

**INFORME SOBRE LA
INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ**

CCBC

Barcelona, 16 de setembre de 2008

Contingut

L'ELABORACIÓ DE L'INFORME

PRIMERA PART

Aspectes ètics de la interrupció de la gestació

Aspectes jurídics de la interrupció de la gestació

Aspectes socials de la interrupció de la gestació

Aspectes sanitaris relatius a la millora de la pràctica de la interrupció de la gestació

SEGONA PART

Conclusions

TERCERA PART

Recomanacions

VOT PARTICULAR

PARTICIPANTS

ANNEX

Reflexions sobre l'objecció de consciència a la interrupció de la gestació
La interrupció de la gestació per supòsit de malformacions greus més enllà
de la setmana 22

L'ELABORACIÓ DE L'INFORME

L'abril de 2007, el Departament de Salut va encarregar un estudi per valorar quines eren les opcions per millorar l'equitat en la prestació de la interrupció de la gestació. L'informe¹ que fa una anàlisi de diferents aspectes de com es presta aquesta atenció assenyala la necessitat de disposar del parer del CCBC per respondre a les inquietuds plantejades per alguns professionals.

Coincidint amb la presentació d'aquest informe van succeir alguns esdeveniments de gran ressò mediàtic que van generar moltes opinions, la majoria poc fonamentades i menys contrastades, que donaven a entendre que aquesta atenció es feia en molts casos al marge de la llei. El CCBC, assumint el seu compromís amb la societat catalana, no solament com a òrgan assessor del Govern català en matèria de bioètica sinó també com a impulsor del debat i la informació als professionals sanitaris, la comunitat científica i la ciutadania en general, va creure convenient fer un pronunciament respecte a aquesta qüestió. Al mateix temps, va rebre l'encàrrec del Departament de Salut perquè valorés els aspectes ètics subjacents a la controvèrsia generada.

A la 62a reunió plenària del CCBC de 18 de desembre de 2007 es va constituir un grup de treball que de manera prioritària i, d'acord amb les demandes del Departament de Salut, va elaborar un primer document, "**Reflexions sobre la interrupció de la gestació²**", que tracta aspectes amb relació a l'objecció de consciència i la interrupció de la gestació més enllà de la setmana 22 per malformacions fetals greus, que va ser aprovat a la 63a reunió plenària d'1 d'abril de 2008 i que forma part de l'annex d'aquest informe.

En el mateix ple es va considerar adient ampliar la reflexió a altres aspectes que també tenen incidència en l'atenció a la interrupció de la gestació: aspectes ètics, jurídics, socials i sanitaris. Amb aquesta finalitat, es va constituir un àmbit de treball més ampli, amb persones del comitè i altres professionals amb experiència en el tema. L'informe que es presenta és el resultat d'aquest treball. Inclou, en una primera part, les quatre ponències presentades com a punt de partida per a la discussió. En la segona part, es presenten les conclusions de les ponències i, en la tercera, les recomanacions derivades tant dels treballs presentats com de la discussió a què van donar lloc.

Una versió més àmplia i textual d'aquest debat es pot consultar a l'adreça: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir518/doc12313.html>

1. L'informe "Reflexions sobre la interrupció voluntària de l'embaràs" és accessible a l'adreça: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/dir518/doc12498.html>.

² En aquest informe seguint la recomanació.2 del mateix ens referim a Interrupció de la gestació amb les lletres IG que inclou diferents termes(IVE, ILE, o avortament)

Primera part

LA INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ. ASPECTES ÈTICS

Tradicionalment, el problema ètic de la interrupció de la gestació s'ha plantejat com el conflicte entre dos valors fonamentals: el dret de la dona a interrompre la gestació 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 que l'exercici de la llibertat no posi en perill un altre bé bàsic, com és ara 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 la penalització de la interrupció de la gestació considerant-la un delictes. La incapacitat de resoldre la qüestió defugint les posicions absolutistes ha dividit 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 que el segon grup prioritza el valor de la llibertat individual.

El valor inviolable de la vida del fetus

La hipòtesi 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 ni tampoc ètica. La pregunta per al moment en què una vida comença a ser humana seria una pregunta científica si es pogués resoldre empíricament, però és clar que no és així, com ho demostren segles de discussió filosòfica. Això fa que l'afirmació 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 veritable 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 fetus no és viable i no es pot desenvolupar autònomament. En tot cas, el judici moral sobre la qüestió ha de dependre de consideracions no científiques. La mateixa indeterminació en considerar el fetus com una vida independent ha dut a afirmar que aquest fetus no pot ser qualificat com un subjecte de drets com ho és qualsevol persona.

D'altra banda, la hipòtesi que el fetus és un ésser humà des de la concepció porta a una sèrie de contradiccions que farien immoral la interrupció de la gestació en qualsevol dels supòsits imaginables, inclosos els previstos per la legislació espanyola. Ni les violacions, ni el perill greu per a 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 la gestació. Al contrari, en donar prioritat absoluta a la vida del fetus, la dona acaba essent 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.

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 nom seu un altre dret fonamental com és ara 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 al voltant del significat i el valor de les seves pròpies vides, responnent a les seves pròpies consciències i conviccions" (*El dominio de la vida*).

El dret de la dona a l'autonomia procreativa no és tampoc un dret absolut. A partir del moment en què 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 de la gestació 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.

Autonomia i responsabilitat

Perquè no és un dret absolut, la decisió lliure d'interrompre la gestació s'ha de combinar amb altres valors ètics i constitucionals. L'opció d'interrompre la gestació no ha d'implicar indiferència respecte al valor de la vida en gestació, sinó que la decisió d'interrompre la gestació 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. La interrupció de la gestació en cap cas no 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, com també 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 se subordini el seu patiment a la culminació de l'embaràs.

La interrupció de la gestació, un mal menor

L'objectiu de qualsevol regulació de la interrupció de la gestació ha de ser tant propiciar que es faci en un ambient sanitari segur com evitar-la i no potenciar-la, 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 tan sols ha de procurar informació adequada i rigorosa, sinó que també ha de ser vista com a formació en la responsabilitat envers la reproducció. La interrupció de la gestació serà sempre un mal menor. Un mal menor forçat per la realitat estadística i humana. La constatació que les interrupcions de la gestació són una realitat innegable no serà mai un argument ètic suficient per a la despenalització de la interrupció de la gestació. La justificació ètica cal buscar-la en el reconeixement real de la dignitat i l'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 ara subministrar

informació, establir un període d'espera obligatori, obligar les adolescents a consultar amb els pares o acordar la gratuïtat parcial de la prestació).

L'opció d'una ètica laica

L'opció per la regulació de la interrupció de la gestació és la que convé a una ètica laica per a una societat ideològicament plural. És una realitat que aquest és un tema que provoca visions oposades i que no és possible permetre i prohibir les interrupcions de la gestació a la vegada. Si l'Estat opta per imposar a tothom el principi del valor inviolable de la vida, prohibint la interrupció de la gestació, estarà coaccionant la dona a no avortar i coartarà el seu dret fonamental a l'autonomia procreativa. Aquest posicionament 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 de la gestació no tan sols respecten l'interès i la voluntat de la mare, sinó que, a més a més, no obliguen cap dona a interrompre el seu embaràs. Una legislació penalitzadora de la interrupció de la gestació es justificaria per raons religioses, no per les raons que ha d'utilitzar un estat laic.

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 la interrupció de la gestació 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 que prohibís la interrupció de la gestació 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'interrompre la gestació, però no obliga a ningú a prendre una decisió no volguda o contrària a la consciència. En qualsevol qüestió de caràcter moral, quan els posicionaments són irreconciliables, el posicionament més legítim és el que dona prioritat a la llibertat i la responsabilitat individuals. Si tenim en compte que la tolerància és una virtut bàsica de la democràcia, oposar-se a una regulació de la interrupció de la gestació és una actitud clarament intolerant, perquè restringeix la llibertat d'elecció. L'actitud tolerant, en canvi, consisteix a admetre l'existència i la viabilitat de doctrines i creences diferents de les pròpies.

ASPECTES JURÍDICS DE LA INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ

I. PLANTEJAMENT

La regulació jurídica de la interrupció de la gestació 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% de la població mundial) 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 tan sols per salvar la vida de la mare, sinó també per preservar la seva salut física (34 països, 9,4% de la població mundial), la salut mental (23 països, 4,2% de la població mundial) o per raons socioeconòmiques (catorze països, 21,3% de la població mundial).

Alguns d'aquests països, a més, admeten que hi pot haver altres raons per interrompre la gestació: quan ha estat conseqüència d'una violació, d'un incest, o quan hi hagi possibilitats de malformacions fetals. D'altra banda, en els països que permeten la interrupció de la gestació durant un període de temps sense haver d'al·legar cap raó també s'accepta que, més enllà del termini establert, es pugui fer quan hi 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 Codi penal l'article 417 *bis*, quan estava en el Govern el PSOE. Segons aquest article, la interrupció de la gestació està despenalitzada en tres supòsits: quan l'embaràs suposi un greu perill per a la vida o per a 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 que entrés en vigor. A la primera proposta legislativa sortida del Senat el 30 de novembre de 1983, Aliança Popular (actual Partit Popular) va interposar un recurs previ d'inconstitucionalitat que va bloquejar-la. La redacció contenia els supòsits actualment vigents però sense l'addició dels requisits formals que estan presents en la norma actualment vigent. La STC d'11 d'abril de 1985 va resoldre el recurs declarant la inconstitucionalitat del projecte. Tot i que va acceptar la legitimitat del sistema d'indicacions va considerar necessari que el legislador inclogués una sèrie de garanties formals per evitar que es practiquessin interrupcions de la gestació fora dels casos establerts i amb garanties per a la vida i la salut de les dones.

La sentència no tan sols va possibilitar el text legal actual, que va entrar en vigor l'any 1985, sinó que també va establir 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 de la gestació. Aquest marc s'ha de tenir en compte amb vista a una reforma del règim legal de la interrupció de la gestació.

Segons la STC 53/1985, la vida és un concepte indeterminat, un procés que comença amb la gestació i en el qual 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 (FJ 5).

La protecció constitucional de la vida del *nasciturus* comporta per a l'Estat dues obligacions: abstenir-se d'interrompre o obstaculitzar el procés de gestació i establir un sistema legal de defensa d'aquesta vida que inclogui com a última garantia les normes penals. Aquesta protecció no té un caràcter absolut perquè, igual que en el cas d'altres drets i béns constitucionals, pot estar subjecta a certs límits (FJ 7).

La dignitat de la persona està lligada al lliure desenvolupament de la personalitat (article 10), als drets a la integritat física i moral (article 15), a la llibertat de creences i idees (article 16), i a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge (article 18.1). La dignitat es manifesta en la possibilitat d'autodeterminar-se i conduir de manera 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 (FJ 8).

En la mesura en què 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 protecció de la vida del *nasciturus*. Aquesta perspectiva no pot prevaler incondicionalment sobre aquells ni els drets de les dones poden tenir primacia absoluta sobre la vida del *nasciturus* (FJ 9).

L'objecció de consciència forma part del contingut del dret fonamental a la llibertat ideològica i religiosa reconegut en l'article 16.1 de la Constitució i 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 (FJ 13).

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

Tot i que, com ha assenyalat Lorenzo, l'abast de la indicació terapèutica és prou ampli, en el contingut i el límit temporal, per allunyar les possibilitats de resultar condemnat per interrupció de la gestació il·legal, el que no exclou és el risc de veure's immers en una investigació judicial. No es pot descartar, però, que algun jutge consideri que es fa, a vegades, una interpretació excessivament àmplia 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 tracta d'un model en el qual la voluntat de la dona embarassada, els 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 IG la tenen els informes de terceres persones. En aquest sentit, és una legislació molt poc sensible als plantejaments dels qui defensen que la interrupció de la gestació 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 Pequín de l'any 1995, drets inclosos com a drets humans a la Conferència del Caire del 1994.

Deixar a la mà 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 sobretot a la salut psíquica de la mare, d'altra banda la més al·legada, pot ser molt variable depenent dels avaluadors.

Totes aquestes raons fan necessari un canvi legislatiu. La nova regulació ha 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 a modificar el Codi penal. Cal elaborar una llei especial en la qual 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, per exemple, l'economicosocial, tindria ja avantatges. En primer lloc, exclouria del supòsit de riscos per a la salut psíquica de la mare molts dels casos que actualment s'emparen en aquesta indicació, de la qual es fa una interpretació molt extensiva. D'aquesta manera, no tan sols hi hauria més correspondència entre la realitat i la norma legal, sinó que també s'alliberaria el personal mèdic d'una gran part de la inseguretats jurídica que actualment hi ha.

Però la nova regulació continuaria plantejant molts problemes. Com que seria una excepció al principi general de punició de la interrupció de la gestació i, per tant, susceptible de control judicial, la instància encarregada de certificar la indicació economicosocial estaria, també, sempre exposada al control judicial posterior. A més, aquesta indicació seria molt pertorbadora per a la intimitat i la dignitat de la dona. Com assenyala Lorenzo, "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" (Lorenzo, 40 i seg.).

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 IG durant totes les etapes de la gestació i admetre entre les indicacions un supòsit prou 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 —per exemple, la socioeconòmica— seria la mateixa dona.

Per emfasitzar l'existència de conflicte amb 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 de l'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 els avantatges del sistema de terminis, pel fet que fa que la lliure decisió de la dona sigui l'únic aspecte rellevant en una fase determinada de l'embaràs. Durant aquesta etapa no seria possible una revisió judicial de la IG i augmentaria la seguretat jurídica per a la pràctica d'aquesta IVE.

Aquest model és el que fa seu la Proposició de Llei de regulació de la IVE presentada pel Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana, Izquierda Unida i Iniciativa per Catalunya Verds. L'article 3 diu que la IVE es pot realitzar dins de les catorze setmanes de gestació quan hi 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 les ajudes per a la família, les mares i els fills que garanteixen les lleis. La proposició, a més, admet la IG 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 quan aquesta mare pertanyi a un grup considerat de risc en la salut pública.

2. INTRODUIR UN SISTEMA DE TERMINIS

Un sistema de terminis en el qual es despenalitzés la IG realitzada dins d'un determinat moment temporal només amb el consentiment de la dona seria el més respectuós amb la seva autonomia reproductiva. Es podrien donar encara supòsits que, més enllà del termini, justificarien una IG —riscos per a 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 pel Grup Parlamentari Mixt en pot ser un exemple. L'article 1 considera que "no constituirá delito 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 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 quan aquesta dona 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 en afirmar que "a) durant les catorze primeres setmanes de gestació, la decisió d'interrompre l'embaràs correspon lliurement a la dona". No estableix cap termini per a la IG en cas de greu perill per a la salut física i psíquica i la vida de la dona i en cas de greus malformacions. A més, però, proposa afegir la indicació socioeconòmica que es pot al·legar entre les catorze i les 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 amb 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 manera de fer-ho és la que ha seguit el Codi penal alemany mitjançant el sistema de l'assessorament. Es tracta d'una modalitat del sistema de terminis en la qual,

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 de la interrupció de la gestació en les catorze primeres setmanes de la gestació, però per mitjà 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 s'esdevenen o no les raons que justifiquen la IG. Tot i que sempre resta oberta la possibilitat de control judicial, en aquest cas només ho és de qüestions formals: certificació de l'assessorament, centre acreditat, declaració de voluntarietat, etc.

Una proposta en aquesta línia és la que preveia la Proposició de Llei del Grup Parlamentari Socialista. No constituïria delictes la IG durant les dotze primeres setmanes amb el consentiment de la dona embarassada "cuando, a juicio de esta, 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, com bé assenyala Lourenzo, és que més aviat es tracta 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 IG. Sembla pressuposar que només és compatible amb la Constitució un sistema d'indicacions, tot i que també podria ser-ho un sistema de terminis amb assessorament previ o fins i tot sense assessorament obligatori.

III. PROPOSTES PER A UNA REFORMA

En un moment històric en què els drets de les dones comencen a ser indiscutibles, no tan sols en el context occidental, una reforma raonable de la IG hauria d'acollir el sistema de terminis. Aquest sistema és el més respectuós amb els 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'article 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, amb vista 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 preventius encaminats a reduir els embarassos no desitjats i afavorir la maternitat.

És necessari posar en marxa 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 als 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 model podria ser també compatible amb els preceptes de la Constitució.

L'assessorament evidencia 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 IG, no tan sols es vol afavorir una decisió responsable, sinó també que l'embarassada decideixi continuar 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 solament pot afectar excessivament la intimitat de la dona, sinó que també pot esdevenir 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 a la defensa de la vida embrionària l'existència de prestacions socials a les mares que no pas obligar-les a un assessorament previ abans de la pràctica de la IG.

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 aquest dret sempre es prefereixi davant d'altres drets en conflicte. Per exemple, el dret a la salut de les persones no justifica segons el legislador espanyol la utilització d'embrions més enllà dels catorze dies després de la fecundació.

Es poden donar, també, moltes raons per reforçar l'opció del sistema de terminis més enllà de les estrictament juridicoconstitucionals. En el context europeu, aquesta és una opció compartida per països en els quals 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 tan sols comporta més seguretat jurídica, sinó que, a més a més, no és tan susceptible de ser distorsionada.

El consentiment de l'embarassada hauria de tenir preferència absoluta durant les setze primeres setmanes de la gestació. Tot i que moltes legislacions i les proposicions de llei esmentades fixen el termini de catorze setmanes, setze setmanes és un termini que posaria fi a la inseguretat jurídica. Les dades de l'any 2006 sobre la IG, del Ministeri de Sanitat i Consum, mostren que la IVE durant les vuit primeres setmanes és del 62,23%; entre les nou i les dotze setmanes, del 25,71%, i entre les tretze i les setze setmanes, del 6,14%.

Les menors de divuit anys també haurien de poder decidir lliurement. Per poder fer-ho 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'article 9.3 de la mateixa llei sobre el consentiment dels menors s'haurien d'aplicar també en el cas de la IG. En el cas de les menors, sí que 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 IG.

És necessari crear centres i serveis dedicats a l'assistència i l'assessorament relatius a la IG en els quals s'informi, a més, dels recursos socials existents, dels recursos de planificació familiar i dels mitjans adequats per prevenir embarassos. La tasca d'assessorament l'han de fer centres i serveis diferents dels que intervenen en la pràctica de la IG. En cap cas no han de poder autoritzar ni denegar la pràctica de la IG ni condicionar la decisió final de la dona. Així mateix, cal preservar l'anonimat de les interessades en l'assessorament.

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

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

Una regulació adequada de la IG, en la qual 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, com també ajudes socials per a les dones amb càrregues familiars, no es pot aconseguir només modificant el Codi penal, sinó que seria convenient elaborar una llei especial que consideri tots els aspectes implicats en aquesta realitat complexa i normalment dolorosa.

ASPECTES SOCIALS DE LA INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ

L'aplicació de la Llei orgànica 9/1985, modulada per la sentència del Tribunal Constitucional d'11 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 la IG en una decisió de conseqüències imprevisibles.

Tot i comportar un avenç important, des del mateix moment que es va promulgar la llei se'n van fer paleses les mancances. La regulació que finalment va prevaler va resultar força condicionada per la resistència a la despenalització de la IG que van protagonitzar els estaments més conservadors de l'Església catòlica, representats políticament per Aliança Popular (AP), antecedent de l'actual Partit Popular. El recurs d'inconstitucionalitat que va presentar AP va propiciar la sentència del Tribunal Constitucional en la qual 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 l'aquiescència de terceres persones (als professionals de les quals es requereix un informe favorable) i deixa les eventuais conseqüències d'aquesta decisió a l'espera que ningú no la impugni davant els tribunals. La inseguretat jurídica ha afectat tant les dones com els professionals que les assisteixen. Qualsevol IG 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 el 1998 i el 2006, un total de 30 persones, onze d'elles dones, han estat condemnades per un delictes d'avortament il·legal, segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística.

L'existència de grups actius contraris a la despenalització de la IG va condicionar fortament el desplegament dels dispositius necessaris per a l'aplicació de la llei. La principal conseqüència va ser que la prestació sanitària de la interrupció de la gestació 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 la IG com una prestació anormal i, sovint, problemàtica.

Durant l'any 2006, només el 2,51% de les IG van ser realitzats a la xarxa pública, un percentatge inferior fins i tot al d'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 és ara el de la Comunitat de Navarra, on no hi ha cap servei, ni públic ni privat, que practiqui Interrupcions de la gestació.

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 la gestació sense restriccions, i fins i tot que Espanya fos la destinació d'un cert nombre de casos procedents d'altres països amb regulacions legals més limitades.

La revifalla de campanyes que utilitzen la IG com a estàndard de la lluita ideològica ha tornat a posar en 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 interrompre la gestació són susceptibles de diferents interpretacions i, per tant, d'acabar davant un tribunal. Com més extensiva és la interpretació de la norma, més vulnerable és a l'acció d'aquests grups i, per tant, més alta és la inseguretat jurídica. Recents episodis judicials han mostrat que les històries clíniques de dones que havien interromput la gestació dins dels 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 a "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 bona 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 interrompre la gestació sense cap requisit durant un cert període de temps a l'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 si mateix ja comporta la IG. 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'aquests mitjans contribueix a criminalitzar tant les dones com les clíniques que practiquen interrupcions de la gestació. Això ha portat a la paradoxal situació que aquestes clíniques reben una denominació, la de "clíniques avortistes", totalment impròpia del seu ideari.

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

Tanmateix, tan important com modificar la llei és arbitrar mesures efectives per disminuir el nombre d'embarassos no desitjats. A aquestes altures del segle XXI, hi ha prou experiència per no creure que una regulació més clara i permissiva augmentaria el nombre d'interrupcions de la gestació. Aquestes 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 la IG. No per tenir una legislació més restrictiva s'aconsegueix evitar que les dones interrompin l'embaràs. L'únic que s'aconsegueix és que ho facin en pitjors condicions.

En una resolució aprovada el proppassat 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 una IG 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 interrompre la gestació 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 regulada la IG 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. La IG ha de ser considerada un últim recurs i s'ha de fer tot el possible per evitar-la.

Les xifres són molt preocupants. L'any 2006 es van produir a Espanya 101.592 interrupcions de la gestació, el 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 del supòsit d'afectació greu per a la salut física o psíquica de la mare, el 2,83% (2.875 casos) per greus malformacions en el fetus i el 0,01 (tretze casos) per violació.

Si l'any 2006 hagués estat en vigor a Espanya una llei de terminis que permetés interrompre la gestació lliurement durant les primeres catorze setmanes d'embaràs, s'haurien cobert la major part dels casos que es van produir. De totes les interrupcions de la gestació, 92.460 van ser fetes abans de les catorze 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 les dotze i les divuit setmanes, llevat d'Holanda, que arriba fins a les 24.

Especialment preocupant és l'augment dels embarassos no desitjats entre les joves. De fet, el grup d'edat on la interrupció de la gestació s'ha incrementat més és el de les menors de dinou anys. El 14% de les dones que van interrompre la gestació el 2006 tenien menys de dinou anys, i el 40%, menys de vint-i-cinc.

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 quinze anys i ha passat de 7,4 per 1.000 joves el 1996 a 14,4 per 100 l'any 2005.

Algunes dades indiquen, a més, que la IG és utilitzada 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 interrompre la gestació l'any 2006 ho havia fet 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.

ASPECTES SANITARIS RELATIUS A LA MILLORA DE LA PRÀCTICA DE LA IVE

1. La necessitat d'una terminologia adequada

Per referir-nos a allò sobre el qual estem reflexionant, les paraules són importants o poden donar lloc a confusió. La Resolució 461 de l'OMS diu: "Avortament és la finalització de la gestació prèvia a la viabilitat fetal." En el nostre entorn, el terme emprat és el d'interrupció voluntària de l'embaràs (IVE), que fa èmfasi en el caràcter de voluntari, però té l'inconvenient que sembla que es refereixi només a les interrupcions que es practiquen quan no hi ha dany fetal. Perquè, en aquest darrer cas, s'acostuma a anomenar-les interrupcions legals de l'embaràs (ILE). La utilització d'aquest llenguatge semblaria inferir que la resta d'interrupcions o IVE no són legals o no són "tan legals", i això no ha fet cap bé a la normalització d'aquest tipus d'assistència. El terme que es considera més idoni és el d'interrupció de la gestació (IG), que habitualment s'utilitza en diversos països, com per exemple a França. Aquesta expressió té l'avantatge que és una descripció relativament neutra i que engloba qualsevol interrupció de la gestació, incloses, per exemple, les produïdes espontàniament en un cert percentatge de tots els embarassos.

2. 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 qual la IG forma part, s'ha de situar als anys setanta. D'una banda, la IPPF (International Planned Parenthood Federation) va començar a oferir ajuda als països, entre els quals 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 van començar a formar-se i es van establir 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 va continuar creant 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 hi treballen— unitats d'atenció a la salut sexual i reproductives (ASSIR) i unitats i centres hospitalaris que ofereixen IG. En aquests espais es va possibilitar la reflexió i la formació al voltant de la sexualitat, la maternitat i el paper de la dona en la societat i es va avançar en l'oferta d'una atenció integral i en la creació d'equips interdisciplinaris. Aquests CPF van augmentar fins a establir-se com una xarxa àmplia representada per l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears (APFCB). L'APFCB continua essent ben activa, forma part de la Federació Espanyola de Planificació i va celebrar el seu darrer congrés precisament a Barcelona, el propassat mes de novembre, on es va debatre sobre la situació de la IG. Posteriorment els CPF foren finalment integrats en la xarxa pública d'atenció primària de l'ICS, primer amb el nom de Programa d'Atenció a la Dona (PAD) i, després, amb el nom d'Unitats de Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR).

També a principis dels anys vuitanta es va constituir, 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 propassats dies 23 i 24 de maig va celebrar 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".

L'any 1985 es va despenalitzar l'avortament. Malgrat que Catalunya fou de les darreres comunitats a desplegar normativa per acreditar centres per a la IG, diversos professionals, que havien estat testimonis de la inequitat social i de l'alta morbiditat provocada per la il·legalitat i la clandestinitat de l'avortament, donen sortida a la necessitat d'una IG segura i en llibertat en alguns hospitals i en centres extrahospitalaris que s'acrediten segons la normativa vigent i en els quals la consideren una opció més dins de l'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Durant aquests vint anys, malgrat que s'ha après molt de l'experiència, la situació s'ha deteriorat en diversos aspectes que comentarem més endavant, per exemple en la IG als hospitals públics. Hi ha hagut, però, diversos intents fallits de millorar-la, d'equiparar definitivament la IG a qualsevol altra prestació i d'establir un diàleg honest i fructífer amb l'Administració sanitària. Un primer intent de diàleg entre les unitats que practicaven IG i l'Administració pública de serveis de salut i la resta de la xarxa es va produir a la segona meitat dels anys vuitanta, precisament quan s'intentava trobar un sistema efectiu d'acreditació, més enllà del que demanava la legislació vigent. No va ser fins a finals dels anys noranta quan el Departament de Sanitat repregué el tema i demanà a algunes de les clíniques extrahospitalàries acreditades, entre altres institucions, quines recomanacions s'haurien de fer per millorar la qualitat assistencial i la prevenció de les interrupcions voluntàries de l'embaràs. Hi ha un document³ de l'any 1999 que també recull altres documents anteriors, i en el qual s'esmenten un seguit de recomanacions fetes fins llavors i no ateses mai. Moltes d'aquestes recomanacions romanen vàlides i són represes en aquest text. Es podria fer la hipòtesi que, cada vegada que hi havia una certa pressió mediàtica per part de grups religiosos més bel·ligerants i contraris a l'avortament o que el problema de l'avortament esdevenia una font d'enfrontament polític, l'Administració sanitària feia algun gest, però sense voler intervenir directament en la situació de la relació entre la IG i la resta de la xarxa i mirant cap a una altra banda.

Finalment, l'any 2007 es va produir una intervenció policial (i judicial) per una sospita d'avortaments il·legals que fou especialment dramàtica a Catalunya i que va generar també una inspecció per part de l'Administració sanitària a tots els centres extrahospitalaris autoritzats (i no en els centres hospitalaris), i això va coincidir en el temps amb un nou encàrrec que l'Administració havia fet per repensar com havia d'encarar la situació de les IG. La confluència d'ambdós fets ha portat a la CCCB a estudiar aquest tema. Aquest text és, doncs, part d'aquest procés. Això no obstant, s'ha de recordar la frustració que els processos anteriors han provocat i els riscos de no afrontar ja, ara, les recomanacions amb les quals concloem el document.

3. 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, els problemes més greus els podríem resumir en uns punts clau (vegeu-los més endavant, en aquest mateix apartat). No obstant això, no podem evitar referir-nos a la poca consideració, fregant sovint la deslegitimització, que aquest tipus d'assistència ha tingut i encara té. Bona part dels dispositius de la xarxa assistencial i de les seves estructures de gestió, això vol dir també els

3. NOVO UALDE R. Plan Operativo de Medidas para Mejorar la Calidad Asistencial y la Prevención de las Interrupciones Voluntarias del Embarazo: Proyecto de Mejora del Abordaje de las IVE en Cataluña. Barcelona: MIMEO, maig 1999.

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 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: a) serveis d'urgències que han d'atendre qualsevol complicació real o percebuda d'una IG; b) serveis de diagnòstic prenatal que han d'oferir la interrupció de la gestació com una possibilitat davant un diagnòstic desfavorable; c) serveis d'obstetrícia que han d'assegurar el desig reproductiu previ o posterior a una IG; d) (molts dels) serveis d'atenció primària i PASSIR, i e) molts altres serveis clínics especialitzats (hematologia, psiquiatria, medicina interna, etc.) que han de ser requerits davant de qualsevol patologia acompanyant, etc. La responsabilitat d'aquesta situació correspon a molts factors, inclosos molts dels mateixos professionals que tenen tendència a mirar cap a una altra banda i defugir la seva pròpia tasca quan s'enfronten amb una pacient en la qual 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 correcta, a una dona a qui un altre professional ha practicat o té previst practicar 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 els 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 directa de molts dels serveis hospitalaris i d'atenció primària,⁴ pot i ha de fer molt més perquè els professionals de la salut compreguin més bé 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 el que explica els problemes greus que s'esmenten a continuació. Qualsevol actuació que tendeixi a millorar-los ha de tenir present la normalització d'aquesta assistència i no tendir a marginalitzar,⁵ és a dir, apartar de la vista, aquest tipus de prestació que és legítima i legal.⁵ Això no faria sinó agreujar els problemes que esmentem.

3.1. La manca de seguretat clínicoquirúrgica

Tant si es tracta d'una IG de poques setmanes com si és una en gestació més avançada, parlem 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 ara l'estat de salut previ de la dona i, especialment, el 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‰ que de l'1%), però cal recordar que a Catalunya es practiquen gairebé 20.000 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 atendre correctament aquestes dones en cas que es

4. Sia per mitjà de l'ICS o d'altres entitats en les quals la participació de l'Administració és majoritària.

5. No tractem aquí el problema de les activitats il·legals, és a dir, practicades fraudulentament.

presentin als serveis d'urgències. Disposem de proves que, si bé la capacitat tecnològica existeix, les dones reben un tractament no adequat, o sigui un mal tractament, cosa que fa augmentar 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 les clíniques extrahospitalàries com 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.

3.2. El mal tractament dins de la xarxa sanitària

No obstant això, el mal tractament no es limita a posar en risc la seguretat clínicoquirúrgica (per exemple, per 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 triat o vol triar la dona. Disposem de casuística àmplia del fet que molts serveis adopten una actitud culpabilitzadora i deslegitimitzadora davant la dona que ha optat o 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 malauradament ha estat poc avaluada, però els psicòlegs que treballen en aquest sector n'han identificat clarament la tendència.

3.3. Les barreres per obtenir informació a la xarxa pública i a la privada

Una part específica d'aquest maltractament és la dificultat per obtenir informació sobre la IG en la xarxa sanitària. Crida l'atenció que la munió d'informació disponible en els centres públics sobre qualsevol problema de salut, des de la pròtesi de genoll fins 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. Als pocs centres on es dona informació, només es dona verbalment o en fulls elaborats artesanalment per la 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 al nostre país i, de l'altra, la morbiditat i les complicacions associades, com dèiem abans, a una edat més avançada de gestació pel fet que es retardi l'assistència.

3.4. Les barreres econòmiques

És obvi que, per a una part de les dones que decideixen interrompre la seva gestió, la situació actual els presenta una barrera econòmica difícil o impossible de superar. Els casos més dramàtics afecten: 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 causa o per qualsevol altra, 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, sia mitjançant: *a)* la intervenció perquè els hospitals públics no deixessin sense cobertura les dones a qui han diagnosticat malformacions greus, o *b)* la concertació pública, per mitjà 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 a partir de la informació disponible actualment.

3.5. La manca de resposta davant la patologia fetal greu

Una situació específica que afecta relativament poques dones (entre 600 i 800 de les gairebé 20.000 dones que se sotmeten a IG anuals) es refereix a les IG posteriors al diagnòstic d'una malformació fetal greu a conseqüència del diagnòstic prenatal al qual se sotmeten virtualment i sota cobertura i finançament públics totes les embarassades del país cada any (82.077 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 s'han d'aplicar també en aquest cas, amb l'agreujament que: *a)* les possibilitats de complicacions medicoquirúrgiques 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, 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 què el diagnòstic de malformació fetal es produeix després de la setmana 22.⁶

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, dissortadament, no és aquesta. Molts hospitals deixen 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. Altres hospitals poden oferir la IG, però amb tots els problemes de seguretat i qualitat que esmentàvem abans. L'evidència psicològica disponible, comprovada també en altres països, alerta sobre l'impacte negatiu que implica 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 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 en alguns centres es tendeix a fer creure a la dona que la IG en aquest cas no és legal. Aquest problema serà segurament tractat per altres aportacions dins d'aquesta jornada.

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

Se suggereix prioritzar les actuacions i, per tant, el finançament en els punts següents:

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

6. Recentment, la CCCB ha encarregat un document sobre aquest problema específic.

4.1. D'una banda, avaluar, mantenir i ajustar les iniciatives existents perquè els infants aprenguin sobre la seva sexualitat a les escoles, que puguin expressar els seus dubtes, que siguin escoltats i que rebin respostes entenedores. D'altra banda, incrementar i afavorir noves iniciatives en la promoció de la salut sexual i reproductiva. És molt recomanable que s'associï la sexualitat amb l'afectivitat.

4.2. Publicar més material gràfic i audiovisual sobre educació sexual pensat per a infants i joves, que sigui rellevant i els sigui fàcilment accessible.

4.3. Mantenir i incrementar els espais d'atenció als joves, sia en els centres d'atenció a la salut o en altres espais on l'accés sigui més fàcil.

4.4. Publicar material gràfic i audiovisual adreçat a les dones que informi sobre la interrupció de la gestació: la legitimitat, les 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. També, 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 a tota la xarxa d'atenció a la salut de finançament públic (CAP, ASSIR, hospitals, etc.) i s'hauria de poder facilitar també a les xarxes privades i a les associacions professionals i científiques.

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

4.5. Garantir la continuïtat entre la IG i qualsevol altra 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 IG i tots els centres hospitalaris o d'atenció especialitzada amb qui el contacte sigui clínicament necessari (això inclou sense està necessàriament limitat: unitats d'urgències, serveis d'obstetrícia i ginecologia, unitats d'ASSIR i equips d'AP corresponents, serveis especialitzats, com ara medicina interna, hematologia i psiquiatria, i altres). Aquests contactes han de permetre reflexionar sobre les dificultats existents, sia per prejudicis, 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 requeriran segurament l'elaboració o la posada al dia de protocols (de trasllats urgents, de circuits per a la pràctica d'exploracions complementàries, etc.).

4.6. Acordar i normar sobre un informe d'alta estandarditzat i obligatori, tant en els centres hospitalaris⁷ com en els extrahospitalaris i tant per a les IG que hagin necessitat ingrés com per a les que no, en col·laboració amb els centres implicats. Se suggereix que consideri, com a mínim, les variables següents:

- Temps de gestació
- Patologies detectades (comorbiditat, en l'argot sanitari), codificades d'acord amb la CIM
- Intervenció o instrumentació específica practicada
- Evolució de la postintervenció, la instrumentació i el tractament farmacològic
- Tractaments pautaats

7. En el cas dels centres hospitalaris on l'informe d'alta és ja obligatori i estandarditzat, s'hauria d'ajustar la normativa per incorporar-hi les variables que no hi són.

4.7. En el cas dels hospitals implicats en el diagnòstic prenatal avançat, **deixar ben clara en la relació contractual** —entre l'autoritat sanitària (DGPA, DGSP 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 prescriuïn en uns nivells de qualitat i seguretat que incloguin l'atenció psicològica i el seguiment. Com ja s'ha dit en 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.

4.8. Tenir en compte que la qualitat i la seguretat en les IG prescrites després del diagnòstic de malformació fetal implica entre altres coses:

- o Un registre centralitzat de casos
- o L'accés als serveis adequats d'anatomia patològica
- o L'existència de comissions als centres i la supervisió d'aquestes comissions
- o El tancament clínic dels casos (inclosos els resultats de patologia)

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

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

En l'àrea de la planificació de serveis

4.10. Fer una anàlisi de situació de les possibilitats dels actors següents:

- o La setantena d'hospitals públics del país per fer front a les necessitats d'IG, tenint present, entre altres factors, el volum dels seus programes de diagnòstic prenatal, l'actitud i la 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.
- o La quarantena de PASSIR 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 més de les moltes altres tasques que tenen adscrites).
- o Els centres extrahospitalaris privats acreditats actuals que volguessin obrir-se a una col·laboració i una concertació amb el sector públic.

4.11. 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 clínicoquirúrgica.

4.12. 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 i obstetrícia i l'entrenament a professionals que ja estan en exercici però que no han tingut l'oportunitat de formar-se en IG. S'ha d'adreçar no tan sols als professionals que s'especialitzen en IG, sinó també a ginecòlegs obstetres i altres professionals que treballen en salut sexual i reproductiva i a personal que atén urgències.

En l'àrea del finançament directe de la prestació

4.13. Les recomanacions fetes fins aquí per a la transformació de l'atenció en els hospitals de la xarxa d'utilització pública impliquen que aquests hospitals han de veure-ho reflectit en augments i ajustos en els seus pressupostos, en els capítols de personal, despesa corrent i inversions.

4.14. També, un cop elaborat el pla anterior, iniciar, si s'escau, l'experiència de concertació amb els centres extrahospitalaris o hospitalaris concertats que s'hi avinguin, perquè puguin practicar algunes de les IG de poc temps de gestació a càrrec de fons públics, especialment en les dones per a les quals la barrera econòmica significa un problema greu i en les IG de gestació avançada que no siguin cobertes pels hospitals públics. Això significaria que el concert hauria de cobrir: l'acompanyament i el consell, l'avaluació dels supòsits, l'avaluació de la capacitat econòmica (cal recordar que els centres extrahospitalaris ja disposen d'assistent social), i la pràctica i el seguiment de la IG.

4.15. Després d'un període de temps, quan es disposi ja del pla de sectorització esmentat més amunt, avaluar l'experiència per dissenyar un sistema de finançament més definitiu que tingui en compte la capacitat de la xarxa d'oferir aquest tipus de prestació.

En el seguiment de tot el procés

4.16. Finalment, organitzar des del Departament de Salut 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 les 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 els darrers sis mesos.

Cadascun d'aquests suggeriments requereix una elaboració més detallada, que inclogui els objectius que es pretenen assolir, el temps necessari i el pressupost adient. El sol fet de posar-los en marxa pot provocar variacions en les dinàmiques entre els factors que poden fer que alguns esdevinguin ràpidament irrellevants i que apareguin altres suggeriments que, aleshores, siguin percebuts com a més urgents. Aquesta és la dinàmica pròpia de qualsevol procés de transformació que cal engregar ja en aquest sector.

SEGONA PART

CONCLUSIONS

Aspectes ètics

1. El problema ètic de la interrupció de la gestació 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 hipòtesi del valor inviolable del fetus des de la concepció no té justificació científica i duu a contradiccions que fan impossible qualsevol regulació de la interrupció de la gestació.
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 la interrupció de la gestació ha de tenir com a finalitat tant propiciar la interrupció segura com evitar els embarassos no desitjats amb polítiques de promoció, prevenció i 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 sentència del Tribunal Constitucional 53/1985 va declarar que el *nasciturus* no és titular del dret a la vida, encara que és un bé jurídic que cal protegir. Al mateix temps, l'Estat no pot ignorar el dret de la dona a decidir com un aspecte de la seva dignitat, el dret a la integritat física i moral, el dret a la llibertat de creences i idees i el dret a l'honor i a la intimitat personal i familiar.
7. La regulació penal actual crea una gran inseguretat jurídica tant en les dones que volen interrompre l'embaràs com en els professionals sanitaris. Aquesta inseguretat provoca inhibició dels professionals sanitaris que s'acullen a l'objecció de consciència per evitar problemes.
8. En la legislació actual, la decisió de la dona d'interrompre l'embaràs està condicionada a la intervenció de terceres persones, la qual cosa és una falta de reconeixement del dret de la dona a l'autonomia reproductiva.
9. És necessari canviar l'actual marc legislatiu per una nova norma que prevegi:
 - a) La introducció d'un sistema de terminis que permeti interrompre lliurement l'embaràs dins d'un termini no inferior a les setze

setmanes ni superior a les 24,⁸ amb el consentiment de la dona com a únic requisit.⁹

- b) La possibilitat d'interrompre la gestació sense que hi hagi un límit de temps per fer-ho en cas que hi hagi risc per a la salut física o psíquica de la dona o hi hagi malformacions fetals greus.

Aspectes sanitaris

10. Cal superar la situació que es produeix en algunes comunitats autònomes on es constaten dificultats per desplegar la normativa vigent a Espanya que despenalitzava la interrupció de la gestació. Això ha de permetre equiparar definitivament la interrupció de la gestació a qualsevol altra prestació i establir un diàleg honest i fructífer amb l'Administració sanitària.
11. A dia d'avui s'ha de millorar la poca consideració, fregant la deslegitimació, que té aquest tipus d'assistència. L'atenció professional és millorable, com ho són també els dispositius que haurien de garantir la coordinació entre les unitats hospitalàries i extrahospitalàries que poden atendre aquestes pacients en diferents moments.
12. 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 clínicojurídica: 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) Mal tractament a la dona dins de la xarxa sanitària i manca de consideració i respecte davant l'opció que ha triat.
 - c) Barreres per obtenir informació tant en la xarxa pública com en la privada, cosa 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, les complicacions i els traumes intrínsecs als problemes esmentats.
13. Davant 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 altra intervenció que es requereixi del sistema sanitari públic o privat.
 - c) Establiment d'una regulació sobre els aspectes següents:
 - Establir un informe d'alta estandarditzat i obligatori en els centres.

8. El CCBC creu convenient establir aquest límit a semblança del que han fet països com ara Holanda i Anglaterra, que recentment han revisat la seva legislació.

9. En el CCBC es manifesten dues opinions: d'una banda, la possibilitat que existeixi un assessorament previ obligatori a la interrupció de la gestació i, de l'altra, l'opinió que aquest assessorament pot coaccionar en excés i limitar la llibertat, per la qual cosa no es creu convenient.

- Establir l'obligació dels hospitals que fan diagnòstic prenatal de fer-se càrrec de totes les interrupcions de la gestació que prescriguin.
 - Assegurar la qualitat i la 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.
 - Establir protocols que garanteixin la confidencialitat de tota la informació sobre les persones ateses.
- d) Fer un estudi de planificació dels serveis sanitaris hospitalaris i extrahospitalaris per avaluar-ne les possibilitats.
- e) Elaborar un pla de sectorització 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 formació del personal implicat.

Aspectes socials

14. Més enllà del canvi normatiu i de la millora de la pràctica de la prestació des del vessant social, són necessàries una sèrie de mesures:

- a) Garantir la cobertura de la prestació sanitària d'interrupció de la gestació a la xarxa pública hospitalària i extrahospitalària.
- b) Revisar l'enfocament i la metodologia de les campanyes de prevenció dels embarassos no desitjats, especialment entre les adolescents i els col·lectius en els quals aquest tipus d'embaràs és més alt. Pel que fa als embarassos en adolescents, els pares, les escoles i els 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 tan segures com sigui possible.
- c) Crear mecanismes de col·laboració entre el sistema educatiu i el sanitari per tal d'aconseguir que, a l'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. Atès que l'edat d'inici s'està avançant, sembla convenient prestar aquests serveis a partir dels onze anys.
- d) Facilitar mecanismes especials d'accés als mitjans anticonceptius durant l'etapa de l'adolescència i la primera joventut.

TERCERA PART

RECOMANACIONS

El CCBC considera que l'ideal d'una política de salut reproductiva ha d'ésser que la interrupció de la gestació no existeixi, no perquè està prohibida sinó perquè les polítiques de prevenció d'embarassos indesitjats són efectives i, per tant, fan innecessària la IG. Atès que la realitat està lluny d'aquest ideal és necessari donar una resposta adequada per desenvolupar i millorar les polítiques de salut sexual i reproductiva i fonamentar un nou marc legal que estableixi uns terminis en els quals la voluntat de la dona sigui l'únic requisit per a la seva pràctica i unes indicacions per quan esgotat aquest termini existeixi risc físic o psíquic per la salut de la mare o malformacions o alteracions en el fetus.

Per això, caldrà tenir en compte les següents recomanacions:

1. Necessitat d'un canvi legislatiu

Cal una legislació que reguli com es realitzarà la interrupció de la gestació i que vagi més enllà de la despenalització d'aquesta pràctica.

2. Necessitat d'una terminologia adequada

Una nova legislació ha de discutir quina expressió és la més adequada per referir-se a l'avortament, per superar la confusió actual que sovint es produeix en utilitzar termes com ara interrupció voluntària de l'embaràs (IVE) i interrupció legal de l'embaràs (ILE). Es recomana utilitzar el terme d'interrupció de la gestació (IG).

3. Una llei de terminis

En la línia del document del Consell d'Europa "Per a l'accés a un avortament sense risc i legal",¹⁰ cal una llei de terminis que faci menys restrictiva la regulació actual, que resolgui el problema dels embarassos no desitjats i, també, el de la incertesa jurídica.

4. La voluntarietat de la dona com a inspiració de la proposta normativa

La nova llei ha de reconèixer explícitament que les dones tenen dret a l'autonomia reproductiva, segons el qual és la voluntat de la dona l'única condició necessària per realitzar la interrupció de la gestació en el termini establert per la llei.

5. La viabilitat com a justificació del termini

Les propostes més avançades en l'establiment del límit temporal màxim per avortar tenen en compte el criteri de la viabilitat fetal. La nova llei ha d'establir aquest límit, que no pot ser inferior a les setze setmanes ni superior a les 24.

10. Resolució 1607 del Consell d'Europa (2008), "Accés a un avortament sense risc i legal a Europa".

6. Necessitat de les indicacions

La llei ha de possibilitar també que la interrupció de la gestació es pugui realitzar més enllà del termini establert quan hi hagi risc greu per a la salut física o psíquica de la dona o hi hagi malformacions o alteracions fetals greus. En aquests casos, per tal de compaginar el dret de la dona amb la protecció especial que mereix el *nasciturus*, aquesta indicació ha de ser valorada i autoritzada, sia amb l'informe mèdic que certifiqui el patiment físic o psíquic o per una comissió *ad hoc* que valori la gravetat de la lesió fetal. En tot cas, les condicions de qualitat de la vida futura han de ser un altre dels criteris que determinin la viabilitat fetal en cas de malformacions fetals greus.

7. La realització de l'informe mèdic

És convenient ampliar als metges de família la possibilitat de valorar el patiment psicològic de la dona i realitzar l'informe pertinent, ja que sovint aquest professional està més proper a la realitat de la dona i té més coneixement de les causes i les motivacions que la porten a sol·licitar la IG que no pas un psiquiatre que visita de manera puntual una pacient desconeguda.

8. El supòsit socioeconòmic

Algunes propostes de la regulació de l'avortament introdueixen les raons socioeconòmiques, la mort o la incapacitat de la parella com a motiu per interrompre la gestació. Atès que aquesta possibilitat es pot produir passat el termini establert i que les possibles situacions es presten a interpretacions molt subjectives per part de qui les ha de valorar, no és convenient introduir aquest supòsit i es recomana que l'Administració faciliti l'ajuda econòmica i social perquè les dones que volen tenir un fill no hagin de renunciar-hi per aquestes raons.

9. El consentiment informat

Es considera suficient la realització curosa d'un procediment d'informació ampli i detallat per obtenir el consentiment, que és un requisit legal ja previst. D'altra banda, es recorda la conveniència de fer un consell sobre salut sexual i reproductiva tant abans com després de la IG. L'assessorament hauria de ser el més neutre possible i limitar-se a informar sobre les diferents opcions.

10. El consentiment del menor madur

Tot i que la llei d'autonomia del pacient i dels drets d'informació permet interpretar que la persona menor de divuit anys no pot donar el consentiment per interrompre una gestació encara que el seu grau de maduresa li permeti entendre la transcendència i les conseqüències de la seva decisió, el CCBC entén que la majoria d'edat en interrupció de la gestació queda establerta als setze anys.

11. La cobertura pública

La interrupció de la gestació és una prestació que el sistema públic català ha de garantir, independentment que sigui dins d'una xarxa pública pròpia

o concertada. Perquè aquesta cobertura sigui realment equitativa s'ha d'eliminar l'estigmatització i la marginalització que es produeix actualment i garantir un bon acompanyament per part dels professionals que intervenen en les diferents fases del procés.

12. La millora de l'atenció dels professionals

El fet que només el 2,6% de les interrupcions de la gestació s'hagin realitzat en l'àmbit públic ha comportat un desconeixement més o menys generalitzat en aquest àmbit de quin és el procediment que cal seguir. Molts dels residents formats els darrers anys no han assistit a la pràctica de cap interrupció de la gestació. Conseqüentment, la millora de la cobertura d'aquesta prestació ha de tenir en compte la necessitat de formar adequadament els professionals.

13. La implantació de polítiques d'educació sexual

Al nostre país encara no està implantada de manera efectiva l'educació sexual i reproductiva a les escoles, i aquest és un dèficit greu que té conseqüències en la prevenció d'embarassos no desitjats i la promoció de la salut sexual i reproductiva saludable i segura. Un pas previ en el nostre entorn és preparar adequadament els qui han de fer aquesta educació, sia ensenyants o professionals sanitaris de l'àmbit de la planificació.

14. La interrupció de la gestació a les dones immigrants

La informació disponible sobre el seguiment de les interrupcions de la gestació¹¹ evidencia que les taxes d'IG són molt més elevades entre les dones que fa poc temps que resideixen a Catalunya i que provenen de països on no hi ha programes de SSR; també evidencia que en alguns casos la IG és vista com un mètode més de planificació familiar. Aquesta realitat ha de ser tinguda en compte a l'hora de planificar campanyes i estratègies de prevenció d'embarassos no desitjats. Al mateix temps, cal establir mesures per evitar que el fet cultural o de procedència no provoqui l'estigmatització i la marginalització de les dones immigrades.

15. L'Administració com a garant

L'Administració ha de vetllar pel compliment estricte de la llei i establir mecanismes d'avaluació sistemàtica de totes les mesures que s'implantin.

En la elaboració d'aquest informe hi ha Participat

Francesc Abel, Josep R. Arisa, Santiago Barambio, M. Assumpció Benito, Margarita Boladeras, Marc A. Broggi, Montserrat Busquets, Victòria Camps, Elena Carreras, Maria Casado, Pablo M. Hernando, Francesc José María, María Luisa de la Puente, Raquel Novo, Carme Ollé, Milagros Pérez Oliva, Teresa Pi i Sunyer, Joan M. Pons, Francesca Puigpelat, Oriol Ramis, i Josep M. Busquets.

11. Departament de Salut. Registre d'Avortaments. Informe sobre els avortaments a Catalunya, 2006.

Aquest informe ha estat aprovat a la 64ena reunió plenària del CCBC del dia 16 de setembre de 2008. per la majoria dels seus membres i ha rebut el vot particular del Sr. Francesc Borrell i Carrió i del Sr. Josep Ramon Arisa i Clusella

Són membres del Comitè:

Sra. Victòria Camps i Cervera, presidenta; Sr. Marc Antoni Broggi Trias, vicepresident primer, Sr. Rogeli Armengol i Millans, vicepresident segon; Sra. Maria Assumpció Benito i Vives, coordinadora; Sra. Dolors Canals i Ametller, Sr. Josep Ramon Arisa i Clusella, Sra. Montserrat Artigas Lage, Sr. José Luís Ausín i Herbella, Sr. Màrius Morlans i Molina, Sr. Joan Maria Pons i Rafols, Sra. Maria Luisa de la Puente Martorell, Sra. Maria Eugènia Sala i Gómez, Sr. José-Pascual Ortuño i Muñoz, Sra. Rosa Sales i Guàrdia, Sra. Mireia Cañellas i Grifoll, Sr. Juan Rodés i Teixidor, Sr. Alfons Vilarrasa i Cagigós, Sr. Joan Viñas i Salas, Sra. Montserrat Busquets i Surribas, Sra. Pilar Salvador i Collado, Sr. Pablo Hernando i Robles, Sr. Xavier Carné i Cladellas, Sr. Francesc Abel i Fabre, Sra. Margarita Boladeras i Cucurella, Sra. Maria Casado González, Sr. Francesc Borrell i Carrió, Sra. Milagros Pérez i Oliva, Sr. Jordi Varela i Pedragosa, Sr. Francesc José María i Sánchez, Sra. Francesca Puigpelat i Martí, Sra. Virtudes Pacheco i Galván, Sra. Maria Josep Borràs i Pascual, Sra. Montserrat Boada i Palà, Sra. Anna Veiga i Lluch, vocals; i Sr. Josep M. Busquets i Font, secretari.

VOT PARTICULAR AL INFORME SOBRE LA INTERRUPCIÓ DE LA GESTACIÓ

La recomanació 6 hauria de quedar redactada de la següent manera: "La llei ha possibilitat també que la interrupció voluntària de l'embaràs es pugui realitzar més enllà del termini establert quan existeixi risc per la salut física o psíquica de la dona o existeixin malformacions fetals greus. En aquests casos, per tal de compaginar el dret de la dona, amb l'especial protecció que mereix el nasciturus, aquesta indicació haurà d'ésser valorada i autoritzada per una comissió adhoc."

JUSTIFICACIÓ.- El document del CCBC recolza una llei de terminis. Si per una banda la llei de terminis dona una màxima accessibilitat a la interrupció de la gestació en els primers mesos, sembla assenyat que superades les 24 setmanes es protegeixi al nasciturus, (ja viable fora del si matern). Per tant una comissió adhoc que examini totes les peticions fora del termini establert :

- a) Disminuirà la pressió sobre els metges als que se'ls hi demani un certificat;
- b) Donarà seguretat ètica al metge que hagi de practicar la IG;
- c) Donarà seguretat moral a la societat, en el sentit de que no s'aprova una reglamentació indiscriminada;
- d) Donarà més seguretat jurídica a les institucions que realitzin les IG;
- e) Donarà més seguretat jurídica al nasciturus;
- f) Ajudaran a conèixer amb més profunditat les demandes que es produeixin, per donar-ne una resposta institucional.

Amb el redactat actual aquests aspectes no queden suficientment coberts.

Francesc Borrell i Carrió i Josep Ramon Arisa i Clusella

Annex

Reflexions sobre la interrupció voluntària de l'embaràs

Document aprovat a la 63a reunió plenària del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya del dia 1 d'abril de 2008

1. L'objecció de consciència en la interrupció voluntària de l'embaràs

La despenalització de l'avortament a l'ordenament jurídic espanyol, en els tres supòsits previstos per la llei, està tenint una aplicació insatisfactòria, derivada d'una sèrie d'indeterminacions que generen inseguretats tant a l'Administració, com a proveïdora directa o finançadora de serveis de salut públics i garant de la qualitat dels serveis privats, com als ciutadans, que esperen de l'Administració sanitària un compromís clar sobre les prestacions relacionades amb la interrupció .

Durant els últims mesos estem assistint a una sèrie de fets preocupants al voltant de l'avortament al nostre país. Com a Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya volem fer esment d'una sèrie de qüestions que ens semblen clau per a un debat social que requereix ser revisat:

- a) La fiscalització i la persecució a organitzacions, professionals i dones relacionades amb l'avortament

La pràctica d'interrupcions voluntàries de l'embaràs està regulada per llei en la forma de despenalitzar determinats supòsits. Aquesta despenalització legitima un seguiment que assegurí que la realització d'avortaments és respectuosa amb el contingut i la forma que descriu la norma legal.

Malgrat el punt anterior, la llei actual possibilita la realització d'avortaments que, des de posicions ideològiques extremes, poden ser qualificats com a punibles. D'aquesta manera, les dones i les organitzacions professionals estan essent objecte d'una persecució desmesurada. Hauria estat necessari un seguiment més acurat de l'Administració pel que fa als requisits formals per a la realització

d'avortaments, per evitar certes situacions com ara la signatura de certificats en blanc. Uns fets concrets presumptament delictius com els anteriors no es poden fer servir per fiscalitzar i perseguir tota una pràctica derivada d'una situació molt dolorosa i traumàtica, especialment per a les dones però, també, per als professionals. La realització d'un avortament mai no és la decisió millor, sinó la menys dolenta. Criminalitzar de manera generalitzada aquesta pràctica perjudica les dones i augmenta la inseguretat entre professionals i organitzacions. L'experiència traumàtica d'un avortament s'accentua amb la judicialització quan les dones estan immerses en el procés.

b) La revisió de la regulació legal

Les reflexions que motiven aquest document fan necessària la revisió de l'actual regulació que ha donat resposta durant un temps a les necessitats d'interrupció voluntària de l'embaràs, però que avui s'evidencia insuficient. Aquesta regulació hauria de suplir les mancances de l'actual i situar-se en la línia d'altres països del nostre entorn.

Una societat plural ha de conviure amb creences diverses que tenen un paper essencial en el tema de l'avortament. En aquestes societats hi ha temes de difícil acord racional, perquè precisament és la diversitat de creences el que sustenta els diferents posicionaments. I una de les característiques de les societats plurals és el respecte a les creences de cadascú. Com diu R. Dworkin, "la tolerància és el cost que hem de pagar per la nostra aventura de llibertat". Això no significa que l'acord possible hagi de ser irracional o arbitrari, sinó raonable, entenent per raonabilitat tot allò que té en compte, a més dels fets científics, la realitat social, cultural i emocional de les persones. La situació en què ens trobem és conseqüència d'una legislació que no aporta prou seguretat als professionals disposats a aplicar-la, la qual cosa produeix una inhibició per part d'aquests professionals i la negativa, en molts casos, a practicar avortaments. La falta de compromís dels centres sanitaris o dels professionals amb l'obligatorietat de realitzar determinades prestacions no s'explica tant per una possible objecció de consciència com per la inseguretat jurídica produïda per l'aplicació d'una legislació que planteja molts dubtes. L'Administració no pot eludir aquest problema, sinó que

ha d'intentar aclarir tots els supòsits de la llei i proporcionar pautes i criteris per tal de facilitar la bona pràctica mèdica.

Malgrat el que s'acaba de dir, siguin quines siguin les creences personals de cadascú, cal recordar que, en un estat de dret, l'ordenament jurídic vincula tothom sense excepció.

c) La interrupció voluntària de l'embaràs com a prestació pública

L'enunciat que figura en aquest apartat és, en la nostra realitat catalana, merament un enunciat formal sense correspondència en el món real. Tot i que és una prestació pública, en molts pocs casos es fa realitat. Si l'atenció sanitària és una manera de fer efectiva la igualtat d'oportunitats i de garantir un dret fonamental, la desprotecció pública pel que fa al finançament de la interrupció voluntària de l'embaràs genera inequitats.

Atès que l'interès públic del pacient és prioritari, l'Administració no pot permetre que els interessos personals dels professionals, en forma d'objecció de consciència, obstaculitzin el servei degut als ciutadans, sinó que té l'obligació de garantir-lo si prèviament s'ha compromès a fer-ho. En conseqüència, ha de proposar i arbitrar solucions destinades a assegurar que els pacients siguin degudament atesos.

Sembla urgent que aquest problema no hagi d'esperar una resolució del punt anterior (revisió de la norma legal) i que es busquin alternatives que facin possible el finançament públic. La solució d'aquest tema passa també per la consideració del punt següent.

d) L'objecció de consciència

Més enllà de la inseguretats jurídica inevitable en moltes àrees de la sanitat, sembla bastant evident que la despenalització de l'avortament no està acceptada per una part de la ciutadania, que considera il·lícita la interrupció voluntària de l'embaràs, especialment en el supòsit que considera la salut física o psíquica de la mare. Ens trobem davant la paradoxa que, d'una banda, es produeix un creixement

constant del nombre de dones que desitgen avortar i, de l'altra, la societat es nega a fer-se càrrec d'aquesta realitat intentant trobar les solucions més raonables i coherents amb l'ordenament jurídic.

Atesa la confusió que hi ha pel que fa a un suposat dret universal a l'objecció de consciència, és urgent fer una reflexió, com ara la ja feta per l'OBD,¹² sobre els fonaments ètics d'objectar a la prestació d'un servei sanitari que està efectivament emparat per la llei i, al mateix temps, cal establir les obligacions de les administracions sanitàries per tal de garantir al màxim les previsions derivades de la despenalització de l'avortament:

1. Fonament de l'objecció de consciència en els professionals sanitaris: la Constitució espanyola reconeix el dret fonamental a la llibertat ideològica, religiosa i de culte. Aquest fet significa l'assumpció d'un dels drets reconeguts a la Declaració Universal dels Drets Humans: el dret de llibertat de consciència. D'aquest dret se'n desprèn la possibilitat que els ciutadans exerceixin l'objecció de consciència quan es veuen forçats a fer alguna acció que jutgen incompatible amb les pròpies creences. No obstant això, la possibilitat d'objectar en consciència pot topar amb altres drets fonamentals que han de ser garantits a tothom. Aquesta circumstància obligaria a un desenvolupament legal de l'objecció de consciència que determinés les condicions en què es podria permetre l'objecció. En l'àmbit de l'atenció sanitària, aquest desenvolupament legal no s'ha fet.

2. conflicte a l'hora d'exercir el dret: a diferència d'altres àmbits d'actuació, en el cas de la sanitat, l'existència de professionals objectors que reclamen poder fer ús del seu dret a la llibertat religiosa o ideològica entra en conflicte amb un altre dret fonamental, el dret dels pacients, que, fent ús igualment de la seva autonomia i del dret a la protecció de la salut, reclamen ser atesos pel personal sanitari. En conseqüència, el professional sanitari objector es troba que, com a individu, ha de romandre fidel a les seves creences, però, com a ciutadà, està obligat a acatar la llei. Forma part de les obligacions del professional atendre qualsevol pacient que reclami una prestació sanitària emparada per la llei, mentre que, d'acord amb la llei, no pot objectar de

12. Observatori de Bioètica i Dret. Document sobre l'objecció de consciència en sanitat. Barcelona, novembre 2007.

realitzar aquesta prestació. L'interès del pacient, en aquest cas, està per sobre de l'interès del professional, ja que l'interès del pacient ha de ser considerat com un interès públic, mentre que l'interès del sanitari, derivat exclusivament de la seva ideologia, és un interès privat. Tanmateix, s'ha d'acceptar la possibilitat d'una objecció legalment establerta. Ara bé, no es podria al·legar l'objecció si no hi ha un altre professional que doni la prestació a la qual el pacient té dret. Cal recordar que la possibilitat d'objectar és de tots els professionals sanitaris que resulten imprescindibles per a la realització de la intervenció.

La bioètica ha establert el principi bàsic de l'autonomia del pacient com un valor tan important com el principi tradicional de la beneficència. Davant d'una medicina anacrònica i paternalista, en la qual les decisions les prenia el facultatiu unilateralment, la nova atenció sanitària, inspirada pels principis de la bioètica, dóna prioritat als desigs i la voluntat del pacient que demana atenció mèdica.

Proposta al Departament de Salut per a la regulació de l'objecció de consciència

Com a conseqüència de les consideracions anteriors, és urgent que el Departament de Salut proposi una regulació per tal de dirimir el conflicte entre el dret a la llibertat de consciència dels professionals sanitaris i el dret de la usuària a rebre una prestació establerta legalment pel Sistema Nacional de Salut. No pot ser que els valors o les creences privades dels professionals generin situacions d'inequitat i ineficiència en negar-se a atendre les persones que sol·liciten un avortament sota els supòsits legals.

És necessari regular urgentment l'objecció de consciència perquè l'exercici d'aquest dret sigui compatible amb el deure de donar una prestació sanitària jurídicament legítima. Aquesta regulació hauria de tenir en compte els punts següents:

- S'ha de recordar als professionals que l'atenció a les persones és un deure i que en determinades situacions —quan no hi ha una altra possibilitat—

aquest deure ha de prevaler per damunt del dret d'objecció i, en conseqüència, no es pot al·legar quan la interrupció voluntària de l'embaràs sigui necessària per evitar a la dona embarassada un perill de mort o un altre perjudici greu per a la salut que no es pot evitar d'una altra manera. Si la situació no és urgent, es pot valorar el trasllat a un altre centre quan en el centre només hi hagi professionals que fan objecció.

- Només poden ser subjectes que poden al·legar objecció de consciència les persones físiques, i no les jurídiques ni altres col·lectius.
- Poden al·legar objecció únicament aquelles persones la intervenció de les quals signifiqui la cooperació necessària per a la realització del procediment i, per tant, queda exclosa de l'objecció l'atenció a la dona.
- El personal sanitari ha de formular l'objecció de consciència de manera prèvia davant l'autoritat sanitària i del seu col·legi professional, per garantir el seu dret com a professional que no objecta de manera irregular. Aquesta objecció ha de quedar documentada en un registre que cada centre ha d'habilitar a aquest efecte. El document ha de reflectir l'acte específic que s'objecta, que, en qualsevol cas, no pot ser ni l'atenció prèvia ni l'atenció posterior al procediment.
- La pràctica o la cooperació en avortaments en institucions privades deixa sense efecte la possible objecció del mateix professional en l'àmbit de l'atenció pública.

2. La interrupció voluntària de l'embaràs per supòsit de malformacions greus més enllà de la setmana 22

La IVE (interrupció voluntària de l'embaràs) és una opció per a moltes gestants amb alguna malaltia important o portadores d'un fetus amb una anomalia. Les situacions en les quals hi ha la possibilitat de plantejar-se una IVE més enllà de la setmana 22 de gestació són:

a) Malformacions que no s'han diagnosticat per alteracions administratives (no s'ha realitzat l'exploració dins del termini legal, la pacient no acudeix a la cita, etc.). Això no exclou la necessitat que el sistema sanitari sempre ofereixi la possibilitat de realitzar les proves en el moment oportú.

b) Malformacions que no s'hagin diagnosticat abans perquè en el moment de l'exploració la malformació encara no era visible.

Aquesta darrera situació és la que s'esdevé més sovint. Corresponen habitualment a alteracions del sistema nerviós central i acostumen a produir greus seqüeles neurològiques i una gran afectació de la qualitat de vida del nadó. A més, la limitació a les 22 setmanes comporta altres conseqüències tant o més greus: la interrupció de gestacions de manera "profilàctica", per la incertesa del resultat, ventriculomegàlies lleus, megacisternes magnets, etc. Si l'impacte físic i especialment emocional d'una IVE sempre és gran, encara ho és més en aquestes situacions.

Quantificar el nombre de casos a l'any en què cal prendre una decisió més enllà de les 22 setmanes és difícil. A l'Hospital de la Vall d'Hebron, han estat 30 casos en l'últim any (lissencefàlies, agènesis de cos callós, esclerosis tuberoses, etc.). Fent un estudi aproximat de Catalunya i Balears i només comptant els casos que viurien amb seqüela greu (s'han exclòs els que moriran postnatalment), s'han calculat uns 60 casos l'any.

En aquests moments, les pacients que es troben en aquesta situació només poden sol·licitar realitzar una IVE aprofitant-se al primer supòsit de la nostra regulació legal, la qual cosa, a la pràctica, és molt difícil. La solució més habitual és interrompre la gestació fora de l'Estat espanyol i, naturalment, al seu càrrec econòmic. Si no, han de continuar endavant. L'experiència de patir un embaràs amb la previsió de tenir un nadó amb greus seqüeles físiques o psíquiques es reconeix com a traumàtica i podria justificar la utilització de l'argument del primer supòsit a falta d'una millor regulació de la IVE en la qual es reconegui explícitament aquesta situació excepcional. Aquesta última solució seria la millor i es reconeix que els pares podrien utilitzar la IVE de la mateixa manera que es limiten tractaments en nadons amb greus malformacions o seqüeles psíquiques i/o físiques.

Com a situació excepcional, que majoritàriament hauria de ser atesa en centres públics, hauria de tenir algunes garanties que s'expliciten a continuació:

a) Que aquestes situacions siguin sotmeses a grups *ad hoc* del comitè d'ètica assistencial, amb la participació predominant de professionals especialistes (pediatres, genetistes obstetres, psiquiatres i altres) que han de fer les funcions següents:

- Establir el risc de seqüela de manera individual (afectació de la qualitat de vida del nadó tant per part dels pares com dels professionals).
- Assegurar que existeix un procés d'informació a la mare i/o a la parella per tal que pugui prendre la decisió de continuar endavant la gestació o no. El procés d'informació ha de fer èmfasi en el consell genètic i l'assessorament reproductiu amb vista a una nova gestació. És important significar que en aquest procés la justificació legal per a la realització de la IVE és l'afectació de la salut física o psíquica de la mare, per la qual cosa és necessari que els dictàmens previs sobre la salut psíquica de la mare que es demanen en el primer supòsit siguin amplis i rigorosos.

La justificació ètica no s'esgota en la regulació legal, que en aquest cas es reconeix com a insuficient, però que s'ha de respectar en un estat de dret com el nostre. Pel que s'acaba de dir, en els criteris anteriors també s'assenyala com a important, a banda de l'afectació de la salut psíquica i/o física de la mare, l'avaluació de la qualitat de vida del futur nadó.

b) Que el Departament de Salut faci un reconeixement exprés de suport als centres i els professionals que actuen donant resposta a aquestes situacions. Seria aconsellable fer un seguiment de l'actuació dels diferents centres.

Una última qüestió seria molt desitjable: que es faci una interpretació més real de la llei en el sentit que el límit del tercer supòsit s'estableixi en les 24 setmanes des de la concepció i no en les 22 setmanes de gestació.

Resulta difícil establir un llistat detallat dels casos que són susceptibles d'indicar una IVE. Hi ha algunes malformacions congènites greus que poden presentar diferents graus de complexitat, i sempre cal una valoració específica tant de la malformació com de la gravetat d'aquesta malformació. Hi ha una sèrie de malalties que, tenint en compte la incapacitat de valer-se per un mateix o la important limitació de la intel·ligència, impliquen una “greu alteració de la qualitat de vida” i, per tant, poden ocasionar un gran patiment.

En l'elaboració d'aquest document hi han participat: Pablo Hernando, Victòria Camps, Francesca Puigpelat, Elena Carreras, Alfons Macaya, Miguel del Campo, Ricardo Rubio i Josep M. Busquets.