

**CONCLUSIONES DE LA SUBCOMISIÓN SOBRE LA REFORMA DE LA
REGULACIÓN DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO
EN EL MARCO DE UNA NUEVA NORMA SOBRE DERECHOS Y SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA.**

Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones

sobre la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo, en la Comisión de Igualdad (Número de Expediente 154/000004).

Constitución y objeto de la Subcomisión

El Pleno del Congreso de los Diputados aprobó, en su sesión de 16 de octubre de 2008, la creación de la Subcomisión para realizar un estudio y elaborar unas conclusiones sobre la aplicación de la legislación en materia de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Esta Subcomisión se constituye por iniciativa del Grupo Parlamentario de Esquerra Republicana-Izquierda Unida-Iniciativa per Catalunya Verds y Grupo Parlamentario Socialista. Tras su constitución, se inició una intensa labor de reuniones internas de trabajo, recopilación y estudio de documentación y una ronda de comparecencias que finalizaron el pasado 19 de diciembre de dicho año.

En estas comparecencias se ha dado audiencia a distintos representantes de la sociedad civil, instituciones y organizaciones, para conocer la pluralidad de posiciones con el fin de hacer un balance sobre la aplicación, durante más de dos décadas, de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal.

En el desarrollo de su trabajo, ha elaborado unas conclusiones y recomendaciones examinando cuatro aspectos fundamentales:

1. Análisis de la aplicación de la legislación en materia de interrupción voluntaria del embarazo (en adelante IVE) teniendo en cuenta la evolución de los derechos de las mujeres y los cambios sociales producidos en los últimos veinte años.
2. Evaluación de la idoneidad de la legislación vigente en relación a las condiciones de seguridad jurídica y de respeto a los derechos de las mujeres a decidir sobre el control de su maternidad, y de las y los profesionales que intervienen en las interrupciones voluntarias del embarazo, practicadas de acuerdo a la ley.
3. Análisis de los aspectos básicos de funcionamiento y práctica de la IVE referidos a la equidad territorial y la igualdad en el acceso a la prestación de este servicio, en la red sanitaria pública, concertada y privada.
4. Análisis y valoración del derecho comparado y, en particular, de las leyes europeas más innovadoras de indicaciones y plazos en esta materia atendiendo, en especial, a las instancias realizadas por organizaciones internacionales a favor de regulaciones que aseguren la práctica de la IVE en condiciones seguras y legales.

1. LA REGULACIÓN ACTUAL: EL ENFOQUE PUNITIVO DE LA

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

La práctica actual de la IVE viene determinada por un marco normativo de carácter penal. En efecto, la IVE configura el tipo del delito de aborto previsto en el art. 145 del Código Penal. Este artículo prevé una deslegitimación genérica de la IVE, de manera que sanciona con distintas penas de prisión o multa, tanto a quien produzca el aborto de una mujer con su consentimiento, como a la mujer que produjera su aborto o consintiera que otra persona se lo causara. Como excepción, la pena prevista en el Código Penal no se aplica a los supuestos de aborto que se encuadran en las tres indicaciones o causas de despenalización que la Ley Orgánica 9/1985, de 17 de julio, introdujo en el art. 417 bis del Código Penal anteriormente vigente, es decir, que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada, que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación, 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.

Junto a ello, la Ley Orgánica 9/1985 estableció unos requisitos comunes a los tres supuestos de IVE permitida, como son que el aborto fuera 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, y la necesidad de la mujer de someter su caso al dictamen de médicos especialistas previamente a la práctica de la IVE, en los supuestos primero y tercero, o bien de denunciar con anterioridad a dicha práctica la violación sufrida, en el segundo de dichos supuestos.

El régimen jurídico de la IVE se completó con la aprobación del Real Decreto 2409/1986, de 21 de enero, sobre Centros Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la práctica legal de la IVE.

2. LAS DIFICULTADES Y LOS PROBLEMAS PLANTEADOS EN LA PRÁCTICA DE LA IVE BAJO SU ACTUAL REGULACIÓN

En los más de veinte años transcurridos desde entonces, la aplicación de la actual regulación de la IVE ha planteado dificultades y problemas de diversa índole, muchos de los cuales han sido confirmados por las y los comparecientes en las sesiones de la Subcomisión. Entre los más relevantes, merecen citarse:

a) La inseguridad que se deriva del margen de interpretación inherente a los supuestos en los que se permite la IVE. Esta inseguridad afecta, ante todo, a las mujeres, ya que pone la decisión sobre la IVE en manos de otras personas, pero afecta también a las y los facultativos que emiten los dictámenes previos o que realizan la IVE, ya que en los supuestos conflictivos, la determinación de la licitud o no de la IVE previamente practicada depende de la decisión del órgano judicial que examine cada caso controvertido a posteriori.

b) La inequidad en el acceso a la IVE. La posibilidades de acceder a la IVE

son muy diferentes en las distintas Comunidades Autónomas. Se dan Comunidades en las que no existe ningún centro, ni público, ni concertado, ni privado, que practique la IVE. En otras, la IVE es practicada en centros privados, pero no públicos ni concertados. Junto a ello, existen grandes diferencias en la financiación pública de la IVE en las distintas Comunidades Autónomas. Así, la situación puede variar desde la financiación total con cargo al presupuesto público de la IVE practicada en centros concertados, a casos en los que la financiación pública se encauza a través de un sistema de subvenciones que no asegura el apoyo público a todas las mujeres demandantes de este servicio y que, en todo caso, fuerza a las mujeres en la mayoría de los casos a abonar una parte del coste de la intervención.

La citada inequidad territorial en la práctica ha causado una patente desigualdad en la situación de las mujeres que desean acceder a ella, ya que son las mujeres en situación socio-económica más desfavorable, las que sufren, con particular intensidad, los problemas que dificultan el acceso a la IVE. En la actualidad, esta desigualdad se agrava en grupos de especial vulnerabilidad como mujeres jóvenes o inmigrantes.

c) Carencias a la hora de preservar convenientemente la confidencialidad de los datos de carácter personal de las mujeres que se someten a la IVE.

d) La invocación de la objeción de conciencia en el personal sanitario, favorecida por la falta de regulación, que ha dado lugar a prácticas abusivas, ya que en muchos casos se acogen a la objeción centros sanitarios o profesionales que, prestando sus servicios en el área de la sanidad, no tienen participación en la práctica directa de la intervención en que consiste la IVE. Al mismo tiempo, la falta de apoyo de las Administraciones sanitarias a la IVE hace que sobre su práctica recaiga una cierta desvalorización social, que desincentiva a las y los facultativos.

e) Las circunstancias antes señaladas hacen que, a día de hoy, la gran mayoría de las IVEs sean practicadas en centros privados, siendo el porcentaje de las que se practican en centros sanitarios públicos inferior al 3%, con lo que ello supone en cuanto a la desigualdad en el acceso a la IVE.

f) Existen restricciones en relación con el acceso a la IVE de las mujeres menores de edad. Mientras que la Ley 41/2002 reconoce como norma general a los menores emancipados o con dieciséis años cumplidos una amplia capacidad para dar su consentimiento a las intervenciones clínicas que les afecten, sin embargo exceptúa de dicha regla la IVE, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida. Esta excepción carece de justificación en el caso de la IVE por cuanto no reviste una gravedad mayor que otras intervenciones clínicas y, en la medida en que se trata de decisiones que se refieren al espacio más íntimo de las personas, debe equipararse al régimen general de prestación del consentimiento.

3. LAS CARENCIAS EN MATERIA DE DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Finalmente, las y los comparecientes ante la Subcomisión han puesto de manifiesto la existencia en nuestro país de carencias en el ámbito de los derechos y la salud sexual y reproductiva, que comportan un desajuste de nuestra normativa y de nuestro sistema respecto a las recomendaciones de organizaciones internacionales como la ONU y la OMS.

Se registran carencias en el sistema educativo, en el que no se ofrece formación adecuada en materia afectivo-sexual, que resulta un elemento imprescindible para que las y los jóvenes puedan vivir la sexualidad con responsabilidad y para tratar de evitar embarazos no deseados, así como enfermedades de transmisión sexual y otros riesgos para la salud.

De los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre las tasas de IVE en 2007, se desprende que siguen existiendo carencias, particularmente en las y los jóvenes, en información sobre derechos y salud sexual y reproductiva. Además, existe también un déficit en el acceso a métodos anticonceptivos y a programas de planificación familiar, como elementos más eficaces de prevención frente a los embarazos no deseados.

En algunos casos, además, se han detectado importantes dificultades en el acceso a otros métodos anticonceptivos de emergencia, tales como la píldora postcoital.

Además, la calidad de la prestación sanitaria no está garantizada. Esto se debe a que no se han establecido protocolos médicos de actuación que homogeneicen y aseguren el uso de las técnicas con menor impacto sobre la salud de las mujeres, como por ejemplo la RU-486, más indicada en determinadas situaciones.

Por último, la formación sobre IVE y otros aspectos relacionados con la salud sexual no se contempla adecuadamente en los currículos académicos de las profesiones sanitarias.

4. EL DESFASE CON EL MODO DE ENTENDER EL PAPEL DE LAS MUJERES EN LO RELATIVO A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Con todo, la principal carencia de la regulación actual deriva del hecho de que no reconoce a las mujeres la capacidad de decidir en ningún momento de la gestación sobre la interrupción de los embarazos no deseados. La posibilidad de realizar una IVE sin consecuencias penales está supeditada al criterio de terceros, que son los llamados a decidir sobre la concurrencia de los supuestos o indicaciones previstas en la ley y, por tanto, sobre la posibilidad de la IVE, quedando las mujeres relegadas al papel de una demandante de una prestación cuya autorización corresponde a otros.

Como es evidente, esta configuración de la IVE no se adecua con la concepción mayoritaria sobre la posición jurídica y social de las mujeres en España. De ahí que la regulación actual de la IVE presente un acusado desfase respecto a la evolución de las concepciones de la sociedad española sobre el papel que corresponde a las mujeres en lo relativo a las decisiones

sobre sexualidad y reproducción.

Es notorio que desde el año 1985 se ha producido en la sociedad española grandes avances en lo que se refiere al disfrute por parte de todas las personas, pero especialmente de las mujeres, de la sexualidad en condiciones de libertad y de autonomía individual. La sexualidad es, en efecto, un tema cuyo tratamiento social se ha normalizado y que se vive hoy en día en plena libertad. Esta circunstancia ha hecho que surjan y se concreten nuevas demandas en el terreno de la garantía de los derechos y la salud sexual y reproductiva.

En este marco, una normativa como la actual, que parte siempre de la decisión de terceros sobre la posibilidad o no de practicar la IVE, ha dejado de tener sentido. Hoy en día, la IVE ha de ser analizada también a la luz del derecho de las mujeres a disfrutar en libertad de la sexualidad y a decidir sobre la maternidad, el cual se encuentra, además, vinculado a derechos y libertades reconocidos en la Constitución, como el derecho a la integridad física y moral (art. 15 de la Constitución), la libertad de ideas y creencias (art. 16 de la Constitución), el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen (art. 18 de la Constitución) y el derecho a la protección de la salud (art. 43 de la Constitución), así como a valores y principios plasmados en la propia Constitución, como el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 de la Constitución), y, en fin, la dignidad de la persona (art. 10 de la Constitución), como valor y principio del cual derivan todos los derechos, libertades y valores citados.

5. LAS RECOMENDACIONES DE CONFERENCIAS Y ORGANIZACIONES INTERNACIONALES Y LA REGULACIÓN DE LA IVE EN LOS PAÍSES DE NUESTRO ENTORNO

Por otra parte, la regulación actual de la IVE en España se encuentra notablemente alejada de las recomendaciones en materia de garantía de los derechos y la salud sexual y reproductiva formuladas en los documentos aprobados en el marco de conferencias y organizaciones internacionales con posterioridad a la introducción, en 1985, de los tres supuestos de despenalización del aborto en el art. 417 bis del anterior Código Penal, que es, además, el único artículo de dicho Código Penal que permanece aún vigente hoy en día.

Como es conocido, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, dio lugar a la cristalización de un concepto de salud sexual y reproductiva que logró el acuerdo de 179 Estados, así como un consenso general sobre la necesidad de garantizarla. Según el Programa de Acción de la Conferencia “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. El Programa se refiere también a la salud sexual, “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. En relación con la IVE, el apartado 8.25 del Programa insta a los gobiernos y a las organizaciones

intergubernamentales y no gubernamentales a “ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas”, a asegurar que, en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, se realice en condiciones adecuadas, y a proporcionar a las mujeres “servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos”, así como a proporcionar servicios de planificación, educación y asesoramiento para prevenir embarazos no deseados y evitar la repetición de abortos.

Documentos posteriores han confirmado y desarrollado tales postulados, mediante el reconocimiento a las mujeres de derechos y garantías relativos a la salud sexual y reproductiva y a la participación en las políticas, programas y servicios de salud dirigidos a ellas, tales como la Declaración y la Plataforma de acción aprobadas en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, las Resoluciones aprobadas por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1999, al evaluar la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo, y en 2000, al establecer nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de acción de Beijing, la Observación General número 14 aprobada por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU en el año 2000, y la Resolución 60/1, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2005.

En este sentido, resulta de especial interés la Recomendación General 24 aprobada por el Comité CEDAW el 2 de febrero de 1999, cuyo párrafo 12 establece que “en la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”, así como el compromiso alcanzado en el marco de la Organización Mundial de la Salud en 2004 para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios de aborto seguro.

El reconocimiento de los aspectos relativos a salud sexual y reproductiva y las recomendaciones de levantar la penalización de la IVE han tenido una plasmación especialmente intensa en el ámbito europeo. Así, el Parlamento Europeo aprobó en 2001 la Resolución sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128(INI)), que recomienda proteger la salud reproductiva y el derecho a que el aborto sea legal, seguro y accesible para todas las mujeres, insta a los Gobiernos a que se abstengan de procesar a mujeres a quienes se haya practicado un aborto ilegal y establece una serie de recomendaciones y objetivos para que los Gobiernos garanticen la educación sexual de los jóvenes. Recientemente, cabe destacar la Resolución 1.607 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, de 16 de abril de 2008, que insta a los Estados miembros a “despenalizar el aborto, si no lo han hecho ya” y a “garantizar a las mujeres el efectivo ejercicio de su derecho a acceder a un aborto legal y seguro” y la Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de enero de 2009, sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea 2004-2008 (2007/2145(INI)), que, en su apartado 60, ha subrayado “la necesidad de acrecentar la concienciación pública sobre el derecho a la salud genésica y sexual e insta a los Estados miembros a que velen por que las mujeres pueden disfrutar plenamente de sus derechos, establezcan una educación sexual adecuada e información y servicios de asesoramiento confidenciales, faciliten métodos anticonceptivos con el fin de prevenir todo embarazo no deseado y los

abortos ilegales y en situación de riesgo y luchan contra la práctica de la mutilación genital femenina”.

Por otra parte, se constata un gran desajuste de nuestra regulación de la IVE con respecto a las legislaciones de la mayoría de los Estados europeos. Casi todos los Estados europeos permiten hoy en día que las mujeres decidan sobre la práctica de la IVE en un sistema de plazos que van, normalmente, entre las 10 y las 24 semanas. Así, por ejemplo, Francia tras la reforma llevada a cabo en 2007, amplió el plazo de 12 a 14 semanas y el plazo llega a las 24 semanas en países como el Reino Unido y Holanda.

Por regla general, las leyes de los Estados de nuestro entorno combinan la posibilidad de practicar la IVE en un plazo con determinadas indicaciones, que suelen girar en torno al supuesto de riesgo para la vida o perjuicio para la salud de las mujeres embarazadas, y al de la concurrencia de enfermedades o lesiones graves del feto, si bien en algunos países se contemplan también otros supuestos. Cuando se dan estas indicaciones, se prevén plazos más prolongados para la práctica de la IVE. Por otra parte, la práctica totalidad de los modelos europeos suelen incluir ciertos requisitos adicionales, tales como el asesoramiento de las mujeres y/o un periodo de reflexión, y, en el caso de las indicaciones, dictámenes médicos que certifiquen la concurrencia de la causa que permite la realización de la IVE.

6. PROPUESTAS

Sobre la base de las anteriores consideraciones y los trabajos de la Subcomisión, se propone elaborar una nueva regulación de la IVE en el marco general de una norma sobre derechos y salud sexual y reproductiva, en el ámbito de la Salud Pública, con la consiguiente derogación del delito de aborto del art. 417 bis del anterior Código Penal, aún vigente.

6.1. Líneas del modelo

a) En primer lugar, se propone sustituir el actual modelo de indicaciones por un modelo en el que corresponda a las mujeres embarazadas la decisión sobre la IVE en un plazo determinado sin supervisión de terceros, combinado con la previsión de varios supuestos o indicaciones, en los que la IVE podría practicarse durante un período mayor al plazo general. Se trataría de establecer un plazo que esté en la línea con el previsto con los países de nuestro entorno, que pueda facilitar el consenso social sobre una nueva regulación de la IVE, que atienda las recomendaciones de los organismos internacionales de la OMS, ONU, y Consejo de Europa y que, en particular, dé cabida a la gran mayoría de las IVEs que se practican en nuestro país.

En cuanto a las indicaciones, que no entrarían dentro del plazo deberían tener en cuenta, al menos, los supuestos en que exista un grave peligro para la vida

o salud de la embarazada, se detecten graves anomalías físicas o psíquicas en el feto o malformaciones o enfermedades graves en el mismo incompatibles con la vida.

b) Con el fin de proteger eficazmente la libertad de decisión y la salud de la mujer embarazada, se propone mantener los tres requisitos generales a los que la actual regulación supedita la práctica de la interrupción del embarazo, es decir:

- 1 Consentimiento expreso de la mujer embarazada o de su representante legal.
- 2 Que se practique por profesional sanitario o bajo su dirección.
- 3 Que se lleve a cabo en un centro o establecimiento sanitario público o privado acreditado.

c) Finalmente, se propone establecer la necesidad de que, con anterioridad a la realización de la IVE, se facilite a las mujeres, de manera objetiva, neutra y en base a la evidencia científica, información precisa, por una parte, sobre las características médicas de la intervención y, por otra, sobre alternativas, ayudas y apoyos sociales que se encuentran a su disposición en el caso de que continúe con el embarazo.

Atendiendo a lo citado anteriormente, la futura ley de plazos deberá ser configurada de forma que resulte plenamente compatible con la jurisprudencia establecida por el Tribunal Constitucional en su sentencia 53/1985. A este respecto, ha de tenerse en cuenta que, como han puesto de manifiesto varios de los comparecientes ante la Subcomisión, la STC 53/1985 limita sus efectos a decidir sobre la constitucionalidad de la regulación concreta contenida en el Proyecto que, posteriormente, dio lugar a la Ley Orgánica 9/1985. Se trata, pues, de una sentencia cuya finalidad es resolver sobre un caso concreto, que en modo alguno impone en términos abstractos un determinado sistema de despenalización de la IVE y que, por lo tanto, a pesar de que el TC establece en los fundamentos jurídicos una serie de condicionantes técnicos para la realización de la IVE no excluye, ni tácita ni expresamente, la implantación de un sistema de plazos y permite al legislador articular modelos de regulación distintos al sistema de indicaciones previsto en la Ley Orgánica 9/1985.

Por otro lado, es relevante recordar el criterio de la mencionada Sentencia en virtud del cual se considera que, en el ámbito de la IVE, no estamos ante un conflicto entre dos derechos fundamentales; los únicos derechos fundamentales implicados en esta cuestión son los derechos de las mujeres. En este sentido, no son de la misma entidad los derechos fundamentales de las mujeres embarazadas, que el bien jurídico protegible nasciturus.

Es cierto que la STC 53/1985 expresa con claridad el deber del Estado de proteger al nasciturus. Deber que, a juicio del Tribunal impone a aquél las obligaciones de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación y de establecer un sistema legal de defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que incluya también las normas penales como última garantía. Pero no es menos cierto que ni en esta sentencia ni en ninguna otra precisa el Tribunal Constitucional el sistema de protección al nasciturus que debe establecerse, por lo que su concreción corresponde al legislador, que dispone de varias opciones para ello. Como el

propio Tribunal Constitucional señala en su sentencia el legislador puede adoptar cualquier solución dentro del marco constitucional, pues no es misión de este Tribunal sustituir la acción del legislador.

Y la que aquí se propone responde plenamente a la doctrina general del Tribunal Constitucional puesto que garantiza las libertades y derechos fundamentales de las mujeres implicados en la decisión de llevar a cabo la IVE y, simultáneamente, brinda una protección adecuada al nasciturus, a través de requisitos tales como la información que obligatoriamente se debe proporcionar a las mujeres sobre las ayudas y el apoyo social del cual dispondrán en el caso de continuar con su embarazo.

6.2. Cuestiones fundamentales

Al margen de la regulación legal de la IVE en sentido estricto, se propone que se aborden las siguientes cuestiones estrechamente relacionadas con ella:

a) Suprimir de la Ley 41/2002 la excepción al régimen ordinario de prestación del consentimiento en el caso de intervenciones clínicas que afecten a menores de edad, cuando la intervención consista en la práctica de la IVE. El objetivo es reconducir la práctica de la IVE al régimen ordinario, en el cual se reconoce a las menores la capacidad para decidir autónomamente a partir de los dieciséis años, y se establece que aquella deberá ser oída cuando sea mayor de doce años.

b) Clarificar el ejercicio de la objeción de conciencia, que en ningún caso podrá ser invocada por los centros sanitarios, y no debe erigirse en un obstáculo para el acceso de las mujeres a la IVE, correspondiendo a las autoridades sanitarias velar en todo momento por la efectividad de dicha prestación.

c) Adoptar medidas normativas complementarias para garantizar plenamente el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de las mujeres que deciden interrumpir su embarazo dentro del marco que prevea la ley.

d) Regular el consentimiento informado de modo que la información recibida acerca de la intervención médica de la IVE sea a través de un texto homologado y común para todas las mujeres que la demanden.

Establecer protocolos sencillos que garanticen la agilidad de los trámites para solicitar y realizar la prestación en la red sanitaria pública.

e) Facilitar apoyo institucional del Estado a las y los profesionales que intervienen en la práctica de la IVE trabajando por la dignificación de esta prestación sanitaria, así como de las y los profesionales que con su esfuerzo consiguen que sea una prestación sanitaria de calidad.

6.3. La IVE, en el marco de una nueva normativa sobre derechos y salud sexual y reproductiva

Finalmente, la regulación de la IVE debería complementarse, como hemos adelantado, en el marco de una estrategia más amplia sobre derechos y

salud sexual y reproductiva, que prevengan embarazos no deseados. Donde se contemplen otras medidas tales como:

- a) Diseñar políticas públicas en materia de prevención acordes con las necesidades de los distintos grupos de mujeres que interrumpen su embarazo, en especial para los colectivos más vulnerables.
- b) La formación en educación afectivo-sexual obligatoria en el sistema educativo, con el fin de prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y otros problemas para la salud, así como poner las condiciones para un intercambio afectivo, en toda su versatilidad y sin tabúes, entre las y los jóvenes basado en la igualdad, la libertad y el respeto a los derechos de la otra persona y para un desarrollo responsable de la sexualidad.
- c) Garantizar la prestación de atención de calidad en salud sexual y reproductiva desarrollando los servicios, dentro del sistema sanitario público, de la planificación familiar, contemplando la posibilidad de establecer centro y líneas de atención específica para jóvenes.
- d) Facilitar la información y el acceso a los métodos anticonceptivos fiables y seguros, los de última generación y de emergencia comprobados clínicamente, asegurando que esta prestación sea accesible para todas las mujeres y especialmente para las más jóvenes.
- e) La inclusión de la IVE y de las cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva en los planes de estudio de las profesiones sanitarias.
- f) Impulsar la investigación de las necesidades que en materia de anticoncepción, IVE y salud sexual y reproductiva afrontan mujeres y hombres.
- g) Garantizar la calidad de la prestación sanitaria, estableciendo protocolos médicos de actuación que indiquen de forma uniforme, las condiciones técnico-sanitarias con el menor impacto sobre la salud de las mujeres.
- h) Dar mayor sentido, dentro del sistema de salud público, al diagnóstico prenatal basado en los avances tecnológicos, de modo que, si se ha producido un diagnóstico de malformación grave, se asegure la continuidad asistencial, en su caso, conforme al protocolo de la IVE.
- i) La corrección de las desigualdades que se vienen registrando en el acceso a la IVE, asegurándola dentro de la red sanitaria pública como prestación sanitaria.
- j) Campañas informativas sobre los derechos sexuales y reproductivos así como de los servicios existentes dirigidos al conjunto de mujeres y hombres, especialmente juventud e inmigración.

Todo ello, en un marco general que tenga en cuenta de manera específica la condición de las mujeres, y que el reconocimiento de un ámbito de libre decisión en el terreno de los derechos y la salud sexual y reproductiva se

encuentra vinculado a principios, valores, derechos y libertades plasmados en la Constitución.