

LA NUEVA LEGALIDAD SOBRE EL ABORTO LIBRE, DEMOLEDORA DE NUESTRA ESTRUCTURA FAMILIAR

DOCTOR D. LUIS MARTÍNEZ-CALCERRADA GÓMEZ
Académico de Número de la Real Academia de Doctores de España

ESTUDIO JURÍDICO

- A) Conclusiones de los anteriores estudios.
- B) El *Ab-Ortus*, y su repercusión en la vida humana.
- C) Regulación del llamado Aborto tasado: Anterior Ley Orgánica 9/1985 de julio. Reforma del anterior artículo 417 bis del Código Penal:
 - a) Supuestos de la anterior permisibilidad del aborto permitido:
 - 1. El aborto terapéutico.
 - 2. El aborto ético.
 - 3. El aborto eugenésico:
 - Juego de la objeción de conciencia de los médicos. Aplicación de la Ley 48/1984 y Sentencia del Tribunal Constitucional de 11-4-1985.
 - Estudio de la vigente Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.
 - a) Su Título II: interrupción voluntaria del embarazo. LIBERTAD DE LA MUJER EMBARAZADA (art. 12).
 - 1. Requisitos comunes: artículo 12.
 - 2. Interrupción a petición exclusiva de la mujer: artículo 14.
 - 3. Interrupción por causas médicas: artículo 15.
 - REGULACIÓN EXCEPCIONAL DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA:
 - Estudio de la problemática de su artículo 19.
 - Decálogo censor de la legalidad permisiva.
 - Cuestiones derivadas de la nueva regulación.
 - Problemas latentes de actualidad político-jurídica:
 - 1. Sobre la constitucionalidad de la nueva legalidad. Recurso pendiente.
 - 2. Sobre la no suspensión de su ejecución.
 - 3. Sobre la aplicación o no de la objeción de conciencia.

APÉNDICE

Transcripción de la L.O. 2/2010, de 3 de marzo.

En el desarrollo de esta materia ha de partirse de premisas tan evidentes como las siguientes:

- El aborto absorbe el Humanismo de la persona y su proyección social.
- Desde una posición mayoritaria en España. «El dueño de la vida» trasciende a su titular.
- El médico protagonista de su terapia. El determinismo personal de su decisión. Anticipo de su derecho de objeción.

Aborto de *Ab-Ortus*, o «destrucción de la vida INTRAUTERINA» (definición señera de QUINTANO RIPOLLÉS), y que contiene un sinnúmero de problemas y que la norma o el Derecho han de resolver o plantear.

1. ¿Es posible esa destrucción? (o aniquilamiento de la vida ya existente).
2. ¿Quién esté legitimado por esa destrucción?
3. ¿Es en derecho absoluto de la persona titular o la Ley tiene que actuar regulándolo?
4. La vida, aunque intrauterina del seno materno, trasciende a la persona y ha de salvaguardarse por la ley o el Derecho, tanto natural como positivo (tutelada por el art. 15 C.E.):

«Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidas a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes. Queda abolida la pena de muerte salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra».

El contraste regulador con la anterior legalidad sobre el llamado aborto tasado es elocuente con esa rúbrica, pues en efecto, esa legalidad aún vigente hasta la publicación en el *BOE* de la nueva ahora impuesta, se encuentra en la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, de la que se deriva que hoy sólo cabe el aborto en estos supuestos.

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:

Aborto terapéutico. 1.º: 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.

Aborto ético. 2.º: 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.

Aborto eugenésico. 3.º: 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 aún 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.

Es claro que cuando no concurra alguno de esos supuestos, la conducta absoluta será punible en los términos previstos en los artículos 145 y siguientes, del vigente Código Penal:

En cuanto al juego de la Objeción de conciencia dentro del marco de esa estricta legalidad, se debe afirmar, en torno a cada uno de citados supuestos:

El cuerpo médico que intervendrá en la interrupción del embarazo habrá de tener en cuenta, asimismo, todo lo concerniente al principio general informador de esta técnica, ya aceptado jurisprudencialmente en la denominada *Lex Artis ad hoc* o la aplicación de los conocimientos de dicha profesión con su técnica adecuada en relación con el acto concreto de que se trate para valorar jurídicamente el mismo y teniendo en cuenta todas las circunstancias concurrentes que individualicen ese acto como único y distinto a los demás. El juego de esa *Lex artis ad hoc* deriva que frente a este fenómeno de expansión abortista, el cuerpo médico puede ampararse, si así lo estima, ejerciendo un auténtico derecho de objeción de conciencia o en definición doctrinal: «Postura de atipicidad social en virtud de la cual las personas que la asumen, alegan su derecho a no cumplir una determinada ley, obligación legal, o carga resultante, porque su prestación ejecutoria contraria sus sentimientos o convicciones más profundas que caracterizan o informan su conducta habitual al respecto»: que se entronca con la específica Ley 48/1984, de 26 de diciembre (y sentencia del Tribunal Constitucional, de 11-4-1985, Fundamento de Derecho 14) que, desarrollando «la objeción de conciencia frente al servicio militar» del artículo 30 CE, habla de oposición a ese servicio por motivos de conciencia en razón de una convicción de orden religioso, ético, moral, humanitario, filósofo u otros de la misma naturaleza, entre los que por los médicos se encontrarán los de tipo profesional.

En cuanto a la nueva regulación, según la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, con la siguiente rúbrica: «Sobre salud sexual y reproductiva, y de la interrupción voluntaria del embarazo», se elimina por completo el término ABORTO. Su contenido más significativo se halla en su Título II de la «interrupción voluntaria del embarazo», en donde se regula el nuevo aborto así:

Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación (art. 12).

Artículo 13. Requisitos comunes

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

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

Segundo: Que se lleva a cabo en centro público o privado acreditado.

Tercero. Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

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

Se contemplan dos supuestos:

— En su artículo 14. Interrupción del embarazo a petición de la mujer.

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

- a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta ley.
- b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

— Es esa pues, la consagración del llamado ABORTO LIBRE, como derecho reconocido a la mujer sin limitaciones por razón de edad, pues se permite a mujeres de dieciséis y diecisiete años que podrán consentirlo al efecto exclusivamente según su artículo 13-4; en los demás casos, si son menores de edad, intervendrá para consentir su representante legal, según su artículo 13-3.

Interrupción por causas médicas. En el artículo 15 se expresa que:

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

- a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dic-

tamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen (supuesto del anterior ABORTO TERAPÉUTICO).

- b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija (el antes llamado ABORTO EUGENÉSICO).
- c) Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida y así conste en un dictamen emitido con anterioridad, un médico o medica especialista, distinto del que practique la intervención, o cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico (supuesto marginante en su caso de la eutanasia).

Por último se contempla una REGULACIÓN EXCEPCIONAL DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (introducido en el nuevo texto).

En el primitivo texto del Acuerdo de la mesa de la Cámara, publicado en el B.O. de las Cortes Generales de 2-10-2009, no se reconocía este derecho a los médicos, lo que, sin duda, por el peso de las críticas social y política, se reconoce ahora, aunque con limitaciones formales, el presente texto, al prescribir en su artículo 19 que:

«Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia: 1) sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. 2) El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia en una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso, los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de la interrupción del embarazo».

La presente Ley, según su Disposición Final 6.^a, entró en vigor a los cuatro meses de su publicación en el *BOE* de 4-3-2010.

Por su interés, se transcribe el texto del Magistrado Francisco Soto Nieto.

«Seleccionada alguna de las muestras definidoras de la objeción de conciencia, por tal habremos de entender la negativa del profesional, basada en serias razones de conciencia moral y/o religiosa, de realizar ciertos actos ordenados o tolerados por la autoridad competente» (Joan Monés). A falta de una legislación específica en la norma constitucional, habremos de hallar puntales alumbradores que nos ayuden a configurar un perfil ilustrativo de la institución y de su fuerza y eficacia en los planos moral y jurídico. Remitimos al trabajo de reciente publicación de Moreno Rangel: «La objeción de conciencia y su explicación al supuesto del aborto» (Ed. Dykinson, 2010), testimonio y advertencia de su incipiente realidad. Asimismo, a la brillante obra «Opciones de

conciencia (propuestas para una ley)» (Tirant lo Blanch, 2008), hermosa lección de investigación y estudio. La objeción de conciencia al aborto supone, en definitiva —afirma Navarro Valls—, el ir a favor de la Constitución en la medida en que «la tutela de la vida humana es un derecho constitucionalmente protegido». Viene a ser recepción y aviso, traduciéndose, a la postre, en clamor y voz recapituladora. La deontología no sólo ejerce su influencia en la conciencia del profesional, sino que también es un límite *erga omnes* en todas las expansiones de la libertad.

La objeción de conciencia se ofrece como paralizante defensivo, como dictado constitucional invocable en aras de dar vida al derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la C.E. La sentencia del T.C. 53/1985, de 11 de abril, representa el más abierto y significado pronunciamiento acerca del reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia, de hacedero ejercicio con independencia, y así se constata de que se halla dictado o no la oportuna regulación. Supone el plante más serio que puede formularse ante conductas que, pese a contar con un respaldo legal, se ofrecen proscribibles para el objetor. Según indicada sentencia, «la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución española es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales».

La base de la distorsión que ofrece la promulgada normativa sobre el aborto estriba en su obsesión de partida de que el mismo constituye derecho de la mujer y, por ende, la libertad de actuar sin consideración al respeto debido al ser que late en su seno es absoluta e irrefrenable. El presidente de la Academia para la Vida, arzobispo Ignacio Carrasco, no puede menos de reiterar hallarnos ante «una ley insensata, absolutamente insensata, rodeada en su momento por plurales recursos de inconstitucionalidad» (La Gaceta).

La «reforma Aído» apenas cuida de resolver el derecho a objetar. El rechazo a la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en su realización que debe manifestarse anticipadamente y por escrito (art. 19.2 de la L.O. 2/2010, de 3 de marzo). La Ley no ha asumido la regulación del aborto y la caleidoscópica definición de todos cuantos actos y efectos se relacionan con el mismo de un modo exhaustivo. Concretamente, en el Preámbulo de la L.O., se alude el acogimiento de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que sería articulado en un desarrollo futuro de la ley. Parece referirse primordialmente a los profesionales que actúan en los quirófanos, si bien creemos que la directa implicación puede alcanzar a otros cuya marcada voluntad en la condena causal sea decisiva (facultativos que informen o dictaminen). La objeción de conciencia corresponde a todo el proceso que lleva al aborto y no puede ceñirse tan sólo al acto quirúrgico postrero determinante de la siega de la vida del feto. Nada se dice de los médicos de atención primaria. Habrá de examinarse en cada caso la índole de la imputada coadyuvancia. Los intervinientes meramente administrativos no creemos que puedan postular un derecho cual el que nos ocupa.

Lo que se impone en la promulgación de una ley de objeción de conciencia, reivindicación harto enarbolada por la Organización Médica Colegial. Este derecho

tiene un refrendo contabilizador internacional y bien puede reconocerse su constitucionalidad. La regulación del derecho a la objeción de conciencia ha de llevarse a término reflexivamente con prestación de audiencia a unos y otros profesionales. Se habla en textos preanunciadores de la confección de registros de una u otra escala. La constancia de los que quieran eximirse de la impositiva intervención —«lista negra de los provida» se ha dicho con cierta malicia— no ha de abrirse a todos los vientos en evitación de injustas discriminaciones. Los Colegios de Médicos darán albergue con enorme discreción y bien pautado uso a este sector de confidencialidad. «La existencia de objetores es una prueba de que la conciencia de los ciudadanos está viva, y por tanto, que el sistema democrático goza de buena salud».

Finalmente en nuestra OPINIÓN PERSONAL se puede sintetizar la CENSURA sobre este aberrante aborto libre en el siguiente DECÁLOGO:

1. Prevalece siempre el derecho a la vida (art. 15 de la Constitución Española), pues el feto no es de la propiedad de la madre.
2. Esa vida está ya surgida desde la simple fusión fértil: todos fuimos «eso», desde ya. De lo contrario no existiríamos: La ausencia total del padre.
3. La especie humana como garantía de permanencia social, en peligro.
4. La reforma anterior sobre el aborto tasado (se permite sólo en los llamados abortos psíquico, terapéutico y eugenésico) parece suficiente frente a la actual del ABORTO LIBRE, que es lo que se contrae esa interrupción voluntaria del embarazo.
5. Reconocimiento o claudicación del poder ejecutivo a la demanda popular de una libertad sin control.
6. Se desconoce la prevalencia de valores básicos de la persona: La vida, la familia, la sociedad, imperantes en plenitud en nuestra actual estructura de la convivencia parental, como modelo de la familia constituida y con arraigo y funcionamiento general en la sociedad española.
7. En la comunidad internacional sólo se mantiene ese «aborto libre» en los antiguos sistemas totalitarios del Este por razones espurias de planificación familiar. En la mayoría de países de la Unión Europea se precisa una justificación acreditativa para el ejercicio de esa patología, con un amplio juego de la objeción de conciencia, y, desde luego, el consentimiento paterno para las menores de edad.
8. Desquiciamiento de los valores religiosos imperantes en la mayoría de la comunidad española.
9. Fomento del agiotage de las clínicas abortistas que ya pueden actuar sin tapujos.
10. Desde luego es absolutamente ineludible, sin corta pisas formales, del reconocimiento al derecho de objeción de conciencia de los médicos. Como un

derecho natural de los mismos y sin necesidad de acudir a una situación límite que producen estupor o impresión por la patología sufrida por el feto, cuando se capta el llamado «GRITO SILENCIOSO», que, en opinión del académico J. NOONAN: «En cualquier método abortivo, los niños fallecerán pasando por una agonía mortal. A pesar de sus limitadas capacidades cognitivas y sensitivas, sienten la desintegración de su ser y el fin de sus capacidades vitales».

POR ÚLTIMO, SE SUBRAYAN LAS SIGUIENTES CUESTIONES DERIVADAS DE ESA NUEVA REGULACIÓN.

- SOBRE LA TITULARIDAD DOMINICAL DEL FETO: Esto es, quién es propietario del feto «a abortar, y, en su caso, la disponibilidad sobre el mismo. Siempre es la mujer la protagonista, y ella la que decide con su LIBERTAD ABORTAR O NO. Ahora bien, se objeta que la mujer es, en todo caso, libre para cohabitar —causa del luego embarazo— pero si, a sus resultas queda embarazada, entonces, su libertad no abarca esa disponibilidad, porque ya ese germen de vida, merece la tutela legal.
 - SOBRE LA REPRESENTACIÓN DE LOS PADRES DE LA MUJER EMBARAZADA: Aquella libertad para consentir su aborto de la mujer —arts. 13 y siguientes— no debe desconocer que, en materia de representación, los padres ostentan la patria potestad de los hijos menores de edad —ex art. 154 C.C.—. Por tanto, en razón, además, que el *nasciturus* ostenta su defensa legal, tanto en vía procesal, artículo 6-2 L.E.C., como en la civil —art. ... CC. art. 29— los padres han de estar presentes para emitir ese consentimiento.
 - SOBRE LA AUSENCIA DEL PADRE PROGENITOR: Destaca que el padre o progenitor de esa concepción, que luego produce el feto que se quiere abortar, debía estar presente en todo ese proceso, y, sin embargo, SE SILENCIA POR COMPLETO, ¿por qué? Tal vez, porque el padre, se dice, que tras el acto de cohabitar luego desaparece, y sobre todo, por los enigmas sobre la paternidad. Empero si se acredita su paternidad debe ser, al menos, oído.
 - SOBRE LA TESIS ANTIABORTISTA SIEMPRE SE ANIDA EN LA TEOLOGÍA: ¿Puede sostenerse que sea sólo el creyente, por sus convicciones, el que pueda repudiar el embarazo que culmina en el aborto, por aquello de «no matarás»? Y ¿el agnóstico?: cabe extender esa significativa repulsa por el juego del Derecho Natural y la preservación de la especie. Es un lugar común que a la sociedad le interesa, como causa de su propia existencia, el no aborto.
1. REPERCUSIONES HEREDITARIAS: Igualmente, el aborto libre trastoca el sistema legitimario establecido a favor de los hijos «y por ende del *nasciturus*», y produce una serie de quebrantos económicos en los derechos adquiridos por esos hijos.

En la actualidad, sobresalen los siguientes problemas derivados del cumplimiento de esa Ley de 3 de marzo 2010:

1.º) *Sobre la constitucionalidad de la propia Ley (ABC con fecha 31-5-2010)*

EL PP CUESTIONA LA CONSTITUCIONALIDAD DE OCHO PRECEPTOS DE LA LEY DEL ABORTO.

Además del derecho a la vida, la «norma Aído» vulnera el derecho a la objeción de conciencia y el principio de neutralidad educativa.

Ocho artículos y la Disposición Final segunda constituyen el objeto del recurso que esta semana presentará el Partido Popular ante el Tribunal Constitucional contra la reforma de la ley del aborto, una norma que introduce los plazos para que la interrupción voluntaria del embarazo pueda llevarse a cabo libremente hasta la semana 14 de gestación y que confiere al aborto la categoría de derecho de las mujeres.

Estos son los preceptos de la ley que impugnarán los populares y algunos de los argumentos que utilizarán:

Artículo 5.1.e). Obliga a los poderes públicos a «garantizar la educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva». Viola el principio de neutralidad que debe imperar en el sistema educativo público al introducir un sesgo ideológico (el de la perspectiva de género). En el ámbito de las escuelas privadas, vulnera el derecho de los padres a definir, junto con el centro, la orientación moral de la educación que quieren para sus hijos.

Artículo 8 a) y b). Incluye en los programas de las carreras relacionadas con la medicina la formación de los profesionales en la práctica clínica del aborto. Viola el principio de autonomía universitaria, que impide a la Administración incluir una perspectiva ideológica concreta en la formación. Además, vulnera el derecho a la objeción de conciencia de los estudiantes, obligados a saber cómo practicar un aborto para aprobar.

Artículo 12. En la práctica, supone reconocer el derecho al aborto. El precepto «garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo». Los recurrentes creen que esta declaración es contraria a la doctrina del Tribunal Constitucional que, desde 1985, obliga al Estado a velar por la vida del no nacido «en cuanto éste encarna un valor fundamental, la vida humana, que es un bien jurídico protegido por la Constitución».

Artículo 13.4. Permite a las menores de dieciséis y diecisiete años abortar sin autorización paterna. Establece que al menos uno de los progenitores deberá ser informado, aunque acto seguido elimina esta obligación si la menor alega «fundadamente» que podría provocar una situación de «violencia intrafamiliar». La vulneración de la Constitución se produce aquí, según el PP, desde dos perspectivas: porque priva a los padres del derecho y deber de ejercer la patria potestad y, al mismo tiempo, priva a las jóvenes de recibir el asesoramiento, ayuda y protección de sus progenitores.

Artículo 14. Convierte la norma en una ley de plazos (vedada por el TC), pues permite a las mujeres interrumpir libremente el embarazo hasta la semana 14 de gestación con la única condición de haber sido informada de las ayudas a las que

podrían acceder si fueran madres. Según el TC, el aborto se plantea siempre como un conflicto entre los derechos de la mujer y los del no nacido, que deberán ser ponderados en cada caso.

Artículo 15 a), b) y c). La ley recupera dos de los tres supuestos en los que la interrupción del embarazo es legal en la actualidad y fija como límite máximo para ambos la semana 22.

El primero de ellos es que exista riesgo para la vida o la salud de la embarazada. La inconstitucionalidad reside, según el PP, en la ampliación del concepto salud a una situación no sólo de «bienestar físico y mental» sino también «social». Los recurrentes denuncian que se valore la situación social y económica por encima del derecho a la vida del no nacido. El segundo supuesto que se rescata es el riesgo de que el bebé sufra «anomalías incompatibles con la vida» o «una enfermedad extremadamente grave e incurable». Los populares señalan, entre otros aspectos, que los tratados internacionales sobre discapacidad obligan a España a proteger el derecho a la vida de los discapacitados.

Artículo 17.2 y 5. Prevé la entrega de información a la mujer antes de que ésta preste su consentimiento para que se le practique el aborto. Se vulnera el derecho a prestar «consentimiento informado», pues la información específica que cada persona debe recibir sobre los riesgos que asume ante una determinada intervención médica se sustituye aquí por una información «estandarizada», siempre la misma, sobre ayudas públicas, derechos laborales vinculados al embarazo o centros de planificación familiar.

Artículo 19.2. Establece medidas para «garantizar» la práctica del aborto en los centros de salud. Vulnera el derecho a la objeción de conciencia en la medida en que impide su libre ejercicio al obligar al personal sanitario a manifestar «anticipadamente y por escrito» su negativa a intervenir en un aborto. Es una medida coactiva.

Disposición Final segunda. Es la que modifica la ley de autonomía del paciente para que las menores puedan abortar sin siquiera informar a sus padres.

2.º) *Sobre la nueva suspensión de su ejecución (ABC con fecha 21-7-2010)*

«EL DERECHO A LA VIDA ES FUNDAMENTAL»

Cinco Magistrados critican que el TC no suspendiera la ley del aborto.

El Tribunal Constitucional dio ayer a conocer el auto de 20-7-2010, por el que rechazaba por un estrecho margen de votos (6 a 5) el recurso del PP que solicitaba la suspensión cautelar de la ley del aborto que entró en vigor el pasado 5 de julio. Los magistrados que se manifestaron en contra, criticaron en sus votos particulares que el Pleno se centrara exclusivamente en la interpretación estricta del artículo 30 de la Ley Orgánica del TC que «veda la posibilidad de suspender la aplicabilidad de las leyes estatales que sean objeto de un recurso de inconstitucionalidad», sin entrar en lo que consideraban el meollo de la cuestión. Es decir, que su aplicación iba a originar «daños o perjuicios irreparables».

Así Jorge Rodríguez-Zapata, en su escrito discrepante, recordaba que el TC «nunca se había enfrentado a la suspensión de una Ley cuyo contenido afectara de un modo tan intenso a los fundamentos mismos de nuestro sistema de derechos fundamentales..., el derecho a la vida».

En esta misma línea, Eugeni Gay Montalvo, único del sector progresista contrario al auto, insistía en que ese derecho a la vida está «reconocido y garantizado en su doble significación física y moral por el artículo 15 de la Constitución», por lo que advertía de que si aquella «protegía la vida, no puede desprotegerla en aquella etapa de su proceso que no solo es condición para la vida independiente del claustro materno, sino que es también un momento del desarrollo de la vida misma; por lo que ha de concluirse que la vida del *nasciturus*, en cuanto encarna un valor fundamental, constituye un bien jurídico» protegido por la Constitución.

En el análisis de Ramón Rodríguez Arribas, al que se adhirió el Vicepresidente Guillermo Jiménez Sánchez, se lanza un pregunta inquietante: «¿Sería la misma la actitud del Tribunal si se tratara de una ley de otro carácter?». Al respecto pone ejemplos, «ni mucho menos imposibles» como que se aprobaran leyes que «despenalizarán la ablación del clítoris», que «dispusieran la inmediata expulsión de los inmigrantes de raza negra» o «autorizaran la tortura». Señala que «no sería aventurado pensar que el TC buscaría, y con toda seguridad encontraría, «interpretaciones» conformes a la Constitución que permitieran, con carácter excepcional, la suspensión de la aplicación de esas leyes». Y siendo así, reflexiona: «Cuanto más cabría hacer un esfuerzo interpretativo para evitar el sacrificio de muchas vidas, aunque lo sean en gestación, y que después podría resultar que lo habían sido de manera contraria a la Constitución».

Daño irreparable

En relación con el citado artículo 30, Arribas argumenta que no puede afirmarse que del mismo «nazca una prohibición absoluta de suspensión», ya que «cuando se redactó ese precepto había otra excepción, la del recurso previo de inconstitucionalidad frente a leyes orgánicas».

En su exposición, Javier Delgado Barrio defiende esa misma tesis, pues «el recurso previo cumplía entonces una función de naturaleza cautelar». E insiste en destacar que «nunca en la historia de este Tribunal se había presentado una situación de hecho como la presente. Nunca había ocurrido que durante la pendencia de un proceso pudiera producirse una extinción de vidas, daño terminantemente irreparable, que podría resultar inconstitucional».

3.º) *Sobre la objeción de conciencia (ABC con fecha 27-7-2010)*. Aparte del trabajo transcrito del magistrado Soto Nieto, se agrega sobre este problema:

LOS MÉDICOS IRÁN AL JUZGADO SI NO SE RESPETA SU OBJECCIÓN AL ABORTO.

El sindicato Médico de Málaga recordó que «la objeción de conciencia es un derecho fundamental individual reconocido en la Constitución Española».

El frente abierto por la Junta de Andalucía con la comunidad médica a raíz de la creación del registro de médicos objetores a la Ley del Aborto y la negativa de la Administración andaluza a reconocerlo, podría concluir en los tribunales. El Sindicato Médico de Málaga anunció ayer que emprenderá acciones legales contra «la consejera de Salud, María Jesús Montero, y contra todo aquel que obstaculice de algún modo el ejercicio de ese derecho».

El sindicato reaccionó ayer con contundencia tras las declaraciones efectuadas días atrás desde la Consejería de Salud en las que se señalaba que, aunque respetan «escrupulosamente» la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios, «no cabe ningún tipo de objeción de conciencia por parte de los profesionales que trabajan en el Sistema Sanitario Público Andaluz, puesto que las interrupciones voluntarias del embarazo no se realizan en centros públicos, sino que son derivadas a centros concertados que específicamente ofrecen este servicio».

Es cierto que los abortos se están realizando en centros privados, una circunstancia que el año pasado costó a la Junta 6,8 millones de euros, pero los médicos y demás profesionales sanitarios son los que tienen que derivar a las pacientes, algo que muchos no quieren hacer por cuestiones profesionales y éticas.

El Sindicato Médico de Málaga recordó ayer que «la objeción de conciencia es un derecho fundamental individual reconocido en la Constitución Española que no está regulado por otras leyes y se define como la negativa de una persona basada en serias razones de conciencia moral, a realizar ciertos actos o a participar en determinadas actividades que ordena la ley o la autoridad competente en un momento determinado».

«Es un derecho»

«La consejera se equivoca al amenazar a los médicos», señaló el citado sindicato, quien advirtió que «nadie puede disponer de la conciencia moral de sus semejantes y, en consecuencia, todos los médicos están en su derecho de negarse a colaborar tanto directa como indirectamente en un asunto que su conciencia rechaza».

«En las Facultades de Medicina se nos ha enseñado desde tiempo inmemorial a prevenir, tratar, curar o mitigar las enfermedades físicas o psíquicas de nuestros semejantes y, si ello no fuera posible, a consolar al paciente y sus familiares. En ninguna Facultad se nos enseña a quitar la vida a nadie y la objeción de conciencia ante esto es inviolable», incidieron, para después ratificar que «este sindicato apoya y defiende a todos los médicos y anuncia que emprenderá acciones legales contra la consejera y contra todo aquel que obstaculice de algún modo el ejercicio de ese derecho».

El Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM) ha creado recientemente el Registro Andaluz de Médicos Objetores de Conciencia con el objetivo de garantizar «el ejercicio de la cláusula de conciencia a todos los profesionales médicos de la comunidad autónoma, en razón de cualquier práctica sanitaria que afecte sensiblemente a sus convicciones o creencias». La puesta en marcha de esta herramienta soliviantó a la Junta de Andalucía, que rápidamente le quitó legitimidad.

El CACM informó de que la decisión se adoptó en el pleno de presidentes que se celebró recientemente en Sevilla y que era consecuencia de la intranquilidad que

tienen los facultativos ante posibles represalias por ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

Algunos colegios profesionales, como los de Málaga, Cádiz o Jaén, habían creado sus registros provinciales, pero con la puesta en marcha de uno con cobertura regional se intenta proteger a aquellos médicos que pudiesen estar desprotegidos. Este organismo informó que «pondrá a disposición de los más de 32.000 médicos un equipo jurídico especializado en objeción de conciencia» coordinado desde su secretaría.

Se transcribe íntegramente el texto de citada Ley 3-3-2010.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

I. El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

La protección de este ámbito de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos. La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales. Así, en el ámbito de Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que: *Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar.* Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido que *los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia.* En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los

Estados Partes de respetar *el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos, así como a que mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás.*

La presente Ley pretende adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La Ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos.

La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva, y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prenatal.

II. El primer deber del legislador es adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, procurando siempre que la innovación normativa genere certeza y seguridad en las personas a quienes se destina, pues la libertad sólo encuentra refugio en el suelo firme de la claridad y precisión de la Ley. Ese es el espíritu que inspira la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Hace un cuarto de siglo, el legislador, respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en relación con la maternidad, despenalizó ciertos supuestos de aborto. La reforma del Código Penal supuso un avance al posibilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concurriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la Ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo.

La necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que *en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada* y, por otro lado, que *una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo*.

En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico. La experiencia acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico. Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 de abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.

En la concreción del modelo legal se ha considerado de manera especialmente atenta la doctrina constitucional derivada de las sentencias del Tribunal Constitucional en esta materia. Así, en la sentencia 53/1985, el Tribunal, perfectamente dividido en importantes cuestiones de fondo, enunció sin embargo, algunos principios que han sido respaldados por la jurisprudencia posterior y que aquí se toman como punto de partida. Una de esas afirmaciones de principio es la negación del carácter absoluto de los derechos e intereses que entran en conflicto a la hora de regular la interrupción voluntaria del embarazo y, en consecuencia, el deber del legislador de *ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, tratando de armonizarlos si ello es posible o, en caso contrario, precisando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos* (STC 53/1985). Pues si bien *los no nacidos no pueden considerarse en nuestro ordenamiento como titulares del derecho fundamental a la vida que garantiza el artículo 15 de la Constitución* esto no significa que resulten privados de toda protección constitucional (STC 116/1999). La vida prenatal es un bien jurídico merecedor de protección que el legislador debe hacer eficaz, sin ignorar que la forma en que tal garantía se configure e instrumente estará siempre intermediada por la garantía de los derechos fundamentales de la mujer embarazada.

La ponderación que el legislador realiza ha tenido en cuenta la doctrina de la STC 53/1985 y atiende a los cambios cualitativos de la vida en formación que tienen lugar durante el embarazo, estableciendo, de este modo, una concordancia práctica de los derechos y bienes concurrentes a través de un modelo de tutela gradual a lo largo de la gestación.

La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su

embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina *autodeterminación consciente*, dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.

La experiencia ha demostrado que la protección de la vida prenatal es más eficaz a través de políticas activas de apoyo a las mujeres embarazadas y a la maternidad. Por ello, la tutela del bien jurídico en el momento inicial de la gestación se articula a través de la voluntad de la mujer, y no contra ella. La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención. La Ley dispone un plazo de reflexión de al menos tres días y, además de exigir la claridad y objetividad de la información, impone condiciones para que ésta se ofrezca en un ámbito y de un modo exento de presión para la mujer.

En el desarrollo de la gestación, *tiene —como ha afirmado la STC 53/1985— una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre*. El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concurra alguna de estas dos indicaciones: *que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o que exista riesgo de graves anomalías en el feto*. Estos supuestos de interrupción voluntaria del embarazo de carácter médico se regulan con las debidas garantías a fin de acreditar con la mayor seguridad posible la concurrencia de la indicación. A diferencia de la regulación vigente, se establece un límite temporal cierto en la aplicación de la llamada indicación terapéutica, de modo que en caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de la vigésimo segunda semana de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido, con lo que el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el interés en la protección de la vida en formación se armonizan plenamente.

Más allá de la vigésimo segunda semana, la Ley configura dos supuestos excepcionales de interrupción del embarazo. El primero se refiere a aquellos casos en que *se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida*, en que decae la premisa que hace de la vida prenatal un bien jurídico protegido en tanto que proyección del artículo 15 de la Constitución (STC 212/1996). El segundo supuesto se circunscribe a los casos en que *se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico*. Su comprobación se ha deferido al juicio experto de profesionales médicos conformado de acuerdo con la evidencia científica del momento.

La Ley establece además un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de

la intimidad y confidencialidad de las mujeres. Con estas previsiones legales se pretende dar solución a los problemas a que había dado lugar el actual marco regulador tanto de desigualdades territoriales en el acceso a la prestación como de vulneración de la intimidad. Así, se encomienda a la Alta Inspección velar por la efectiva igualdad en el ejercicio de los derechos y el acceso a las prestaciones reconocidas en esta Ley.

Asimismo se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley.

Se ha dado nueva redacción al artículo 145 del Código Penal con el fin de limitar la pena impuesta a la mujer que consiente o se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la Ley eliminando la previsión de pena privativa de libertad, por un lado y, por otro, para precisar la imposición de las penas en sus mitades superiores en determinados supuestos. Asimismo se introduce un nuevo artículo 145 bis, a fin de incorporar la penalidad correspondiente de las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo dentro de los casos contemplados por la Ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella.

Finalmente, se ha modificado la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se sujete al régimen general previsto en esta Ley y eliminar la excepcionalidad establecida en este caso.

III. La Ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, tres Disposiciones Adicionales, una Disposición Derogatoria y seis disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones, los principios inspiradores de la Ley y proclama los derechos que garantiza.

El Título Primero, bajo la rúbrica *De la salud sexual y reproductiva*, se articula en cuatro capítulos. En el capítulo I se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. El capítulo II contiene las medidas en el ámbito sanitario y el capítulo III se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV tiene como objeto la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

En el Título Segundo se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y las garantías en el acceso a la prestación.

La Disposición Adicional primera mandata que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley.

La Disposición Adicional segunda impone al Gobierno la evaluación del coste económico de los servicios y prestaciones incluidos en la Ley así como la adopción de medidas previstas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la Disposición Adicional tercera se refiere al acceso a los métodos anticonceptivos y su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La Disposición Derogatoria deroga el artículo 417 bis del Código Penal introducido en el Código Penal de 1973 por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y cuya vigencia fue mantenida por el Código Penal de 1995.

La Disposición Final primera da nueva redacción al artículo 145 del Código Penal e introduce un nuevo artículo 145 bis, y la Disposición Dinal segunda modifica el apartado cuarto del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Finalmente, las restantes Disposiciones Finales se refieren al carácter orgánico de la Ley, la habilitación al Gobierno para su desarrollo reglamentario, el ámbito territorial de aplicación de la Ley y la entrada en vigor que se fija en cuatro meses desde su publicación, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para su plena aplicación.

TÍTULO PRELIMINAR. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1. **Objeto**

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

Artículo 2. **Definiciones**

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

- a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- b) Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.
- c) Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

Artículo 3. **Principios y ámbito de aplicación**

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan

a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.
3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 4. **Garantía de igualdad en el acceso**

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

TÍTULO I DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CAPÍTULO I POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

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

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

- A) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
- B) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
- C) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
- D) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
- E) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.

- F) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.
- 2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:
 - a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.
 - b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

Artículo 6. **Acciones informativas y de sensibilización**

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

CAPÍTULO II MEDIDAS EN EL ÁMBITO SANITARIO

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

Los servicios públicos de salud garantizarán:

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

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

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

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

CAPÍTULO III MEDIDAS EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

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

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

- A) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- B) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- C) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.
- D) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
- E) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.
- F) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

Artículo 10. **Actividades formativas**

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

CAPÍTULO IV ESTRATEGIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

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

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

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

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

TÍTULO II DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

CAPÍTULO I CONDICIONES DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

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

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

Artículo 13. **Requisitos comunes**

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

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

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

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

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

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

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

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

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

- A) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.
- B) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. **Interrupción por causas médicas**

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

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

con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.

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

Artículo 16. Comité clínico. Real Decreto de 25-6-2010

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.
2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.
3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.
4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.

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

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

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

- A) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.
- B) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

- C) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.
- D) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II GARANTÍAS EN EL ACCESO A LA PRESTACIÓN

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

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

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

1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes ga-

rantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 21. **Tratamiento de datos**

1. En el momento de la solicitud de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, los centros, sin proceder al tratamiento de dato alguno, habrán de informar a la solicitante que los datos identificativos de las pacientes a las que efectivamente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo.

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

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

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

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

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

Artículo 22. Acceso y cesión de datos de carácter personal

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

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

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

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

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

Artículo 23. Cancelación de datos

1. Los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria de embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurri-

dos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. No obstante, la documentación clínica podrá conservarse cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en cuyo caso se procederá a la cancelación de todos los datos identificativos de la paciente y del código que se le hubiera asignado como consecuencia de lo dispuesto en los artículos anteriores.

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

DISPOSICIÓN ADICIONAL PRIMERA. De las funciones de la Alta Inspección

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

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

DISPOSICIÓN ADICIONAL SEGUNDA. Evaluación de costes y adopción de medidas

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

DISPOSICIÓN ADICIONAL TERCERA. Acceso a métodos anticonceptivos

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

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA. Derogación del artículo 417 bis del Código Penal

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

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal

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

Artículo 145

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

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

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

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

Artículo 145 bis

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

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

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

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

Tres. Se suprime el inciso *417 bis* de la letra a del apartado primero de la Disposición Derogatoria Única.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. Modificación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica

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

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

DISPOSICIÓN FINAL TERCERA. Carácter orgánico

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

Los preceptos contenidos en el Título Preliminar, el Título I, el capítulo II del Título II, las Disposiciones Adicionales y las Disposiciones Finales segunda, cuarta, quinta y sexta no tienen carácter orgánico.

DISPOSICIÓN FINAL CUARTA. Habilitación para el desarrollo reglamentario

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

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

DISPOSICIÓN FINAL QUINTA. Ámbito territorial de aplicación de la Ley

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

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

DISPOSICIÓN FINAL SEXTA. Entrada en vigor

La Ley entrará en vigor en el plazo de cuatro meses a partir del día siguiente al de su publicación en el *Boletín Oficial del Estado* (B.O.E., 3 de marzo de 2010).