interpretación, teniendo en cuenta de que no todos equiparan la palabra gestación a anidación, como así que algún sector doctrinario cuando se refiere al comienzo de la vida humana, hace alusión a otros términos que podrían ser tenidos como equivalentes a gestación, como ser, por ejemplo, embarazo, concepción, fecundación, anidación, etc.¹³ Idéntica preocupación se ha generado

¹² Conf. Carbonel Mateu J.C. y González Cussac J.L., op. cit., pag. 103; Feijoó Sánchez Bernardo, op. cit., pag. 314; Díez Ripollés José Luis, op. cit., pag. 41 y sig.;

¹³ En opinión de Romeo Casabona Carlos María, el comienzo de la vida humana, biológicamente, coincide con el de la concepción o fecundación, es decir, desde el preciso momento en que el óvulo femenino y el espermatozoide masculino han logrado su unión (conf. Los delitos contra la vida y la integridad personal y los relativos a la manipulación genética, Estudios de Derecho penal, N° 52, pag. 158, Editorial Comares, Granada, 2004. Para Massaglia de Bacigalupo María Valeria, el embarazo comienza desde la anidación (conf. Nuevas formas de procreación y el derecho penal, pag. 44, Ad-Hoc, Buenos Aires, 2001). Según la opinión de Romeo Melanda Sergio, el ser humano comienza con la anidación (Conf. Intervenciones

en el ámbito científico por las expresiones “semanas de gestación” empleadas por la normativa, por cuanto no queda claro si se trata de una referencia a la edad embrionaria o a la edad gestacional.

Sobre esta cuestión, el Comité de Bioética de España ha expresado que “El Proyecto de Ley español establece que la mujer embarazada podrá solicitar la interrupción del embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación cuando se hayan cumplido una serie de requisitos. Es importante señalar que la expresión “de la gestación” introduce la duda acerca de si el criterio que está utilizando el legislador es el de la edad gestacional o el de la edad embrionaria. La edad gestacional es un criterio de consenso obstétrico que permite homogeneizar los procesos de atención sanitaria de la mujer embarazada. En dicho contexto, la edad gestacional comienza a contar el tiempo de embarazo desde el inicio de la última menstruación. Sin embargo, la edad embrionaria comienza a contarse desde el momento de la fecundación. Así, una edad gestacional de catorce semanas se corresponde con una edad embrionaria de doce. Dado que el proyecto de ley utiliza el término “gestación”, se considera de capital importancia que se definan los conceptos aquí implicados.¹⁴

Tal vez hubiera sido oportuno, como aconsejara en su día el Comité de Bioética español, que el legislador hubiera introducido la definición

genéticas sobre el ser humano y derecho penal, pag. 31 y sig., Editorial Comares, Bilbao-Granada, 2006). Para Benítez Ortuzar Ignacio Francisco, la vida comienza en el momento de la gestación (Conf. Aspectos jurídico-penales de la reproducción asistida y la manipulación genética humana, pags. 133 y sig., Edersa, Madrid, 1997). etc.

¹⁴ La opinión completa del Comité, disponible en Internet, http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/consenso_interrupcion_embarazo_comite_bioetica_oct_2009.pdf. Sobre esta cuestión, puede verse también Lacadena Juan-Ramón, La ley del aborto en España: reflexiones científicas, éticas y jurídicas, disponible en Internet en <http://www.bioeticaweb.com/content/view/4776/790/>. En opinión de Arroyo Zapatero Luis, el problema del cómputo del plazo se reduce a la determinación del mismo conforme al criterio biológico o al médico, existiendo entre ambos una diferencia de dos semanas, al operar al cómputo médico post menstruationen y el biológico a partir de la fecundación. Según este autor, el criterio en lo penal debe ser el biológico, pues sólo a partir de la fecundación se da lugar a la existencia real del bien jurídico, al nuevo ser. Por ello el plazo de veintidós semanas debe entenderse conforme al cómputo médico (post menstruación) como de veinticuatro semanas (conf. La indicación eugénica, en Estudios de derecho penal, en homenaje al profesor Luis Jimenez de Asúa, Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense, N° 11 Monográfico, pag. 56, Madrid, 1986).

del término “gestación” en el art. 2 de la ley, como lo ha hecho con los conceptos de salud, salud sexual y salud reproductiva.

Ahora bien, el aborto libre a petición requiere, además del requisito del plazo de catorce semanas, el “consentimiento informado” de la embarazada y un “plazo de reflexión” de al menos tres días (plazo mínimo), el que deberá contarse a partir del suministro de la información y la realización del aborto. Una vez satisfechas estas exigencias, la mujer podrá ser sometida a la intervención abortiva.

4.2. Aborto por causas médicas

El artículo 15 de la Ley Orgánica establece: *“Excepcionalmente podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:*

- a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.*
- b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.*
- c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distintos del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico”.*

Durante la vigencia del código anterior, el artículo 417 bis se enroló en un sistema de indicaciones. Si se trataba de la indicación terapéutica (necesidad de evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada), no se establecía ningún plazo para su reali-

zación. Si la indicación era la sentimental o criminológica (el embarazo era la consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación), el aborto debía practicarse dentro de las doce primeras semanas de gestación. Si, por último, se trataba de la indicación eugenésica o embriopática (cuando se presume que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas), el aborto debía practicarse dentro de las primeras veintidós semanas de gestación.

El texto en vigencia, por el contrario, se ha decantado por un sistema de plazos combinado con un sistema limitado de indicaciones, estableciendo la impunidad, como antes se dijo, de dos clases de aborto: el aborto libre a petición y el aborto por causas médicas. Para ambas formas de interrupción del embarazo, le ley presenta un cuadro gestacional diferente al código anterior, que se puede sintetizar del siguiente modo:

- 1) El aborto a petición debe practicarse dentro del plazo de “catorce semanas” de gestación (art. 14,1er. párrafo).
- 2) El aborto denominado “por causas médicas” comprende tres modalidades: una, que requiere una indicación terapéutica (grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada), debe practicarse dentro de las primeras veintidós semanas de gestación (art. 15, inc. a); otra, que requiere una indicación eugenésica, que podemos denominar “presunta” (riesgo de graves anomalías en el feto), debe practicarse dentro de las primeras veintidós semanas de gestación (art. 15, inc. b); mientras que una tercera, que requiere también una indicación eugenésica, que podemos denominar “real” (detección de anomalías fetales incompatibles con la vida o de una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico (también comprendida en este ítems), permite practicar el aborto en cualquier tiempo desde la gestación (art. 15, inc. c).

El plazo de veintidós semanas de gestación previsto en las dos primeras categorías, deja fuera del ámbito de impunidad del art. 14 los posibles abortos que se pudieren practicar a partir de este plazo y hasta el instante del nacimiento.

En este período que transcurre entre el final del plazo de veintidós semanas y el nacimiento de la criatura, pueden detectarse anomalías graves en el feto, lo que ha hecho pensar a un sector de la doctrina alemana la conveniencia de extender este plazo hasta el nacimiento y así permitir el aborto a través de la denominada “indicación infantil”.¹⁵ Sin embargo, esta opción no es posible en el actual derecho español, que reprime todo tipo de aborto realizado después de la vigésimo segunda semana de gestación (art. 145.3, CP).

Con arreglo a la legislación en vigor, el aborto por indicación sentimental o criminológica que se encontraba previsto en el anterior art. 417 bis, esto es, cuando el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de violación, ha sido eliminado y, por lo tanto, ha quedado comprendido dentro de la primer categoría contemplada en el primer párrafo del art. 14. Vale decir, que esta clase de aborto podrá realizarse dentro de las primeras catorce semanas de gestación, observando las demás formalidades legales. Con motivo de la reforma, también ha quedado eliminada la exigencia de la denuncia previa por el delito de violación, como requería el sistema derogado.

Las diferencias entre uno y otro régimen pueden verse en el siguiente cuadro comparativo¹⁶:

Situación regulada	Ley Orgánica 9/85 –Art. 417 bis y 145 CP-	Ley Orgánica 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo
Periodo de libre elección por la mujer embarazada	inexistente	Dentro de las 14 semanas de gestación

¹⁵ Conf. Requejo Conde Cármen, Protección penal de la vida humana. Especial consideración de la eutanasia neonatal, Estudios de Derecho Penal y Criminología (Dir.: Carlos María Romeo Casabona), pags. 149 y sig., Editorial Comares, Granada, 2008.

¹⁶ El diseño y algunas referencias del cuadro comparativo han sido tomadas del trabajo de Lacadena Juan-Ramón, citado en nota 13.

Por un hecho constitutivo de violación	Aborto por indicación ética, sentimental o criminológica (12 semanas)	No ha sido considerado, pero está incluido en el plazo de libre decisión dentro de las 14 semanas de gestación
Por grave riesgo para la vida o salud de la mujer, dentro de las primeras 22 semanas de gestación	Aborto terapéutico (en cualquier período de la gestación)	permitido
Por riesgo de graves anomalías fetales, dentro de las primeras 22 semanas de gestación	Aborto eugenésico o embriopático (dentro de las 22 semanas de gestación)	Permitido, dentro de las 22 semanas de gestación
Por grave peligro para la vida o la salud de la mujer, a partir de la semana 23 hasta el nacimiento	permitido	Prohibido (art. 145.3 CP)
Anomalía fetal incompatible con la vida del feto	Inexistente. Podría quedar comprendida en otra indicación	Permitido durante todo el embarazo
Feto con enfermedad extremadamente grave e incurable	Inexistente. Podría quedar comprendida en otra indicación	Permitido durante todo el embarazo
Edad de la mujer para tomar decisiones respecto de la interrupción del embarazo	Desde los 18 años	Desde los 16 años
Se pune a las mujeres que abortan fuera de los supuestos permitidos	Prisión de 6 a 12 meses o multa de 6 a 24 meses	Se elimina la pena de prisión. Multa de 6 a 24 meses
Se pune al personal sanitario por practicar abortos	Prisión de 1 a 3 años e inhabilitación de 1 a 6 años	Prisión de 1 a 3 años e inhabilitación de 1 a 6 años
Se pune al personal sanitario por incumplimiento de formalidades legales (inf. y plazo de reflexión)	inexistente	Multa de 6 a 12 meses e inhabilitación de 6 meses a 2 años
Objeción de conciencia	No existe regulación	Está regulada

4.3. Consentimiento informado

La ley establece un régimen de información común para todas las mujeres que se sometan voluntariamente a la interrupción del embarazo, así como un régimen diferenciado según la clase de aborto de que se trate. La información común hace referencia a los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en la ley, los centros públicos y acreditados a los que se puede dirigir, los trámites para acceder a la prestación y las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente (art. 17.1), como así sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo (art. 17.4), mientras que la información diferenciada tiene relación con el aborto libre a petición y con el aborto previsto en el art. 15, letra b) –riesgo de graves anomalías en el feto.

En el supuesto de tratarse de un aborto libre a petición, la información que debe suministrarse a la embarazada debe ser –como en todos los casos– previa al consentimiento, y será entregada en un sobre cerrado, el que contendrá –según se establece en el art. 17.2– la siguiente información:

- a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
- b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.
- c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
- d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Cuando se trate del aborto regulado en el art.15. b (indicación eugénica presunta), además de la información común antes señalada, la mujer recibirá información por escrito sobre los derechos, prestaciones

y ayudas públicas de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social de estas personas (art. 17.3). Toda la información podrá ser suministrada verbalmente, si la mujer lo solicita.

4.4. El consentimiento de la mujer menor de edad

La Ley Orgánica (Disposición final segunda) ha modificado el apartado 4 del artículo 9 de la Ley 41/2002, “Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación Clínica”, que exigía para la interrupción del embarazo y la práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida la mayoría de edad (18 años), reconociendo a la menor de 16 y 17 años la libertad de decidir sobre la interrupción del embarazo.

Vale decir, que con la nueva normativa, la menor de 16 y 17 años se encuentra facultada para decidir el aborto, siendo su consentimiento totalmente válido, equiparable al régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Pero, la misma disposición prevé la obligación de suministrar información a los representantes legales, padres, persona con patria potestad o tutores, de la decisión de la menor, pudiendo prescindirse de tal información sólo cuando la menor alegue fundadamente que ello le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo (art. 13.4.).

En resumen, podría decirse que la regla general es la autonomía de la mujer para decidir sobre la interrupción del embarazo y la excepción la intervención de los padres cuando se diere alguna de las situaciones previstas en la ley.

4.5. La objeción de conciencia

En el Capítulo II –“Garantías en el acceso a la prestación”– Título II –“De la interrupción voluntaria del embarazo”–, art.19 –“Medidas

para garantizar la prestación por los servicio de salud”–, se encuentra regulada la objeción de conciencia.

El art. 19.2 expresa: “La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma. Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo. Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación”.

Sobre el particular, la STC 53/1985 de 11 de abril afirmó que la objeción de conciencia de los médicos forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art.16.1 de la constitución. Se trata del ejercicio de un derecho que permite al profesional sanitario implicado en la interrupción de un embarazo, oponerse a intervenir en la práctica del aborto invocando convicciones de tipo ideológicas o religiosas, debiendo ser eximido del cumplimiento de la norma jurídica respectiva.

4.6. Aborto doloso con consentimiento de la mujer

La LO 2/2010 modificó el art.145 del código penal, que había sido introducido por la reforma de la LO 10/1995, quedando redactado con el siguiente texto:

Art. 145: “1. *El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado.*

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación”.

El nuevo artículo presenta las siguientes novedades con respecto al precepto anterior:

- a) Se agrega al inciso 1, un segundo párrafo que contempla una circunstancia agravatoria de la pena (en su mitad superior, art.66.1.3 CP), para aquellos supuestos en los que el aborto se realice “fuera de un centro o establecimiento público o privado”, requisito exigido expresamente por la LO 2/2010 (art.13).
- b) Se elimina del inciso 2 la pena de prisión.
- c) Se agrega un tercer inciso al artículo, por medio del cual se introduce una circunstancia agravatoria de la pena, “cuando el aborto se realice con posterioridad al vencimiento de las veintidós semanas de gestación”.

4.7. Los nuevos tipos delictivos

El nuevo artículo 145 bis introducido por la LO 2/2010, prevé dos tipos de delito de aborto: el aborto profesional permitido realizado sin las formalidades legales y el aborto profesional practicado con posterioridad

a la vigésimo segunda semana de gestación. El mismo precepto declara la exención de pena para la embarazada en estas hipótesis.

Art.145 bis: “1. *Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:*

- a) *Sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;*
- b) *Sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;*
- c) *Sin contar con los dictámenes previos preceptivos;*
- d) *Fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.*

2. *En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.*

3. *La embarazada no será penada a tenor de este precepto”.*

El primer apartado del art.145 bis prevé la punición del médico especialista o del director cuando realizare algunos de los tipos de aborto previstos en los artículos 14 y 15 de la Ley, sin haber observado los requisitos legales establecidos. En el caso de que el aborto se haya realizado en violación de lo dispuesto en el art.13, apartado segundo, esto es, fuera de un centro sanitario público o privado acreditado, se podrá imponer la pena en su mitad superior.

Vale decir, que esta clase de aborto requiere para su comisión los siguientes presupuestos:

- 1) Que se trate de uno de los abortos contemplados en la ley.
- 2) Que sea practicado por un médico especialista o bajo su dirección.
- 3) Que se lleve a cabo al margen de las formalidades legales.

El segundo apartado del artículo pune con la pena en su mitad superior, el aborto practicado después de las veintidós semanas de gestación, se haya o no cumplido con las formalidades legales. El precepto dice “en todo caso”, lo que quiere decir que cualquier aborto “de los contemplados en la ley” quedan abarcados por la normativa; de lo contrario, si se tratara de un aborto de aquellos “no permitidos por la ley”, resultará de aplicación el artículo 145, apartado tercero, del código penal.

ANEXO

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

(BOE-A-2010-3514, N° 55, jueves 4 de marzo de 2010)

TÍTULO PRELIMINAR **Disposiciones generales**

Artículo 1. Objeto.

Constituye el objeto de la presente Ley Orgánica garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

Artículo 2. Definiciones.

A los efectos de lo dispuesto en esta Ley se aplicarán las siguientes definiciones:

a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

b) Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.

c) Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de

la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

Artículo 3. Principios y ámbito de aplicación.

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.

3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 4. Garantía de igualdad en el acceso.

El Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta Ley.

TÍTULO I

De la salud sexual y reproductiva

CAPÍTULO I

Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva

Artículo 5. Objetivos de la actuación de los poderes públicos.

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:

a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.

b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.

c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.

d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.

e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.

f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:

a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.

b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

Artículo 6. *Acciones informativas y de sensibilización.*

Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

CAPÍTULO II Medidas en el ámbito sanitario

Artículo 7. *Atención a la salud sexual y reproductiva.*

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- c) La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrán en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad.
- d) La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.

Artículo 8. *Formación de profesionales de la salud.*

La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá:

- a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.
- c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.
- d) En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO III

Medidas en el ámbito educativo

Artículo 9. *Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.*

El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.

b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.

c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.

d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.

e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable. f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

Artículo 10. Actividades formativas.

Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.

CAPÍTULO IV

Estrategia de salud sexual y reproductiva

Artículo 11. *Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.*

Para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales.

La Estrategia se elaborará con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades.

La Estrategia tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

TÍTULO II

De la interrupción voluntaria del embarazo

CAPÍTULO I

Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 12. *Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.*

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

Artículo 13. *Requisitos comunes.*

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero. Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo. Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero. Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2. b) de la referida Ley.

Cuarto. En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. *Interrupción del embarazo a petición de la mujer.*

Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada, siempre que concurren los requisitos siguientes:

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. *Interrupción por causas médicas.*

Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad por un médico o médica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico.

Artículo 16. Comité clínico.

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.

2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.

3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.

4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

Artículo 17. Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre

los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:

a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.

b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.

d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

3. En el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b del artículo 15 de esta Ley, la mujer recibirá además de la información prevista en el apartado primero de este artículo, información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.

4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita.

CAPÍTULO II

Garantías en el acceso a la prestación

Artículo 18. *Garantía del acceso a la prestación.*

Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 19. *Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.*

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

2. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma.

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación.

3. Las intervenciones contempladas en la letra c) del artículo 15 de esta Ley se realizarán preferentemente en centros cualificados de la red sanitaria pública.

Artículo 20. *Protección de la intimidad y confidencialidad.*

1. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo asegurarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Los centros prestadores del servicio deberán contar con sistemas de custodia activa y diligente de las historias clínicas de las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

Artículo 21. *Tratamiento de datos.*

1. En el momento de la solicitud de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, los centros, sin proceder al tratamiento de dato alguno, habrán de informar a la solicitante que los datos identificativos de las pacientes a las que efectivamente se les realice la prestación

serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo.

2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo establecerán mecanismos apropiados de automatización y codificación de los datos de identificación de las pacientes atendidas, en los términos previstos en esta Ley.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, se considerarán datos identificativos de la paciente su nombre, apellidos, domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, documento nacional de identidad o documento identificativo equivalente, así como cualquier dato que revele su identidad física o genética.

3. En el momento de la primera recogida de datos de la paciente, se le asignará un código que será utilizado para identificarla en todo el proceso.

4. Los centros sustituirán los datos identificativos de la paciente por el código asignado en cualquier información contenida en la historia clínica que guarde relación con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, de forma que no pueda producirse con carácter general, el acceso a dicha información.

5. Las informaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo deberán ser conservadas en la historia clínica de tal forma que su mera visualización no sea posible salvo por el personal que participe en la práctica de la prestación, sin perjuicio de los accesos a los que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 22. *Acceso y cesión de datos de carácter personal.*

1. Únicamente será posible el acceso a los datos de la historia clínica asociados a los que identifican a la paciente, sin su consentimiento, en los casos previstos en las disposiciones legales reguladoras de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

Cuando el acceso fuera solicitado por otro profesional sanitario a fin de prestar la adecuada asistencia sanitaria de la paciente, aquél se limitará a los datos estricta y exclusivamente necesarios para la adecuada asistencia, quedando constancia de la realización del acceso.

En los demás supuestos amparados por la ley, el acceso se realizará mediante autorización expresa del órgano competente en la que se motivarán de forma detallada las causas que la justifican, quedando en todo caso limitado a los datos estricta y exclusivamente necesarios.

2. El informe de alta, las certificaciones médicas y cualquier otra documentación relacionada con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo que sea necesaria a cualquier efecto, será entregada exclusivamente a la paciente o persona autorizada por ella. Esta documentación respetará el derecho de la paciente a la intimidad y confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal recogido en este Capítulo.

3. No será posible el tratamiento de la información por el centro sanitario para actividades de publicidad o prospección comercial. No podrá recabarse el consentimiento de la paciente para el tratamiento de los datos para estas actividades.

Artículo 23. *Cancelación de datos.*

1. Los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria de embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. No obstante, la documentación clínica podrá conservarse cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en cuyo caso se procederá a la cancelación de todos los datos identificativos de la paciente y del código que se le hubiera asignado como consecuencia de lo dispuesto en los artículos anteriores.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entenderá sin perjuicio del ejercicio por la paciente de su derecho de cancelación, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Disposición adicional primera. *De las funciones de la Alta Inspección.*

El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud.

Para la formulación de propuestas de mejora en equidad y accesibilidad de las prestaciones y con el fin de verificar la aplicación efectiva de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno elaborará un informe anual de situación, en base a los datos presentados por las Comunidades Autónomas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional segunda. *Evaluación de costes y adopción de medidas.*

El Gobierno evaluará el coste económico de los servicios y prestaciones públicas incluidas en la Ley adoptando, en su caso, las medidas necesarias de conformidad a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional tercera. *Acceso a métodos anticonceptivos.*

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

Disposición derogatoria única. *Derogación del artículo 417 bis del Código Penal.*

Queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.*

Uno.-El artículo 145 del Código Penal queda redactado de la forma siguiente:

“Artículo 145.

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación”.

Dos.-Se añade un nuevo artículo 145 bis del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

“Artículo 145 bis.

1. Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto:

a) sin haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;

b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;

c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;

d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto”.

Tres. Se suprime el inciso “417 bis” de la letra a) del apartado primero de la disposición derogatoria única.

Disposición final segunda. *Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.*

El apartado 4 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica, tendrá la siguiente redacción:

“4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación”.

Disposición final tercera. *Carácter orgánico.*

La presente Ley Orgánica se dicta al amparo del artículo 81 de la Constitución.

Los preceptos contenidos en el Título Preliminar, el Título I, el capítulo II del Título II, las disposiciones adicionales y las disposiciones finales segunda, cuarta, quinta y sexta no tienen carácter orgánico.

Disposición final cuarta. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley.

En tanto no entre en vigor el desarrollo reglamentario referido, mantienen su vigencia las disposiciones reglamentarias vigentes sobre la materia que no se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final quinta. *Ámbito territorial de aplicación de la Ley.*

Sin perjuicio de las correspondientes competencias autonómicas, el marco de aplicación de la presente Ley lo será en todo el territorio del Estado.

Corresponderá a las autoridades sanitarias competentes garantizar la prestación contenida en la red sanitaria pública, o vinculada a la misma, en la Comunidad Autónoma de residencia de la mujer embarazada, siempre que así lo solicite la embarazada.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

La Ley entrará en vigor en el plazo de cuatro meses a partir del día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.