

Document sobre la Interrupció
Voluntària de l'Embaràs

Documento sobre la Interrupción
Voluntaria del Embarazo

Document on Voluntary
Interruption of Pregnancy

M. Casado, M. Corcoy, R. Ros i A. Royes (Coords.)



DOCUMENT SOBRE LA INTERRUPCIÓ VOLUNTÀRIA DE L'EMBARÀS

Elaborat pel Grup d'Opinió de
l'*Observatori de Bioètica i Dret*
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, abril de 2008

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldri Reixac, 4-6
Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.es
www.bioethicsandlaw.es

Imprimeix: Signo Impressió Gràfica, sa
C. Múrcia, 54 d, Pol. Ind. Can Calderon
08830 Sant Boi de Llobregat - Barcelona
Dipòsit Legal: B - 23.538 - 2008

PRESENTACIÓ

L'Observatori de Bioètica i Dret, amb seu al Parc Científic de Barcelona, es va crear per analitzar des d'un punt de vista científic i pluridisciplinari les implicacions ètiques, socials i jurídiques de les biotecnologies.

El Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret es va constituir el 1996 amb l'objectiu d'intervenir en el diàleg entre la universitat i la societat mitjançant la transmissió del coneixement científicotècnic i els arguments necessaris per contribuir al debat social informat respecte de les noves tecnologies, les relacions conflictives entre les pràctiques biomèdiques, la legislació i les demandes de la ciutadania, i tots aquells problemes que es plantegen en termes ètics, socials i jurídics i en els que són necessàries argumentacions sòlides. En aquest intercanvi cal implicar els mitjans de comunicació no només per millorar la qualitat de la informació, sinó també per la seva incidència en la generació d'opinió pública.

Amb aquest objectiu, el Grup d'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret ha elaborat ja diversos Documents sobre problemes i qüestions d'actualitat en els quals no existeix una opinió unànime ni en la societat ni en les diverses comunitats científiques implicades, la qual cosa ha requerit identificar els problemes, contrastar els arguments i proposar recomanacions de consens.

En aquesta ocasió, el Grup presenta un Document d'Opinió amb la voluntat d'intervenir en el debat sobre la interrupció voluntària de l'embaràs i proposar mesures normatives que posin fi a l'actual situació d'inseguretat jurídica derivada de la distorsionada aplicació que s'efectua de la desfasada legislació vigent.

L'avortament és un veritable problema de salut pública i tant l'ètica com el dret han de plantejar pautes de conducta assumibles per la majoria dels ciutadans i respectuoses amb les minories, tenint sempre com a marc de referència i principi indeclinable el respecte als Drets Humans.

En aquesta qüestió, com sol succeir amb la major part dels problemes que repton o activen la Bioètica, es requereix un profund diàleg pluridisciplinari que inclogui plantejaments ètics i filosòfics, antropològics, jurídics, econòmics, socials i sanitaris, i les conclusions del qual parteixin d'una base científica i tècnica sòlida que emana de les disciplines implicades en els contextos problemàtics en què té lloc el debat.

Per a l'elaboració d'aquest Document, el Grup ha estat coordinat pels Drs. Maria Casado, Mirentxu Corcoy, Rosa Ros i Albert Royes i ha comptat amb les aportacions d'especialistes dels quals es fa una relació al final del Document.

PREÀMBUL

El Codi Penal vigent recull la despenalització de la pràctica de l'avortament en tres supòsits¹: que l'embaràs sigui conseqüència d'una violació —prèviament denunciada—, les malformacions del fetus i el greu perill per a la vida o per a la salut física o psíquica de l'embarassada, sempre que es realitzi amb el seu consentiment i es compleixin els requisits establerts. La necessitat de reformar la norma renova una vella polèmica de gran importància social, amb el consegüent impacte mediàtic, en què es posen de manifest conflictes de valors i de drets que requereixen la intervenció urgent dels poders públics a fi de proporcionar solucions de justícia material que es conjuguin amb la necessària seguretat jurídica.

La regulació vigent sobre la interrupció voluntària de l'embaràs va ser aprovada al final de la transició política i va semblar que era l'única possible en aquells moments. La introducció del sistema d'indicacions per a la interrupció voluntària de l'embaràs va suposar, aleshores, un avanç; no obstant això, avui, resulta

¹ El Codi penal de 1995, en la Disposició derogatòria única 1.a), manté la vigència de l'article 417 bis que recull la Llei Orgànica 9/1985 en què es despenalitzava la pràctica de l'avortament en els supòsits que a continuació es transcriuen. Cal remarcar que és l'únic precepte substantiu que no fou modificat en el nou Codi Penal.

Article 417 bis:

1. No serà punible l'avortament practicat per un metge, o sota la seva direcció, en un centre o establiment sanitari, públic o privat, acreditat i amb consentiment explícit de la dona embarassada, quan concorri alguna de les circumstàncies següents:
 1. Que sigui necessari per evitar un greu perill per a la vida o la salut física o psíquica de l'embarassada i així consti en un dictamen emès amb anterioritat a la intervenció per un metge de l'especialitat corresponent, distint d'aquell per qui o sota la direcció de qui es practiqui l'avortament.
En cas d'urgència per risc vital de la gestant, es podrà prescindir del dictamen i del consentiment explícit.
 2. Que l'embaràs sigui conseqüència d'un fet constitutiu de delictes de violació de l'article 429, sempre que l'avortament es practiqui dins les dotze primeres setmanes de gestació i que l'esmentat fet hagués estat denunciat.
 3. Que es presumeixi que el fetus haurà de néixer amb greus tares físiques o psíquiques, sempre que l'avortament es practiqui dins les vint-i-dues primeres setmanes de gestació i que el dictamen, expressat amb anterioritat a la pràctica de l'avortament, sigui emès per dos especialistes del centre o establiment sanitari, públic o privat, acreditat a aquest efecte, i distints d'aquell per qui o sota la direcció de qui es practiqui l'avortament.
2. En els casos previstos en el número anterior, no serà punible la conducta de l'embarassada tot i que la pràctica de l'avortament no es realitzi en un centre o establiment públic o privat acreditat o no s'hagin emès els dictàmens mèdics exigits.

desfasada. Al llarg de la seva trajectòria, aquesta llei s'ha revelat tan necessària que els successius governs ni la van suprimir, ni la van restringir, ni han intentat limitar-ne la interpretació extensiva amb què s'aplica. Tanmateix, les diferents majories parlamentàries no han dut a terme les reformes legislatives necessàries per adequar la norma i el seu contingut als moments actuals. En tractar-se de drets fonamentals de les dones, aquesta inadaptació a la realitat social de les normes que els desenvolupen equival a restringir-los innecessàriament i a buidar-los de contingut. Així les coses, res no impedeix que hom investigui amb deteniment cadascun dels supòsits d'avortament «legalment» practicat, que és el que efectivament succeeix.

El conflicte actual deriva de la interpretació extensiva que se'n fa, i que s'accepta, de la indicació terapèutica en el supòsit que concorre un risc greu per a la salut psíquica de l'embarassada, ja que aquesta indicació s'utilitza de tal manera que *de facto* inclou —en contra del que estableix la llei— la indicació socioeconòmica. Cal tenir en compte, a més, que per a la indicació terapèutica no es preveuen terminis, de manera que, *a priori*, la interrupció de l'embaràs es pot dur a terme en qualsevol moment. Això, encara que cobreixi unes necessitats i problemes socials evidents i dignes d'empara, genera una situació d'inseguretat jurídica posada de manifest reiteradament. És sempre negatiu que el tractament normatiu es contradigui amb la pràctica generalitzada, fins i tot quan això suposi arribar a solucions de justícia material en situacions límit, i més encara en l'àmbit del dret penal. El que s'ha d'exigir és que el legislador abordi de front el problema i li doni una resposta raonable.

L'avortament ha tingut una llarga història de prohibició i de pràctica. La seva repressió no ha aconseguit evitar-lo sinó, únicament, convertir-lo en un procediment d'alt risc per a la vida i la salut de les dones. L'assumpció de tal risc genera, al seu torn, una situació greument discriminatòria, que es produeix no només entre dones i homes sinó entre les pròpies dones, ja que la possibilitat d'accedir a un avortament segur és molt diferent en funció de la capacitat econòmica i cultural. Per aquest motiu, la llei ha de ser curosa en garantir les condicions d'equitat i per oferir a totes les dones les mateixes oportunitats.

La primera consideració referent a això és que, en totes les legislacions, és delictu l'avortament sense consentiment de l'embarassada, amb vista a respectar la seva autonomia. La segona, que en cap moment de la història es penalitza l'avortament com l'homicidi o l'assassinat; tampoc socialment té la mateixa rellevància, ni la pèrdua d'un fetus es considera quelcom semblant a la mort

d'una persona. La tercera, fonamental, és que qualsevol llei de l'avortament ha d'anar acompanyada d'educació en salut sexual i reproductiva i de polítiques que facilitin l'accés real i efectiu a la informació i als mètodes anticonceptius i que fomentin la responsabilitat en l'exercici de la sexualitat, de manera que l'avortament —que no és un fet desitjable— no sigui un mètode anticonceptiu més.

En el dret comparat, la interrupció voluntària de l'embaràs es regula bé mitjançant una llei que reculli les indicacions dels supòsits de fet en què la conducta queda despenalitzada, bé mitjançant una llei que fixi terminis per a la intervenció sense més requisit substancial que la voluntat de l'embarassada, o mitjançant un sistema mixt en el qual s'atengui al sistema de terminis durant les primeres setmanes de gestació i, a partir d'aquí, entrin en joc les indicacions i, fins i tot, la prohibició². El sistema de terminis és l'únic que no trasllada la decisió a un tercer, és a dir, és el que en major mesura pren en consideració l'exercici de la llibertat de la dona. En l'adopció d'una o altra tècnica legislativa s'hi troben valoracions distintes del conflicte entre els drets efectius i presents de

² L'avortament està despenalitzat en la majoria de països de la Unió Europea:

Alemanya, Àustria, Bèlgica, Bulgària, Dinamarca, Eslovàquia, Estònia, França, Grècia, Hongria, Letònia, Lituània, Noruega, Txèquia, Romania i Suïssa tenen una llei de terminis fins les 12 setmanes de gestació. Aquest termini s'amplia fins les 24 setmanes a Holanda, fins les 18 setmanes a Suècia i a Itàlia fins 90 dies; en canvi, a Portugal només arriba fins les 10 setmanes.

Vençuts aquests terminis, alguns països continuen permetent l'avortament amb indicacions específiques i amb nous terminis. Fins el segon trimestre, l'avortament s'admet quan corre el risc de risc per a la vida de la mare a Àustria, Dinamarca, Eslovàquia, França, Hongria, Luxemburg, Noruega, Txèquia, Romania i Suïssa; en cas de risc per a la salut de la mare, a Àustria, Dinamarca, França, Luxemburg, Noruega i Suïssa; per malformació del fetus, a Àustria, Dinamarca, Eslovàquia, França, Luxemburg, Noruega, Txèquia i Romania i com a conseqüència d'una violació, a Eslovàquia, Hongria, Luxemburg, Noruega i Txèquia. En aquest darrer país també s'hi afegeixen les «raons mèdiques», a Hongria en cas de «greu situació de crisi» i a Àustria es permet fins el segon trimestre quan es tracta de menors de 14 anys. A Grècia s'admet l'avortament en el supòsit de violació fins la setmana 20 i en el de malformació del fetus fins la 24. Al Regne Unit existeix una llei d'indicacions d'acord amb la qual és possible avortar fins la setmana 24 en cas de risc per a la salut física o mental de la mare o per problemes econòmics o socials.

Alguns països, com Àustria, Bèlgica, Dinamarca, França o el Regne Unit, no posen terminis per a l'avortament quan hi ha riscos de malformacions fetals. Tampoc en posen quan existeix un risc greu per a la vida de la mare a Bèlgica, França, Luxemburg i el Regne Unit i a Alemanya en cas d'haver-hi «raons mèdiques».

la dona i els drets potencials del no nascut, al qual el Tribunal Constitucional no considera persona sinó bé jurídicament protegit³.

Entre el xoc d'absoluts que es produeix en atorgar drets dominants al fetus sobre els de la dona, prohibint l'avortament en qualsevol circumstància, o el que es produeix en atribuir a la dona drets absoluts de lliure decisió sobre el seu propi cos en qualsevol moment, la posició que en aquest Document es proposa és una posició gradual, que té en compte les circumstàncies fàctiques i que argumenta de manera raonable. Entenem que, en una primera etapa, ha de prevaler la decisió de la dona sobre la potencialitat d'una vida no viable i que, establint terminis, s'ha de deixar en mans de la dona —que és aquí l'únic subjecte de drets— la decisió, respectant la seva autonomia sense necessitat de controls de tercers —metges, psiquiatres, familiars—. A partir d'aquest moment, quanta més viabilitat adquireixi el fetus més mesures de protecció mereix.

L'enfocament adoptat per aquest Grup d'Opinió parteix de considerar que la discussió pública sobre l'avortament no ha d'introduir criteris propis de concepcions religioses, sobre el bé o la vida ideal, que un mateix vulgui imposar-se voluntàriament, però que mai es poden imposar a altres persones. Això significa que no és possible debatre, deliberar o dialogar sobre temes controvertits en el camp de la bioètica, com ho és l'avortament, si no s'accepten normativament els valors de científicitat, laïcitat i pluralisme democràtic. Des d'aquestes raons públiques pròpies d'un espai democràtic pluralista i tenint en compte els coneixements que ens proporciona l'*estat de la ciència*, es justifica la despenalització de l'avortament en determinats supòsits. És necessari remarcar, a més, que no existeix un conflicte de drets entre la dona gestant i l'embrió-fetus: aquest darrer no és titular de drets fonamentals. Per això mateix, l'Estat ha d'utilitzar tots els recursos al seu abast a fi de salvaguardar els drets de la dona.

³ Segons el Tribunal Constitucional espanyol, «l'article 15 CE reconeix com Dret fonamental el Dret de tots a la vida, del que són titulars els nascuts». Així es recull en la STC 53/85 (especialment en els Fonaments Jurídics 4 i 7), de manera que el *nasciturus* es considera «bé jurídic protegit» però no gaudeix de la titularitat del dret a la vida, ni de l'especial dignitat humana.

En aquest mateix sentit, es pronuncien les STC 212/86 (especialment en els Fonaments Jurídics 3 i 9) i 116/99 (especialment en els Fonaments Jurídics 3 i 4) que reiteren i perfilen aquesta doctrina indicant que no es requereix una llei orgànica per tractar qüestions que es refereixin als embrions i fetus —com béns jurídicament protegits— i que, en aquest context, l'obligació de l'Estat consisteix en abstenir-se d'interrompre o d'obstaculitzar el procés natural de gestació i en establir un sistema legal de defensa de la vida que en suposi una protecció efectiva i que inclogui, com última garantia, normes penals.

Per abordar la problemàtica de l'avortament existeixen diferents vies: o bé es posa l'accent en els fets biològics, que indiquen que l'embrió és part d'un procés evolutiu potencial, o bé s'aborda la qüestió des d'un punt de vista que podem anomenar metafísic-teològic, on el que es discuteix és una qüestió d'absoluts. Des del punt de vista de les realitats científiques existeix un alt nivell d'acord; per contra, des del punt de vista filosòfic-religiós no existeix acord a l'hora d'intentar establir veritats fonamentals sobre la naturalesa de l'embrió. Convindria afegir a aquests plantejaments altres enfocaments més idonis, de caràcter cultural i social, que es recolzin en la construcció dels valors morals i culturals i en la seva plasmació en normes. Així, l'estatus de l'embrió ha d'establir una protecció progressiva, ja que aquest només es converteix plenament en un individu quan neix. És llavors quan es considera que existeix una persona titular de drets fonamentals. D'aquesta manera es realitza una ponderació entre drets en col·lisió (que no es consideren absoluts) i una progressió en la protecció (individu, fetus, embrió, i fins i tot embrió preimplantacional). És aquí on intervé el dret com un mitjà de tractar els conflictes i com un sistema per fixar els acords.

Des d'un punt de vista biològic la vida únicament es perpetua i no té un inici. És per això que cal prendre en consideració la capacitat de desenvolupar la vida d'una forma individual i autònoma. La visió avui majoritàriament acceptada pels científics és que la vida pròpiament humana comença al voltant de les 23 setmanes de gestació, quan s'inicien les connexions sinàptiques cap a l'escorça cerebral i a l'interior d'aquesta. Aquest fonament neurològic és coherent amb el fet que tant el començament com el final de la vida humana depenen de l'activitat de l'escorça cerebral, és a dir, de l'estat de consciència. A més, al voltant de les 22 setmanes de gestació se sol considerar que el fetus té possibilitats de viure fora de l'úter; aquest criteri de viabilitat és variable i depèn no només de l'estat de la tècnica a cada moment sinó també de la possibilitat d'accedir-hi, possibilitat que pot variar fins i tot per raons geogràfiques.

No menys important és tenir en compte la dimensió sociològica del problema i la seva transcendència per a la salut pública, ja que la possibilitat d'acudir a la interrupció voluntària de l'embaràs de manera legal i segura té un impacte gran en la salut i en la vida de les dones. La interrupció voluntària de l'embaràs ha mostrat a Espanya una tendència continuada a l'alça. Hi ha grups més vulnerables que, precisament per això, necessiten major atenció per part de les directrius de política sanitària. Es tracta de les dones de menys de 20 anys i de les que provenen de sectors desfavorits socialment i culturalment. Per això,

la regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs constitueix un problema social, no només jurídic o sanitari. És sabut que els països que tenen una política restrictiva en aquest camp tenen també un índex molt alt de morbiditat i de mortalitat maternes. No es pot obviar la dimensió ètica d'aquest fet ja que prohibir l'avortament no n'evita la pràctica sinó que només aconseguix que es porti a terme en condicions insegures, la qual cosa perjudica greument moltes dones.

La nostra proposta de reforma de la llei de l'avortament pretén que les seves condicions siguin clares i accessibles, a fi de garantir la seguretat jurídica i de respectar l'autonomia de les dones, permetent la interrupció voluntària de l'embaràs si es compleixen els requisits que s'exigeixen. La transparència és, també en aquest camp, una exigència democràtica.

Partint de la idea de que les propostes jurídiques i bioètiques han d'intentar resoldre els conflictes de forma racional i possible, en les Conclusions d'aquest Document es proposa un sistema de regulació mixt que conjunta els terminis amb les indicacions i que ha d'anar acompanyat de polítiques clares i decidides en educació sexual i reproductiva⁴. Les normes, i els responsables de dur-les a efecte, han de garantir la realització de la prestació sanitària corresponent i, alhora, la possibilitat del personal sanitari que així ho desitgi d'objectar en consciència⁵.

⁴ Grup d'Opinió de l'*Observatori de Bioètica i Dret sobre Salut sexual i reproductiva en l'adolescència* (2002). <http://www.bioeticaidret.cat/documents>.

⁵ Grup d'Opinió de l'*Observatori de Bioètica i Dret sobre Objeció de consciència en sanitat* (2007). <http://www.bioeticaidret.cat/documents>.

DECLARACIÓ

Tenint en compte:

- que la interrupció legal de l'embaràs ha de ser considerada com un acte sanitari més i com a tal ha de ser assumida per la sanitat pública
- que l'avortament té una llarga història de prohibició que només aconsegueix fer-ne la pràctica insegura i perillosa
- que aquesta inseguretats i risc recau en major mesura sobre les dones en situació més desfavorable, la qual cosa genera discriminació
- que penalitzar l'avortament augmenta, a més, la discriminació entre homes i dones
- que les conseqüències de tipus psicològic i social dels avortaments denegats poden ser més serioses que les associades a una interrupció voluntària de l'embaràs
- que la seguretat jurídica exigeix claredat sobre els moments i les circumstàncies en què és possible la interrupció voluntària de l'embaràs
- que la regulació de la interrupció voluntària de l'embaràs no és obligatòria sinó opcional i, per tant, respecta la lliure decisió moral de les persones
- que l'Estat no ha d'obligar les dones a tenir fills no desitjats i encara menys recorrent al dret penal
- que la protecció del fetus ha de ser gradual en funció del seu grau de desenvolupament però que aquesta protecció no ha d'anul·lar els drets de les dones
- que l'avortament té a veure amb la complexitat de la sexualitat humana i amb aspectes personals, emocionals i relacionals
- que l'Organització Mundial de la Salut defineix la salut com «un estat de complet benestar físic, mental i social»

- que l'Informe (núm. 11537, de 17 de març de 2008) elaborat pel *Comitè per a la igualtat d'oportunitats entre els homes i les dones* del Consell d'Europa, considera que l'avortament ha de ser una pràctica a la que hi puguin accedir les dones a tots els estats membres d'aquest organisme
- que l'educació sexual i reproductiva i l'accés a l'anticoncepció no és una realitat que es pugui considerar generalitzada, ni tan sols en la nostra societat
- que les menors són persones en procés de maduració i d'aprenentatge en l'exercici de la sexualitat
- que de les diferents tècniques per a la interrupció voluntària de l'embaràs s'han de potenciar aquelles que siguin físicament i psicològicament menys agressives atenent a l'edat gestacional i a la situació concreta de cada dona

Aquest Grup d'Opinió ha arribat a les següents conclusions:

CONCLUSIONS

1. *La interrupció voluntària de l'embaràs en els supòsits legalment reconeguts ha de ser considerada i tractada com un acte sanitari més i, en conseqüència, ha de ser assumida per la sanitat pública*
2. *Cal que es modifiqui la regulació vigent de la interrupció voluntària de l'embaràs promulgant una normativa específica en els termes següents:*
 - A) *Durant les 14 primeres setmanes de gestació, la decisió d'interrompre l'embaràs correspon lliurement a la dona*
 - B) *No s'establirà cap termini per dur a terme la interrupció de l'embaràs en els supòsits de:*
 - a. *perill greu per a la salut física i psíquica i per a la vida de la dona*
 - b. *detecció de greus malformacions del fetus o de malalties de la mare que amb molta probabilitat causarien seqüeles greus al fetus*
 - C) *Entre les 14 i les 22 setmanes de gestació es podrà practicar la interrupció voluntària de l'embaràs atenent a les circumstàncies socioeconòmiques desfavorables de la gestant*

En els casos B) i C), la proporcionalitat de la decisió —«estat de necessitat específic»— haurà de ser apreciada per una comissió externa de valoració i control. Aquesta comissió ha de ser plural, multidisciplinària i independent de les persones implicades en la interrupció de l'embaràs i del centre en què es practiqui. A més, haurà de pronunciar-se en un termini màxim de quinze dies naturals, passat el qual s'entendrà que autoritza la interrupció de l'embaràs

- D) *La indicació que en l'actual legislació permet la interrupció voluntària de l'embaràs en cas de violació, ha de ser substituïda per una norma/protocol que prescriuï a tota dona denunciant l'administració de l'anticoncepció d'emergència, si així ho desitja.*

Naturalment, si el termini d'actuació d'aquest fàrmac s'hagués exhaurit en el moment d'efectuar la denúncia, la dona podrà prendre lliurement la decisió que consideri oportuna abans de les 14 setmanes que s'esta-

bleixen en el punt A), quedant així subsumida la «indicació ètica» en el «termini».

3. *El canvi normatiu ha d'anar acompanyat d'una intensa i rigorosa política d'educació sexual i reproductiva, que haurà de ser transversal i permanent, i que inclogui mesures actives que proporcionin accés real als mètodes anticonceptius i a la interrupció de l'embaràs, atenent particularment als grups d'especial vulnerabilitat.*

És especialment necessari que la salut sexual i reproductiva no s'abordi solament des d'un punt de vista sanitari, actuant quan ja els riscos estan presents, sinó que cal posar especial èmfasi en el desenvolupament d'un pla d'educació per a la salut de forma transversal, amb un programa esglaonat, continu i integral sobre la sexualitat ja des de la infància, que vagi més enllà de l'explicació dels seus mecanismes biològics i que tingui en compte, a més, les infeccions de transmissió sexual⁶.

4. *En el cas de les dones menors d'edat, en tant que presenten riscos especials, és necessari que:*

- a) *en la prescripció d'anticonceptius, s'admeti la validesa del consentiment de les adolescents que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen*
- b) *s'adoptin les mesures escaients perquè l'accés als diferents mitjans anticonceptius, inclosa l'anticoncepció d'emergència, sigui real*
- c) *en els supòsits legals d'interrupció voluntària de l'embaràs, cal admetre la validesa del consentiment de les menors que tenen capacitat per comprendre allò que decideixen i les conseqüències.*

La llei haurà d'establir les mesures necessàries per assegurar la validesa del consentiment atorgat per les menors entre 16 i 18 anys, atès que la legislació sanitària vigent estableix que a partir dels 16 anys els menors poden donar el consentiment personalment sense que calgui el dels seus representants legals⁷.

⁶ Vegi's el Document de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre Salut sexual i reproductiva en l'adolescència (2002) abans esmentat.

⁷ — Llei 21/2000, de 29 de desembre, del Parlament de Catalunya, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
— Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

Entre els 12 i 16 anys, la menor podrà prendre la decisió per si mateixa si té suficient maduresa per entendre l'abast de la intervenció sobre la seva salut, encara que caldrà que els pares o representants legals de la menor siguin escoltats. En cas que sorgís un conflicte, caldrà potenciar l'adequada mediació, a càrrec d'experts o d'una comissió externa, entre pares i adolescents a fi que la decisió que es prengui gaudeixi del màxim consens entre la menor i els seus pares o responsables legals i tenint present en tot moment l'interès superior de la menor.

5. *L'objecció de consciència del personal sanitari té com límit la possibilitat de prestació del servei*

L'objecció de consciència té límits i el seu exercici ha de complir determinats requisits. El límit essencial és que l'exercici de l'objecció de consciència per part d'un professional sanitari mai pot perjudicar els pacients, per la qual cosa només es podrà admetre quan no suposi una limitació de l'atenció sanitària obligatòria.

L'exercici de l'objecció de consciència, que deriva del dret a la llibertat ideològica, és una possibilitat individual a la qual no poden acollir-se les institucions (centres de salut, hospitals...). Cal remarcar que —com ha declarat el Tribunal Constitucional⁸— els centres sanitaris no poden invocar un ideari propi com un dret a ponderar enfront de drets constitucionalment tutelats. Els centres sanitaris finançats públicament i que ofereixin atenció ginecològica estan obligats, en tot cas, a prescriure i a subministrar els serveis i prestacions reconeguts pel sistema de salut⁹.

⁸ STC 106/1996.

⁹ Vegi's el Document de l'*Observatori de Bioètica i Dret sobre Objeció de consciència en sanitat* (2007) abans esmentat.

DOCUMENTO SOBRE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Elaborado por el Grupo de Opinión del
Observatori de Bioètica i Dret
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, abril de 2008

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldri Reixac, 4-6
Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
www.bioeticayderecho.ub.es
www.bioeticaidret.cat
www.bioethicsandlaw.es

PRESENTACIÓN

El Observatori de Bioètica i Dret, con sede en el Parc Científic de Barcelona, se creó para analizar científica e interdisciplinariamente las implicaciones éticas, sociales y jurídicas de las biotecnologías.

El Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret se constituyó en 1996 con el objetivo de participar en el diálogo entre la universidad y la sociedad mediante la transmisión del conocimiento científico-técnico y los argumentos necesarios para contribuir a un debate social informado respecto a las nuevas tecnologías, las relaciones conflictivas entre las prácticas biomédicas, la legislación y las demandas ciudadanas, y todos aquellos problemas que se identifican en términos éticos, sociales y jurídicos y que requieren una argumentación sólida. En ese intercambio es preciso implicar a los medios de comunicación no sólo para mejorar la calidad de la información, sino también por su incidencia en la generación de opinión pública.

Con este fin, el Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret ha elaborado ya diversos Documentos sobre problemas y cuestiones en los que no existe una opinión unánime ni en la sociedad ni en las diversas comunidades científicas implicadas, ni entre quienes han de tomar las decisiones normativas. Ello requiere identificar los problemas, contrastar los argumentos y proponer recomendaciones de consenso.

En esta ocasión, el Grupo presenta un Documento de Opinión con la voluntad de intervenir en el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo y proponer medidas normativas que den fin a la actual situación de inseguridad jurídica derivada de la distorsionada aplicación que se efectúa de la desfasada legislación vigente.

El aborto es un problema de salud pública, y tanto la ética como el derecho deben ocuparse de proponer pautas de conducta asumibles por la mayoría de los ciudadanos y respetuosas con las minorías, teniendo siempre como marco de referencia y principio indeclinable el respeto a los Derechos Humanos.

En esta cuestión, como suele suceder con la mayor parte de los problemas que retan o activan la Bioética, se requiere un profundo diálogo pluridisciplinar, que englobe planteamientos ético-filosóficos, antropológicos, jurídicos, económicos, sociales y sanitarios, así como un fuerte aporte técnico y científico de las disciplinas implicadas en los contextos problemáticos donde se desencadena el debate.

Para la elaboración de este Documento, el Grupo ha sido coordinado por los Drs. María Casado, Mirentxu Corcoy, Rosa Ros y Albert Royes y ha contado con las aportaciones pluridisciplinarias de los especialistas que se relacionan al final del mismo.

PREÁMBULO

El Código Penal vigente recoge la despenalización de la práctica del aborto en tres supuestos¹: que el embarazo sea consecuencia de una violación —previamente denunciada—, las malformaciones del feto y el grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, siempre y cuando se realice con su consentimiento y se cumplan los requisitos establecidos. La necesidad de reformar la norma renueva una vieja polémica de gran importancia social, con su consiguiente impacto mediático, en la que se ponen de manifiesto conflictos de valores y derechos, que requieren de la urgente intervención de los poderes públicos para proporcionar soluciones de justicia material que se conjuguen con la necesaria seguridad jurídica.

La vigente regulación sobre la interrupción voluntaria del embarazo fue aprobada al final de la transición política y pareció ser la única posible en aquellos momentos. La introducción del sistema de indicaciones para la interrupción voluntaria del embarazo supuso, a la sazón, un avance; no obstante, hoy, re-

¹ El Código Penal de 1995, en su Disposición derogatoria única 1.a), mantiene la vigencia del artículo 417 bis que recoge la Ley Orgánica 9/1985 en la que se despenalizaba la práctica del aborto en los supuestos que se transcriben a continuación. Es relevante poner de manifiesto que es el único precepto sustantivo que no fue modificado en el nuevo Código Penal.

Artículo 417 bis:

1. No será punible el aborto practicado por un médico, o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:
 1. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.
En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.
 2. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.
 3. Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél o bajo cuya dirección se practique el aborto.
2. En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada aun cuando la práctica del aborto no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

sulta desfasada. A través de su larga trayectoria, la citada ley se ha revelado tan necesaria que los sucesivos gobiernos ni la suprimieron, ni la restringieron, ni han intentado siquiera limitar la interpretación extensiva con que se aplica. Sin embargo las diferentes mayorías parlamentarias no han efectuado las necesarias reformas legislativas para adecuar la norma y su contenido de regulación a los momentos actuales. Tratándose de derechos fundamentales de las mujeres, la no adaptación de las normas que los desarrollan a la realidad social supone restringirlos innecesariamente, vaciando su contenido. Así las cosas, nada impide que se investigue con detenimiento cada uno de los supuestos de aborto «legalmente» practicado, como efectivamente sucede.

El conflicto actual deriva de la interpretación extensiva que se efectúa, y que se acepta, de la llamada indicación terapéutica en el supuesto que concurra un riesgo grave para la salud psíquica de la embarazada, ya que esta indicación se utiliza de tal manera que *de facto* incluye —contra lo establecido en la ley— la indicación socioeconómica. Hay que tener en cuenta, además, que para la indicación terapéutica no se prevén plazos, de forma que, *a priori*, la interrupción del embarazo puede realizarse en cualquier momento del mismo. Esto, aunque cubra unas necesidades y problemas sociales evidentes y dignos de amparo, genera una situación de inseguridad jurídica puesta de manifiesto reiteradamente. Es siempre negativo que el tratamiento normativo se contradiga con la práctica generalizada, incluso cuando suponga alcanzar soluciones de justicia material en situaciones límite, máxime si está en la órbita del derecho penal. Lo exigible es que el legislador aborde de frente el problema y dé una respuesta razonable.

El aborto ha tenido una larga historia de prohibición y de práctica. Su represión no ha conseguido evitarlo sino, únicamente, convertirlo en un procedimiento de alto riesgo para la vida y la salud de las mujeres. La asunción de tal riesgo genera, a su vez, una situación gravemente discriminatoria, que se produce no sólo entre mujeres y hombres sino entre las propias mujeres, ya que la posibilidad de acceder a un aborto seguro es muy diferente en función de la capacidad económica y cultural. Por ello la ley debe ser cuidadosa al garantizar las condiciones de equidad y ofrecer a todas las mujeres las mismas oportunidades.

La primera consideración al respecto es que, en todas las legislaciones, es delito el aborto sin consentimiento de la embarazada, en orden a respetar su autonomía. La segunda, que en ningún momento de la historia se penaliza el aborto como el homicidio o el asesinato; tampoco socialmente tiene igual relevancia,

ni la pérdida de un feto se considera semejante a la muerte de una persona. La tercera, fundamental, es que cualquier ley del aborto debe acompañarse de educación en salud sexual y reproductiva y de políticas que faciliten el acceso real y efectivo a la información y a los métodos anticonceptivos, y que fomenten la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad, de manera que el aborto —que nunca es algo deseable— no sea un método anticonceptivo más.

En el derecho comparado, la interrupción voluntaria del embarazo se regula bien mediante una ley que recoja las indicaciones de los supuestos de hecho en que la conducta queda despenalizada, bien mediante una ley que fije plazos para la intervención sin más requisito sustancial que la voluntad de la embarazada, o mediante un sistema mixto en el cual se atiende al sistema de plazos durante las primeras semanas de gestación y, a partir de ahí, entran en juego las indicaciones e, incluso, la prohibición². El sistema de plazos es el único que no traslada la decisión a un tercero, es decir, es el que en mayor medida toma en consideración el ejercicio de la libertad de la mujer. En la adopción de una u otra técnica legislativa subyacen valoraciones distintas del conflicto entre los derechos efectivos y presentes de la mujer y los derechos potenciales

² El aborto está despenalizado en la mayoría de países de la Unión Europea.

Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Dinamarca, Eslovaquia, Estonia, Francia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Noruega, República Checa, Rumania o Suiza, tienen una ley de plazos hasta las 12 semanas de gestación. Este plazo se amplía hasta las 24 semanas en Holanda, hasta las 18 semanas en Suecia y en Italia hasta los 90 días. Por el contrario, en Portugal sólo llega a las 10 semanas.

Vencidos esos plazos, algunos países continúan permitiendo el aborto ante indicaciones específicas y dentro de nuevos plazos. Hasta el segundo trimestre, se admite cuando concurre la indicación de riesgo para la vida de la madre en Austria, Dinamarca, Eslovaquia, Francia, Hungría, Luxemburgo, Noruega, República Checa, Rumania, Suiza; ante el riesgo para la salud de la madre en Austria, Dinamarca, Francia, Luxemburgo, Noruega, Suiza; por malformación del feto en Austria, Dinamarca, Eslovaquia, Francia, Luxemburgo, Noruega, República Checa, Rumania; o a causa de una violación en Eslovaquia, Hungría, Luxemburgo, Noruega, República Checa. En la República Checa también se añaden las «razones médicas», en Hungría en caso de «grave situación de crisis» y en Austria se permite hasta el segundo trimestre cuando se trata de menores de 14 años. En Grecia se admite el aborto ante el supuesto de violación hasta la semana 20 y el de malformación del feto hasta la 24. En el Reino Unido existe una ley de indicaciones por la que es posible abortar hasta la semana 24 por riesgo para la salud física o mental de la madre o por problemas económicos y sociales. En países como Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia o Reino Unido no se ponen plazos límites para el aborto cuando hay riesgos de malformaciones en el feto. Tampoco cuando existe grave riesgo para la vida de la madre en Bélgica, Francia, Luxemburgo y Reino Unido y ante las «razones médicas» en Alemania.

del no nacido, al que nuestro Tribunal Constitucional no considera persona sino bien jurídicamente protegido³.

Entre el choque de absolutos que se produce al otorgar derechos dominantes al feto sobre los de la mujer, prohibiendo el aborto en cualquier circunstancia, o el que se produce al atribuir derechos absolutos de libre decisión de la mujer sobre su propio cuerpo en cualquier momento, la posición que en este Documento se propone es una posición gradualista, que tiene en cuenta las circunstancias fácticas y que argumenta desde la razonabilidad de lo que se propugna. Entendemos que, en una primera etapa, debe primar la decisión de la mujer sobre la potencialidad de una vida no viable y, estableciendo plazos, se debe dejar en manos de la mujer —que es aquí el único sujeto de derechos— la decisión, respetando su autonomía sin necesidad de controles de terceros —médicos, psiquiatras, familiares—. A partir de ahí, mientras mayor viabilidad adquiera el feto mayores medidas de protección merece.

El enfoque adoptado por este Grupo de Opinión parte de considerar que la discusión pública sobre el aborto no debe introducir criterios procedentes de concepciones religiosas, sobre el bien o la vida ideal, apropiadas para imponerse a uno mismo voluntariamente, pero no materia de corrección moral interpersonal que pueda imponerse a los demás. Ello significa que no es posible debatir, deliberar o dialogar sobre temas controvertidos en el campo de la bioética, como el aborto, si no se aceptan normativamente los valores de cientificidad, laicidad y pluralismo democrático. Desde esas razones públicas propias de un espacio democrático pluralista y tomando en consideración los conocimientos que nos proporciona el «estado de la ciencia» se justifica la despenalización del aborto en determinados supuestos. Es necesario resaltar que no existe un conflicto de derechos entre los de la mujer y los del embrión-feto. Simplemente, estos

³ Según el Tribunal Constitucional español, «el artículo 15 CE reconoce como Derecho fundamental el derecho de todos a la vida, del que son titulares los nacidos». Así se recoge en la STC 53/85 (en especial Fundamentos Jurídicos 4 y 7) de forma que el *nasciturus* se considera un «bien jurídico protegido» pero no goza de la titularidad del derecho a la vida, ni de la especial dignidad humana.

En este mismo sentido, se pronuncian las STC 212/86 (en especial Fundamentos Jurídicos 3 y 9) y 116/99 (en especial Fundamentos Jurídicos 3 y 4) que reiteran y perfilan esta doctrina indicando que no se requiere una ley orgánica para tratar cuestiones que se refieran a los embriones y fetos —como bienes jurídicamente protegidos— y que, en este contexto, las obligaciones del Estado estriban en abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación y establecer un sistema legal de defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que incluya como última garantía normas penales.

últimos no son titulares de derechos fundamentales. Por lo mismo, el Estado debe utilizar todos los recursos a su alcance para salvaguardar los derechos de la mujer.

Para aproximarse a la problemática del aborto existen distintas vías: o bien se hace hincapié en los hechos biológicos, que indican que el embrión es parte de un proceso evolutivo potencial, o bien se abordan las cuestiones desde un punto de vista que pudiéramos denominar metafísico-teológico, en el que lo que se discute es una cuestión de absolutos. Desde el punto de vista de las realidades científicas existe un alto nivel de acuerdo; por el contrario, desde la perspectiva filosófico-religiosa no existe acuerdo al intentar establecer verdades fundamentales sobre la naturaleza del embrión. Convendría añadir a estos planteamientos enfoques más idóneos, de carácter cultural y social, que se apoyen en la construcción de los valores morales y culturales y en su plasmación en normas. Así, el estatus del embrión debe establecer una protección progresiva, ya que éste sólo se convierte plenamente en un individuo cuando nace. Es entonces cuando se considera que existe una persona titular de derechos fundamentales. De esa manera se realiza una ponderación entre derechos en colisión (que no se consideran como absolutos) y una progresión en la protección (individuo, feto, embrión, e incluso embrión preimplantacional). Es ahí donde juega el Derecho como medio de tratar los conflictos y como sistema para fijar los acuerdos.

Desde un punto de vista biológico la vida únicamente se perpetúa y no tiene un inicio. Es por ello que hay que tomar en consideración la capacidad de desarrollar la vida de una forma individual y autónoma. La visión hoy mayoritariamente aceptada por los científicos es que la vida propiamente humana empieza alrededor de las 23 semanas de gestación, cuando se inician las conexiones sinápticas hacia la corteza cerebral y en el interior de ésta. Este fundamento neurológico resulta coherente con que tanto el inicio como el final de la vida humana dependan de la actividad de la corteza cerebral, es decir, del estado de conciencia. Además, en torno a las 22 semanas de gestación se suele considerar que existen posibilidades de vida para el feto fuera del útero; este criterio de viabilidad es variable y depende no sólo del estado de la técnica en cada momento sino también de la accesibilidad a la misma, que puede variar incluso por razones de geografía.

No menos importante es tener en cuenta la dimensión sociológica del problema y su trascendencia para la salud pública, ya que la posibilidad de acudir a

la interrupción voluntaria del embarazo de manera legal y segura tiene gran impacto en la salud y en la vida de las mujeres. La interrupción voluntaria del embarazo ha mostrado una tendencia al alza constante en España. Hay grupos más vulnerables que, precisamente por ello, necesitan mayor atención por parte de las directrices de política sanitaria. Se trata de las mujeres de menos de 20 años y de las que provienen de sectores desfavorecidos social y culturalmente. Por ello, la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo constituye un problema social, no sólo jurídico o sanitario. Es sabido que los países que tienen una política restrictiva al respecto tienen también índices muy altos de morbilidad materna. No se puede obviar la dimensión ética de este hecho ya que prohibir el aborto no evita su práctica sino que sólo consigue que se lleve a cabo en condiciones inseguras, lo cual daña gravemente a muchas mujeres.

Nuestra propuesta de reforma de la ley del aborto pretende que sus condiciones sean claras y accesibles en orden a garantizar la seguridad jurídica y a respetar la autonomía de las mujeres, permitiendo la interrupción voluntaria del embarazo si se cumplen los requisitos a exigir. La transparencia, también en este campo, constituye una exigencia democrática.

Conforme a la idea de que las propuestas jurídicas y bioéticas deben intentar resolver los conflictos existentes de una forma razonable y posibilista, en las Conclusiones de este Documento se propone un sistema de regulación mixto que conjuga los plazos con las indicaciones y que debe ir acompañado por políticas claras y decididas de educación sexual y reproductiva⁴. Las normas y los responsables de llevarlas a efecto, deben garantizar la realización de la prestación sanitaria correspondiente y, a la vez, la posibilidad de objetar en conciencia para el personal sanitario que así lo desee⁵.

⁴ Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (2002). <http://www.bioeticayderecho.ub.es/documentos>.

⁵ Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Objeción de conciencia en sanidad* (2007). <http://www.bioeticayderecho.ub.es/documentos>.

DECLARACIÓN

Teniendo en cuenta:

- que la interrupción legal del embarazo debe ser considerada como un acto sanitario más y como tal debe ser asumida por la sanidad pública
- que el aborto tiene una larga historia de prohibición que sólo consigue hacer su práctica insegura y peligrosa
- que esa inseguridad y riesgo recae en mayor medida sobre las mujeres en situación más desfavorecida, generando discriminación
- que penalizar el aborto acrecienta a su vez la discriminación entre hombres y mujeres
- que las consecuencias psicológicas y sociales de los abortos denegados pueden ser más serias que las asociadas a una interrupción voluntaria del embarazo
- que la seguridad jurídica exige claridad sobre los momentos y las circunstancias en que es posible la interrupción voluntaria del embarazo
- que la regulación acerca de la interrupción voluntaria del embarazo no es obligatoria sino opcional y, por lo tanto, respeta la libre decisión moral de las personas
- que el Estado no debe obligar a las mujeres a tener hijos no deseados y menos recurriendo al Derecho penal
- que la protección del feto debe ser gradual en función de su desarrollo pero dicha protección no debe anular los derechos de las mujeres
- que en el aborto subyace la complejidad de la sexualidad humana y sus aspectos personales, emocionales y relacionales
- que la Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social»

- que el Informe (núm. 11537, de 17 de marzo de 2008) elaborado por el *Comité para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres* del Consejo de Europa, considera que el aborto debe ser una práctica accesible para las mujeres en todos los Estados miembros de este organismo
- que la educación sexual y reproductiva y el acceso a la anticoncepción no es una realidad que pueda considerarse generalizada ni siquiera en nuestra sociedad
- que las menores son personas en proceso de maduración y aprendizaje en el ejercicio de su sexualidad
- que de entre las diferentes técnicas para la interrupción voluntaria del embarazo deben potenciarse aquellas que sean menos agresivas física y psicológicamente, atendiendo a la edad gestacional y a la situación concreta de cada mujer

Este Grupo de Opinión ha llegado a las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

1. *La interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos legalmente reconocidos debe ser considerada y tratada como un acto sanitario más, cuya práctica debe ser asumida por la sanidad pública*
2. *Debe modificarse la actual regulación de la interrupción voluntaria del embarazo promulgando una normativa específica en los siguientes términos:*
 - A) *Durante las 14 primeras semanas de gestación, la decisión de interrumpir el embarazo corresponde libremente a la mujer*
 - B) *No se establecerá ningún plazo para la interrupción del embarazo en los supuestos de:*
 - a. *peligro grave para la salud física o psíquica y para la vida de la mujer*
 - b. *detección de graves malformaciones del feto o de enfermedades maternas que implican una alta probabilidad de graves secuelas para el feto.*
 - C) *Entre las 14 y las 22 semanas de gestación, se podrá practicar la interrupción del embarazo atendiendo a las circunstancias socioeconómicas desfavorables de la gestante*

En los casos B) y C), la proporcionalidad de la decisión —«estado de necesidad específico»— deberá ser apreciada por una comisión externa de valoración y control. Esta comisión debe ser plural, multidisciplinar e independiente de las personas implicadas en la interrupción del embarazo y del centro en que se practique. Además, deberá pronunciarse en un plazo máximo de quince días naturales, pasado el cual se entenderá que autoriza la interrupción del embarazo.

- D) *La indicación que en la actual legislación permite la interrupción voluntaria del embarazo en caso de violación, debe substituirse por una norma/protocolo que prescriba a toda mujer denunciante la administración de la anticoncepción de emergencia, si así lo desea.*

Naturalmente, si el plazo de actuación de dicho fármaco hubiere transcurrido en el momento de efectuar la denuncia, la mujer podrá tomar libremente la decisión que considere oportuna antes de las 14 semanas

que se establecen en el punto A) quedando subsumida así la llamada «indicación ética» en el sistema de «plazos».

3. *El cambio normativo debe ir acompañado de una rigurosa política de educación sexual y reproductiva, que deberá ser transversal y permanente, incluyendo medidas activas que proporcionen acceso real a los métodos anticonceptivos y a la interrupción del embarazo, atendiendo particularmente a los grupos de especial vulnerabilidad.*

Es especialmente necesario que la salud sexual y reproductiva no se aborde solamente desde un punto de vista sanitario, actuando cuando ya los riesgos están presentes, sino que hay que poner especial énfasis en desarrollar un plan de educación para la salud de forma transversal, con un programa escalonado, continuo e integral sobre la sexualidad ya desde la infancia, que vaya mas allá de la explicación de los meros mecanismos biológicos y que tenga en cuenta, además, las infecciones de transmisión sexual⁶.

4. *En el caso de mujeres menores de edad, en tanto que presentan especiales riesgos, es necesario que:*
- a) *se admita la validez del consentimiento de las adolescentes que poseen capacidad para comprender aquello que deciden en la prescripción de anticonceptivos*
 - b) *se adopten las medidas pertinentes para que su acceso a los diferentes medios anticonceptivos, incluida la anticoncepción de emergencia, sea real*
 - c) *en los supuestos legales de interrupción voluntaria del embarazo, hay que admitir la validez del consentimiento de las menores que poseen capacidad para comprender aquello que deciden y sus consecuencias.*

La ley deberá arbitrar las medidas necesarias para asegurar la validez del consentimiento prestado por las menores entre 16 y 18 años, dado que la legislación sanitaria vigente, establece que a partir de los 16 años los menores pueden prestar el consentimiento personalmente sin necesidad de acudir al de sus representantes legales⁷.

⁶ Véase el Documento del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (2002) anteriormente citado.

⁷ — Llei 21/2000, de 29 de desembre, del Parlament de Catalunya, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica.
— Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Entre los 12 y 16 años, la menor podrá adoptar una decisión por sí misma si tiene suficiente madurez para entender el alcance de la intervención sobre su salud aunque deberán ser oídos los padres o representantes legales. En el supuesto de que surgiera un conflicto, debe potenciarse la adecuada mediación a cargo de expertos, o de una comisión externa, que hagan de intermediarios entre padres y adolescentes, a fin de que la decisión que se tome goce del máximo consenso entre la menor y sus padres o responsables legales, atendiendo siempre al superior interés de la menor.

5. *La objeción de conciencia del personal sanitario tiene como límite la posibilidad de prestación del servicio:*

La objeción de conciencia tiene límites y su ejercicio debe cumplir determinados requisitos. El límite esencial es que nunca el ejercicio de la objeción de conciencia por un profesional sanitario puede suponer perjuicio para el paciente, por lo que sólo podrá admitirse cuando no limite la atención sanitaria obligatoria.

El ejercicio de la objeción de conciencia, que deriva del derecho a la libertad ideológica, es una posibilidad individual a la que no pueden acogerse las instituciones (centros de salud, hospitales...) Es de resaltar que —como ha declarado el Tribunal Constitucional⁸— los centros sanitarios no pueden invocar un ideario propio como derecho a ponderar frente a derechos constitucionalmente tutelados. Los centros sanitarios que cuenten con financiación pública y ofrezcan atención ginecológica están obligados, en todo caso, a prescribir y proporcionar los servicios y prestaciones reconocidos por el sistema de salud⁹.

⁸ STC 106/1996.

⁹ Véase el Documento del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Objeció de consciència en sanidad* (2007) anteriormente citado.

DOCUMENT ON VOLUNTARY INTERRUPTION OF PREGNANCY

Prepared by the Opinion Group of
the *Observatori de Bioètica i Dret*
(Bioethics and Law Observatory)
Parc Científic de Barcelona

Barcelona, April 2008

OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET

Baldri Reixac, 4-6
Torre D, 4rt
08028 - Barcelona
Tel./Fax: 93 403 45 46
obd@pcb.ub.es
www.bioeticaidret.cat
www.bioeticayderecho.ub.es
www.bioethicsandlaw.es

INTRODUCTION

The Observatori de Bioètica i Dret, based in the Barcelona Science Park, was formed in response to the need of analysing, from a scientific and multidisciplinary point of view, the ethical, social and legal implications of biotechnology and biomedical problems.

The Observatori de Bioètica i Dret Opinion Group was formed in 1996 in order to bridge the gap between universities and society to convey scientific and technological knowledge and provide the necessary arguments to take part in a truly informed public debate. In sum, this involves allowing people's opinions to be heard before administrative and political agencies which regulate and control research activities and applications of new technologies. In this exchange it is necessary to involve the media, not only to improve the quality of information but also due to their power to create public opinion.

On this occasion the Group presents a Declaration of Opinion with the intention of intervening in the debate concerning voluntary interruption of pregnancy with the understanding that both bioethics and law must be involved in solving disputes and providing real solutions. With this in mind this Declaration puts forward a number of regulatory measures which put a stop to the current situation of legal insecurity derived from the distorted application which is made in the current obsolete laws.

Abortion is a real public health problem so both ethics and law must deal with presenting guidelines on conduct which can be followed by most citizens, respects minorities and always bears in mind the framework and principles of Human Rights.

This theme, as usually occurs with most problems challenging or brought about by bioethics, a profound debate involving people from many sectors is required which covers ethical-philosophical, anthropological, legal, economic and social health factors along with strong scientific and technical support from the sectors involved in the fields where this debate takes place.

To prepare this Declaration the Group has been co-ordinated by Drs. Maria Casado, Mirentxu Corcoy, Rosa Ros and Albert Royes and has received contributions from multidisciplinary areas by specialists listed at the end of this declaration.

PREAMBLE

Abortion was legalised in the Criminal Act for three possible situations¹: pregnancy caused by rape —when reported previously—, foetal malformation and serious danger for the mother's life or health, providing it is carried out with the patient's consent and all the established requisites are met. The need to reform the regulation has raised an old controversy, has received widespread coverage in the media and this has highlighted the conflicting values and rights which require urgent attention by public authorities to provide solutions for material justice combined with legal guarantees.

The current legislation on voluntary interruption of pregnancy was passed towards the end of the period of political transition and seemed then to be the only one possible. The introduction of a system of guidelines for voluntary interruption of pregnancy also implied some progress. However, it is now obsolete. Throughout the Act's existence reform has been considered so

¹ Criminal Code 1995, in the only repealed Regulation 1.a), maintains article 417 bis included in Organic Law 9/1985 whereby abortion was legalised for cases described below. It is important to highlight that it is the only fundamental rule that was not amended in the new Criminal Code.

Article 417 bis:

1. Abortion carried out by a physician or under his supervision in a public or private legally recognised accredited establishment or health centre will not be regarded as a crime with the specific consent of the pregnant woman when any of the following circumstances arise:
 1. When it is necessary to avoid serious danger for the life or physical or mental health of the woman and this is accompanied by a report issued prior to the operation by a physician in the specialised field, different from the one who carries out or supervises the abortion.
In cases or emergency due to risk of life for the pregnant woman, the report and specific consent may be overlooked.
 2. When the pregnancy is the consequence of a crime violating article 429, as long as the abortion is carried out within the first twelve weeks of pregnancy and this act has been reported.
 3. When it is foreseen that the foetus would be born with serious physical or mental defects, providing the abortion is carried out within the first twenty-two weeks of pregnancy and the report, issued prior to the abortion is issued by two specialists from the public or private legally recognised accredited health centre or establishment, and different from the one carrying out or supervising the abortion.
2. In cases concerning the above, the pregnant woman's acts will not be considered a crime when the abortion is not carried out in a public or private legally recognised accredited health centre or establishment or no legal report has been issued.

necessary that governments —despite absolute majorities— neither abolished or restricted it or even attempted to limit the loose interpretation applied to it. However, under no circumstance have these governments carried out the necessary reforms to the law to adapt the rules to the present needs of society which mean unnecessarily restricting it, leaving it devoid of content. And here we stand. Nothing prevents each and every case of alleged legal abortions from being investigated in detail as is presently the case.

The present dispute stems from the extensive and widely accepted interpretation made concerning abortions due to therapeutic reasons in cases where the future mother is suffering psychologically, and in fact this is used in such a way that it includes —against the provisions of the abortion Act— social economic reasons. In addition, one must bear in mind that for therapeutic reasons there are no set periods so, in principle, abortion can be carried out during the whole period of pregnancy. The latter, despite covering obvious social needs and problems worthy of protection, creates a situation of legal uncertainty which has already been repeatedly highlighted. It is always a negative symptom when the way regulations are dealt with goes against general practices, above all when these lie in the sphere of criminal justice and even means bordering on material justice solutions. What is required of the legislator is for him to take on the problem and provide a reasonable answer.

Abortion has had a long history of prohibition and practice. Suppressing it has not led to avoiding it but simply turning it into something highly unsafe for a woman's health and life. Accepting this risk is clearly discriminatory which not only affects women and men but discrimination arises among women themselves since obviously, situations of poverty and lack of education and access to safe abortions vary greatly depending on the cultural and economic status of the woman. That is why the law must strive to guarantee condition of equality and offer all women the same opportunities.

The first consideration to be made is that in all legal systems abortion without the pregnant woman's consent must be a crime to respect her autonomy. Secondly, at no time in history has abortion ever been considered homicide or murder. Nor is it considered equal on a social level and the loss of a foetus is not equal to the death of a person. The third fundamental reason is that an abortion law must go hand in hand with sexual health and reproduction education and good policies which will make access to information and con-

traceptive methods easy and will encourage responsibility in sexuality so that abortion will never have to be the first option.

In comparative law, voluntary interruption of pregnancy is regulated by laws that include guidelines of cases where abortion is legal, either through a law which sets periods for carrying out the abortion with no other requirements than the woman's consent or through a mixed system which observes a system of time periods during the first weeks of pregnancy and then guidelines come into play and even prohibition². The system of set periods is the only one that does not transfer the decision to a third party, i.e., it is the one that most takes into account the woman's freedom. When deciding on one legal technique or another, different valuations of the dispute arise between women's effective rights and potential rights of the unborn baby, which the Spanish Constitutional Court does not regard as a person but a legally protected object³.

² Abortion has been legalised in most EU countries.

Germany, Austria, Belgium, Bulgaria, Denmark, Slovakia, Estonia, France, Greece, Hungary, Latvia, Lithuania, Norway, Czech Republic, Rumania or Switzerland have a law which includes periods of up to 12 weeks of pregnancy. This period can be extended up to 24 weeks in the Netherlands, up to 18 weeks in Sweden and in Italy up to 90 days. But in Portugal it only covers the first 10 weeks.

Following these periods, some countries still allow abortions under specific circumstances and within new periods. It is accepted up to the second three-month period when there is a sign of risk for the mother's life in Austria, Denmark, Slovakia, France, Hungary, Luxemburg, Norway, Czech Republic, Romania, Switzerland; when there is a health risk of the mother in Austria, Denmark, France, Luxemburg, Norway, Switzerland; due to foetus malformation in Austria, Denmark, Slovakia, France, Luxemburg, Norway, Czech Republic, Romania; or when due to rape, Slovakia, Hungary, Luxemburg, Norway, Czech Republic. In Czech Republic «medical reasons» are also added, in Hungary in cases of «serious situations of crisis» and in Austria abortion is allowed in the second three month period when patients are under 14. In Greece abortion is allowed in cases of rape up to week twenty and in cases of foetal malformation up to week 24. In the UK there is a guideline law whereby abortion is allowed up to week 24 for risks involving physical or mental health of the mother or for economic and social problems.

In countries such as Austria, Belgium, Denmark, France or the UK there are no time limits of abortion when there are risks of foetus malformation. Nor do they exist when there is a serious risk to the mother's life in Belgium, France, Luxemburg and UK and due to «medical reasons» in Germany.

³ According to the Spanish Constitutional Court, «article 15 SC recognises life as a fundamental right for all, and those born are holders of such right». This is included in STC 53/85 (Especially Legal Basis 4 and 7) in such a way that the *nasciturus* is regarded as a «legally protected object» but is not entitled to the right to life nor special human dignity.

Between problems of extreme cases that arise when more rights are given to the foetus than women, abortion is prohibited in all circumstances or absolute rights are given to a woman's free choice over her body at all times, this Declaration proposes a gradualist approach which bears in mind the factual circumstances and arguments based on reasoning what we advocate. At the beginning of pregnancy it is understood that the woman's decision predominates the odds of life at the embryo stage and by establishing set time periods this is left up to the person with rights —the woman— her decision, by respecting her independence and with no need for controls by third parties —doctors, psychologists or relatives—. From then on, it is considered that the higher the foetus' odds of life grow the greater degree of protection it deserves.

This Opinion Group's approach starts by considering the public debate on abortion should not include criteria based on religious conceptions, on whether it is right or wrong or ideal life appropriated for imposing them on oneself voluntarily but not a subject of interpersonal moral correction which can be imposed on others. This means it is not possible to debate, deliberate on or discuss controversial subjects in the field of bioethics, such as abortion, if one fails to accept the rules of the values of science and secular and pluralist democracy. Due to these public reasons which belong to a pluralist democratic sphere and taking into account the knowledge which the »condition of science« provides us with, legalization of abortion is justified in certain cases. It is necessary to highlight that there is no dispute between the rights of the mother and those of the embryo-foetus. It is simply that the latter does not hold fundamental rights. Therefore the State must use all the resources it has to safeguard women's rights.

Several ways can be used to approach the subject of abortion: either emphasising the biological facts, which show that the embryo is part of a potential process of evolution, or to approach the subject from what could be called a metaphysical-theological viewpoint where a question of absolutes is discussed. From the viewpoint of scientific facts there is a high degree of agreement; however from a philosophical-religious viewpoint there is no agreement since

Thus, STC 212/86 declared (especially Legal Basis 3 and 9) and 116/99 (especially Legal Basis 3 and 4) which repeat and detail this doctrine indicating that no organic law is required to deal with issues referring to embryos and foetuses —as legally protected objects— and in this context the State's obligations stem from not interrupting or hindering the natural process of pregnancy and establish a legal system of defending life which implies effectively protecting it and which includes as a last guarantee criminal regulations.

they attempt to establish fundamental truths on the nature of embryos. It is worth adding more adequate cultural and social approaches to these ideas which are based on building moral and cultural values and regulating them by rules. So, the embryo must be protected in different stages since it only truly becomes an individual when it is born. It is then that it fully becomes a person and holds fundamental rights. This is how deliberation is made between rights that clash (which are not regarded as absolute) and progressive protection (individual, foetus, embryo and even pre-implanted embryos). It is here where Law comes into play as a means to deal with disputes and as a system to reach agreements.

From a biological viewpoint life is simply perpetuated and has no beginning. That is why we have to take into account the capability of developing life individually and autonomously. The most widely held scientific view is that human life proper begins at around 23 weeks of pregnancy when the synaptic links begin to grow towards the cerebral cortex and inside this. This neurological basis is coherent with both the beginning and the end of human life depends on the activity of the cortex, i.e. the state of consciousness. In addition, at around 22 weeks of pregnancy life is usually considered possible for the foetus outside the uterus; this criterion of viability is variable and depends not only on the conditions of techniques at each stage but also access to this, which can also vary according to geographical areas.

By contrast, it is worth bearing in mind the sociological dimension of the problem and its importance for public health since the possibility of resorting to safe and legal voluntary interruption of pregnancy has a great impact on the health and lives of women. There has been a constant rise in voluntary interruption of pregnancy in Spain. Some groups are more vulnerable who, precisely due to this, need greater protection in public health guidelines. These are women under 20 years of age and foreign women and those who are socially and culturally underprivileged. That is why regulating the voluntary interruption of pregnancy is a social problem, not just a legal or health matter. It is well known that countries with restrictive policies on this matter also have extremely high rates of mortality in mothers during childbirth. One cannot ignore the ethical importance of this fact since by prohibiting abortion one does not get rid of it but only that it leads to abortion being carried out in dangerous conditions, which seriously affect many women.

Our proposal to reform the abortion law aims to make the regulations clear and accessible to guarantee legal security and respect women's autonomy, allowing voluntary interruption of pregnancy if the all requirements are complied with. Also transparency is a democratic right in this field.

In accordance with the idea that legal and bioethical techniques must attempt to solve the existing disputes in a reasonably possible way, a mixed system of regulations has been put forward in the Considerations below which combines periods with facts and this must go hand in hand with clear determined policies on sexual and reproduction education⁴. The regulation and those in charge of carrying them out must guarantee the fulfilment of adequate healthcare and also the possibility for healthcare staff against abortion to conscientiously object⁵.

⁴ Opinion Group of the *Observatori de Bioètica i Dret* on *Conscientious Objection in healthcare* (2007). <http://www.bioethicsandlaw.es/documents>.

⁵ Grupo de Opinión del *Observatori de Bioètica i Dret* sobre *Salud sexual y reproductiva en la adolescencia* (2002). <http://www.bioethicsandlaw.es/documents>.

DECLARATION

REASONS FOR THE DECLARATION

Given that:

- Legally interrupting pregnancies must be considered as health acts and as such must be covered by the public health service
- Abortion has had a long history of prohibition which has only led to making it unsafe and dangerous
- These dangers and risks mostly affect women in more underprivileged conditions creating discrimination
- Criminalising abortion produces discrimination between men and women
- The psychological and social consequences of rejected abortions may be more serious than those associated with voluntary interruption of pregnancy
- Legal guarantees require more clarity as to when and the circumstance in which voluntary interruption of pregnancy is possible
- Regulations concerning voluntary interruption of pregnancy are not compulsory but optional and therefore respect the free moral decision of individuals
- The State must not compel women to have unwanted babies and much less resort to criminal justice
- Protection for the foetus must grow in stages according to its chances of life while not cancelling women's rights
- The complexity of human sexuality and its personal, emotional and relational aspects underlie abortions
- The World Health Organisation defines health as «a state of complete physical, mental and social wellbeing»
- The Report (No 11537 dated 17 March 2008) prepared by the Committee for Equal Opportunities between Men and Women in the Council of Europe

considers that abortion should be an accessible operation for women in all Member States of this organisation

- Sexual and reproductive health education and access to contraceptives is not a reality and cannot be regarded as generalised, not even in our society
- Minors are people in the process of maturing and learning about their sexuality
- Among the different techniques for voluntary interruption of pregnancy must be promoted those that are less physically and psychologically aggressive bearing in mind the period of the pregnancy and the situation of each woman

This Group has reached the following conclusions:

CONCLUSIONS

1. *Interrupting pregnancies in legally recognised cases must be considered as dealt with as any other health treatment, so the public health sector must cover and control it.*
2. *The current legislation on voluntary interruption of pregnancy should be modified by passing a specific law which states:*
 - A) *In the first 14 weeks of pregnancy the decision to interrupt the pregnancy is the woman's free choice*
 - B) *No time limit will be established for abortions when:*
 - a. *Serious hazards to the mother's mental and physical health and her life*
 - b. *Serious malformation of the foetus has been detected or an illness of the mother which could lead to a high degree of possible serious consequences for the foetus*
 - C) *Between 14 and 22 weeks of pregnancy this may be interrupted taking into account the unfavourable social economic circumstances of the woman.*

In cases B) and C) the proportionality of the decision —«state of specific need»— must be appraised by an external assessment and control committee. This committee must be plural, multi-disciplinary and independent from those involved in voluntary interruption of the pregnancy and the centre where it is carried out. In addition it must pass a resolution in a maximum period of 15 days, after which it will be understood that it allows the pregnancy to be interrupted.

- D) *The rule which presently allows voluntary interruption of pregnancy in cases of rape must be substituted by a rule/protocol which prescribes the use of the morning after pill for all women reporting this to the authorities, if they so desire.*

Of course, if the period for this drug goes over the limit after making the police report, the woman may freely decide as she thinks best within the 14 weeks set in point A) thus she is subjected to the so-called «ethical rule» within the «time period» system.

3. *This change in regulations must go hand in hand with a strict campaign on sexual and reproductive health education, which must be comprehensive and permanent and be accompanied by an active policy which provides real access to contraceptive methods and interruption of pregnancy, paying particular attention to groups that are especially vulnerable..*

It is particularly necessary that sexual health and reproduction is not only approached from a health viewpoint which comes into effect when the risks are already present, but special emphasis must be placed on developing a comprehensive health education, with a gradual, continuous and wide ranging programme on sexuality in schools which goes beyond explaining mere biological mechanisms and which also mentions sexually transmitted diseases⁶.

4. *In the case of women who are minors, since they present special risks it is necessary to:*

- a) *accept adolescents' validity of consent for those who understand what they decide in prescribing contraceptives*
- b) *ensure measures are taken to allow them to use different methods of contraception, even the morning after pill*
- c) *in legal cases of voluntary interruption of pregnancy, adolescents' consent must be recognised for minors who have the capacity to understand what they decide and the consequences.*

The law must weigh up the necessary measures to ensure the validity of consent given for minors between 16 and 18 years old, given that current health legislation on matters of information and consent establishes that after the age of sixteen minors can give their personal consent without having to get the consent of their legal guardians⁷.

Between 12 and 16 years of age the minor may take her own decision if she is mature enough to understand the implications of the abortion for her health but her parents or guardians must also be heard. In the event of a dispute, the assessment must be left to experts, or an external committee which mediate between the parents and young persons so that the decision made will have the highest consensus between the minor and

⁶ See the aforementioned Declaration by the *Observatori de Bioètica i Dret* on *Sexual and Reproduction Health in adolescence* (2002).

⁷ Act 21/2000, 29 December, Parliament of Catalonia, on rights to information concerning the patient's health and autonomy, and clinical documentation.

her parents or guardians, always bearing in mind the greater interest of the minor.

5. *The healthcare worker's conscientious objection is limited to the possibility of providing the service:*

Conscientious objection is a limited right and when resorting to this certain requirements must be complied with. The basic limit is that conscientious objection made by a healthcare worker must never put a patient's health in jeopardy, so it must only be allowed when it does not affect compulsory healthcare.

Since conscientious objection is based on ideological freedom, it is an individual right that cannot be used by institutions —health centres, hospitals...—. It must be highlighted that —as the Constitutional Court upheld⁸, health centres may not invoke their own ideas as a right to be considered when comparing constitutionally established rights. Health centres are, in all cases, compelled to prescribe and provide all services and benefits acknowledged by the health system⁹.

⁸ STC 106/1996.

⁹ See the aforementioned Declaration by the *Observatori de Bioètica i Dret* on *Conscientious Objection in Healthcare* (2007).

RELACIÓ DE MEMBRES DEL GRUP D'OPINIÓ
DE L'*OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET*
QUE HAN ELABORAT AQUEST DOCUMENT

Maria Casado

Directora de l'*Observatori de Bioètica i Dret* i del Màster en Bioètica i Dret, Professora Titular de Filosofia del Dret, Moral i Política i Titular de la Càtedra UNESCO de Bioètica de la Universitat de Barcelona

Mirentxu Corcoy

Catedràtica de Dret Penal, Cap d'Estudis de l'Ensenyament de Criminologia i Política Criminal i de l'Ensenyament d'Investigació Privada, Universitat de Barcelona

Rosa Ros Rahola

Metgessa. Directora del Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat, de l'Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears. Presidenta de la Societat Catalana de Contracepció, Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i Balears

Albert Royes

Catedràtic de Filosofia. Secretari del Comitè de Bioètica de la Universitat de Barcelona. Secretari de l'Associació de Bioètica i Dret

Pilar Antón

Professora Titular de Legislació i Ètica Professional i Cap d'Estudis de l'Escola Universitària d'Infermeria, Universitat de Barcelona. Secretària de l'*Observatori de Bioètica i Dret*

Manuel Atienza

Catedràtic de Filosofia del Dret, Universitat d'Alacant

Àngels Avecilla

Ginecòloga. Badalona Serveis Assistencials. Vicepresidenta de la Societat Catalana de Contracepció de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears

Anna Badia

Catedràtica de Dret Internacional Públic, Universitat de Barcelona

Lydia Buisan

Metgessa. Cap de l'Àrea d'Anestesiologia, Reanimació i Tractament del Dolor, Hospital General de l'Hospitalet

Montse Busquets

Professora Titular de Legislació i Ètica Professional, Universitat de Barcelona

Maria Jesús Buxó

Catedràtica d'Antropologia, Universitat de Barcelona

Lluís Cabré

Metge. Cap de la Unitat de Cures Intensives, Hospital de Barcelona. President de l'Associació de Bioètica i Dret

Isabel Ferré

Metgessa de Medicina Preventiva i Salut Pública. Secretària de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Contracepció

Ricardo García Manrique

Professor Titular de Filosofia del Dret, Universitat de Barcelona

Carmelo Gómez

Professor Titular de Filosofia del Dret, Universitat de Barcelona

Roser González Duarte

Catedràtica de Genètica, Universitat de Barcelona

Eleonora Lamm

Llicenciada en Dret. Màster en Dret de Família per la Universitat de Barcelona. Becària de Col·laboració de l'Observatori de Bioètica i Dret

Itziar Lecuona

Llicenciada en Dret i Màster en Bioètica i Dret per la Universitat de Barcelona. Investigadora de l'Observatori de Bioètica i Dret

Silvia López

Psicòloga Clínica. Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, IMAS-ICS, Barcelona

Javier de Lucas

Catedràtic de Filosofia del Dret i Professor de l'Institut de Drets Humans de la Universitat de València

Florencia Luna

Investigadora independent del CONICET. Docent de la Universitat de Buenos Aires. Coordinadora de l'Àrea de Bioètica de FLACSO, Argentina

Rosina Malagrida

Responsable de Comunicació i Difusió de la Ciència del Parc Científic de Barcelona

Eduardo Mariño

Catedràtic de Farmàcia Galènica i Cap de la Unitat de Farmàcia Clínica i Farmacoteràpia, Universitat de Barcelona

Joaquim Martínez-Montauti

Metge. Coordinador del Servei de Medicina Interna i President del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital de Barcelona

Hildegard Mausbach

Metgessa i Màster en Salut Pública. Vocal de la Junta de la Societat Catalana de Contracepció de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. Responsable de la «Consulta Jove» del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Mataró

Joan Monés

Professor Titular de Medicina i Bioètica, Universitat Autònoma de Barcelona. Membre de la Comissió Deontològica del Col·legi de Metges de Barcelona. Gastroenteròleg, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Maria Jesús Montoro

Catedràtica de Dret Administratiu, Universitat de Barcelona

Mónica Navarro

Professora de Dret Civil, Universitat de Barcelona

Teresa Plana

Llicenciada en Dret, Universitat de Barcelona. Màster en Dret Internacional. McGill University, Montreal, Quebec, Canadà. Especialista en conflictes de drets humans

Flora de Pablo

Professora d'Investigació, Centro de Investigaciones Biológicas, CSIC, Madrid

Jaime Peris

Catedràtic de Dret Penal, Universitat de Múrcia

Frederic Raspall

Metge, Cap del Servei de Neonatologia i Pediatria, Hospital de Barcelona

Coral Rodríguez Fouz

Llicenciada en Medicina. *Associació de Bioètica i Dret*

Javier Sádaba

Catedràtic d'Ètica, Universitat Autònoma de Madrid

Jordi Sáez

Metge ginecòleg. Hospital de Terrassa

Ana Sánchez Urrutia

Professora Titular de Dret Constitucional, Universitat de Barcelona. Membre del Comitè d'Ètica en Investigació Clínica de l'Hospital Clínic de Barcelona

Josep Santaló

Professor Titular de Biologia Cel·lular, Universitat Autònoma de Barcelona

Graciela Sarriblle

Professora Titular de Sociologia, Universitat de Barcelona

Charles Susanne

Catedràtic d'Antropologia i Genètica Humana, Universitat Lliure de Brussel·les

Ricardo Tapia

Vicepresident del Colegio de Bioètica, A.C. Investigador emèrit. Institut de Fisiologia Cel·lular, Universitat Nacional Autònoma, Mèxic

Josep Terés

Doctor en Medicina. Membre del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Clínic i de la Comissió Deontològica del Col·legi de Metges de Barcelona

Rodolfo Vázquez

Professor de Teoria i Filosofia del Dret, Institut Tecnològic Autònom de Mèxic. Membre fundador del Colegio Bioética A.C.

Anna Veiga

Biòloga. Directora Científica del Servei de Medicina de la Reproducció de l'Institut Universitari Dexeus. Directora del Banc de Línies Cel·lulars del Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona

Carmina Virgili

Catedràtica de Geologia, Universitat Complutense de Madrid

Documents publicats pel Grup D'Opinió de l'Observatori de Bioètica i Dret

Disponibles a: www.bioeticaidret.cat/documents
www.bioeticayderecho.ub.es/documentos
www.bioethicsandlaw.es/documents

- Reedició i anàlisi de l'impacte normatiu dels documents de l'Observatori de Bioètica i Dret sobre reproducció assistida, 2008
- Document sobre l'objecció de consciència en sanitat, 2007
- Document sobre proves genètiques de filiació, 2006
- Document sobre el rebuig dels Testimonis de Jehovà a les transfusions de sang, 2005
- Document sobre dones i ciència, 2004
- Document sobre la disposició de la pròpia vida en determinats supòsits: declaració sobre l'eutanàsia, 2003
- Document sobre selecció del sexe, 2003
- Document sobre salut sexual i reproductiva en l'adolescència, 2002
- Document sobre congelació d'òcits per a la reproducció humana, 2002
- Document sobre cèl·lules mare embrionàries, 2001
- Document sobre les voluntats anticipades, 2001
- Document sobre donació d'òcits, 2001
- Document sobre investigació amb embrions, 2000