

**Nº 40**  
**Cuarto trimestre 2024**

# **Gabilex**

**REVISTA DEL GABINETE  
JURÍDICO DE  
CASTILLA-LA MANCHA**



© Junta de Comunidades de Castilla La Mancha

REVISTA DEL GABINETE  
JURÍDICO  
DE CASTILLA-LA MANCHA

Gabilex

Nº 40

Diciembre 2024



Castilla-La Mancha

<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

## **Número 40. Diciembre 2024**

**Revista incluida en Latindex, Dialnet, MIAR, Tirant lo Blanch**

**Solicitada inclusión en SHERPA/ROMEO, DULCINEA y REDALYC**

**Disponible en SMARTECA, VLEX y LEFEBVRE-EL DERECHO**

Editado por Vicepresidencia

D.L. TO 862-2014

ISSN 2386-8104

[revistagabinetejuridico@jccm.es](mailto:revistagabinetejuridico@jccm.es)

Revista Gabilex no se identifica necesariamente con las opiniones vertidas por sus colaboradores en los artículos firmados que se reproducen ni con los eventuales errores u omisiones.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.



## DIRECCIÓN

### **D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Belén López Donaire**

Directora de los Servicios Jurídicos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Letrada del Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

## CONSEJO DE REDACCIÓN

### **D<sup>a</sup> Antonia Gómez Díaz-Romo**

Letrada Coordinadora del Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

### **D. Roberto Mayor Gómez**

Letrado-Director de los Servicios Jurídicos de las Cortes de Castilla-La Mancha.

### **D. Leopoldo J. Gómez Zamora**

Director adjunto de la Asesoría Jurídica de la Universidad Rey Juan Carlos.

Letrado del Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.



## COMITÉ CIENTÍFICO

### **D. Salvador Jiménez Ibáñez**

Ex Letrado Jefe del Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Ex Consejero del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha.

### **D. José Antonio Moreno Molina**

Catedrático de Derecho Administrativo de la Universidad de Castilla-La Mancha.

### **D. Isaac Martín Delgado**

Profesor Dr. Derecho Administrativo de la Universidad de Castilla-La Mancha.

Director del Centro de Estudios Europeos "*Luis Ortega Álvarez*".

## CONSEJO EVALUADOR EXTERNO

### **D. José Ramón Chaves García**

Magistrado de lo contencioso-administrativo en Tribunal Superior de Justicia de Asturias.

### **D<sup>a</sup> Concepción Campos Acuña**

Directivo Público Profesional.

Secretaria de Gobierno Local.



**D. Jordi Gimeno Beviá**

Vicedecano de Investigación e Internacionalización.  
Facultad de Derecho de la UNED. Prof. Derecho Procesal

**D. Jorge Fondevila Antolín**

Jefe Asesoría Jurídica. Consejería de Presidencia y  
Justicia. Gobierno de Cantabria.  
Cuerpo de Letrados.

**D. David Larios Risco**

Letrado de la Junta de Comunidades de Castilla-La  
Mancha.

**D. José Joaquín Jiménez Vacas**

Funcionario de carrera del Cuerpo Técnico Superior  
de Administración General de la Comunidad de Madrid

**D. Javier Mendoza Jiménez**

Doctor en Economía y profesor ayudante doctor de  
la Universidad de La Laguna.



## SUMARIO

### EDITORIAL

El Consejo de Redacción ..... 11

### **ARTÍCULOS DOCTRINALES**

#### **SECCIÓN NACIONAL**

REFLEXIONES JURÍDICAS SOBRE LA NECESIDAD DE UNA LA LEY DE RESPONSABILIDAD SANITARIA EN ESPAÑA. PROPUESTA DE LEGE FERENDA

D<sup>a</sup>. Marta María Sánchez García .....17

FUNDAMENTOS, CRÍTICAS Y CONSECUENCIAS DE LA IMPLEMENTACIÓN GENERAL DEL "PIN PARENTAL" EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL.

D. Juan Azorín Toboso. ....91

EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES.

D<sup>a</sup> Nuria María Garrido Cuenca.....205

«SOFT LAW» O LAS REGLAS DE BOXEO DEL MARQUÉS DE QUEENSBERRY

D. José Joaquín Jiménez Vacas .....281

PRISIÓN PERMANENTE REVISABLE. ALGUNOS PROBLEMAS INTERPRETATIVOS EN RELACIÓN CON SU ÁMBITO MATERIAL DE APLICACIÓN.



ESPECIAL REFERENCIA AL DELITO DE ASESINATO  
HIPERAGRAVADO

D<sup>a</sup> Miriam Carralero

Valera.....303

DICTAMEN SOBRE UN CASO DE AGRESIÓN SEXUAL

D<sup>a</sup> Andrea Cantos Martínez.....381

**SECCIÓN INTERNACIONAL**

EL ACUERDO DE CONTRATACIÓN PÚBLICA Y LOS  
PAÍSES EN DESARROLLO. UNA HERRAMIENTA  
COMERCIAL PARA MÉXICO



## EDITORIAL

En el número 40 de la Revista Gabilex, se incluyen en la sección nacional seis artículos doctrinales que se suman a un artículo de la sección internacional todos ellos de máximo interés.

En primer lugar, debe destacarse el excelente trabajo de D. Marta María Sánchez García, ganadora de la Categoría General de los premios Gabilex 2024 con el artículo que lleva por título "Reflexiones jurídicas sobre la necesidad de una la ley de responsabilidad sanitaria en España. propuesta de lege ferenda"

El siguiente artículo que podrán disfrutar los lectores corresponde a D. Juan Azorín Toboso, ganador de la Categoría Masteres, TFG y similares, en el ordenamiento jurídico español." con el artículo que lleva por título "Fundamentos, críticas y consecuencias de la implementación general del "pin parental".

A continuación, D<sup>a</sup> Nuria María Garrido Cuenca realiza un estudio brillante sobre "El derecho a la salud sexual y reproductiva de las madres adolescentes"

D. José Joaquín Jiménez Vacas aborda bajo el título "«Soft Law» o las reglas de boxeo del marqués de Queensberry" un comentario de investigación, en relación con las regulaciones blandas, verdes o flexibles («soft law»).



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

A continuación, D<sup>a</sup> Miriam Carralero Valera aborda un tema de máximo interés con el artículo doctrinal "Prisión permanente revisable. Algunos problemas interpretativos en relación con su ámbito material de aplicación. Especial referencia al delito de asesinato hiperagravado"

La sección nacional se cierra con la obra de D<sup>a</sup> Andrea Cantos Martínez sobre "Dictamen sobre un caso de agresión sexual". Un interesante artículo en el que aborda el caso práctico penal cuyo eje vertebrador es el delito de agresión sexual contra la defendida. Debiéndose tener en cuenta la pluralidad de delitos deslindados del factum, la autora realiza una calificación jurídica de los hechos y se centra en un aspecto fundamental para la resolución del mismo: la agravante genérica por razón de sexo.

La sección internacional cuenta con el excelente trabajo de D. Rodolfo Cancino Gómez que hará las delicias de los lectores sobre "El acuerdo de contratación pública y los países en desarrollo. una herramienta comercial para México". El Acuerdo de Contratación Pública (ACP) ofrece principios de operación que incentivan la no discriminación y una mayor apertura de amplio espectro del marco de contratación. La mayoría de los países en desarrollo, tienen compromisos contenidos en los tratados comerciales u otros mecanismos de cooperación comercial en materia de contratación, pero el ACP representa una oportunidad para combatir la corrupción y el neoproteccionismo. Una eventual adhesión al ACP implica una serie de obligaciones, pero también muchos beneficios para detener prácticas unilaterales y discriminatorias, así como un mecanismo



de solución de conflictos en un contexto de equidad procesal.

El Consejo de Redacción



# EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MADRES ADOLESCENTES

**D<sup>a</sup>. Nuria María Garrido Cuenca**

Catedrática Derecho Administrativo UCLM. Máster en Derecho Sanitario y Bioética

**Sumario:** 1. INTRODUCCIÓN. Problemática médica, psicosocial, ética y jurídica del embarazo adolescente. 2.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS. 3.- ¿PUEDO CONFIAR EN MI MÉDICO? Derecho a la información, consentimiento informado o por representación. Derecho a la intimidad y deberes profesionales de secreto y confidencialidad. 3.1.- El derecho a la salud sexual y reproductiva: ¿derecho fundamental, derecho subjetivo de configuración legal, derecho de creación jurisprudencial?; 3.2.- La menor, su capacidad, su derecho de autonomía y el consentimiento. Las dificultades que sigue planteando la teoría de la escala móvil de capacidad y la concepción del "menor maduro". 4.- ¿Y SI DECIDO INTERRUMPIR MI EMBARAZO? De los métodos anticonceptivos a la interrupción voluntaria, pasando por el derecho de información tras la LO 1/2023, de 28 de febrero: 4.1. Consentimiento informado ¿sin información?; 4.2.- Patria potestad y decisión de interrumpir el embarazo sin información ni



consentimiento de los padres o representantes legales a partir de los 16 de años. 5.- SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE. Desde la atención primaria a la especialización en equipos multidisciplinares, como apuesta para la salud integral. 6.- MEDIDAS DE APOYO Y AYUDA A LOS PADRES ADOLESCENTES: padres, abuelos e instituciones públicas. 7.- Y PARA CONCLUIR: ANDRAGOGÍA O EL ARTE DE EDUCAR. La importancia de la información y la educación como reto de futuro. BREVES CONCLUSIONES. BIBLIOGRAFÍA

**Palabras clave:** salud sexual y reproductiva, interrupción voluntaria del embarazo, derecho de autodeterminación, autonomía de la voluntad, consentimiento informado, derecho a la información sanitaria, menor maduro, intimidación y secreto.

**Keywords:** sexual and reproductive health, voluntary interruption of pregnancy, right to self-determination, autonomy of will, informed consent, right to health information, mature minor, privacy and secrecy

## **1.INTRODUCCIÓN. Problemática médica, psicosocial, ética y jurídica del embarazo adolescente.**

Los embarazos en adolescentes en España suponen entre el 2 y el 2,2% del total de embarazos, con una tasa de fecundidad del 6,2 %, muy inferiores a las existentes a nivel mundial como indicador del nivel socioeconómico de los países. En la literatura se postula que la combinación de intervenciones múltiples como actuaciones educativas y el uso de anticonceptivos disminuyen el embarazo en adolescentes. Sin embargo,



en nuestro país, en el momento actual, a pesar de la libre disposición de métodos anticonceptivos y la amplia difusión de información, la tasa de embarazos en adolescentes se mantiene constante en las últimas décadas con ligeros aumentos y disminuciones, mayores estas en el último lustro, pero los cambios no llegan a ser trascendentes y siguen siendo objeto de preocupación.

El embarazo en la adolescencia es considerado un importante problema de salud pública, por tener un gran impacto social, personal y médico entre la población adolescente<sup>1</sup>. De ahí que hoy la tasa de fecundidad de las adolescentes (de entre 10 y 14 años, y de entre 15/20 años) sea uno de los indicadores incluidos entre los objetivos de la Agenda 2030, meta 3.7.: “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”.

Tener un hijo es una de las experiencias vitales más gratificantes que puede vivir una pareja, cuando se vive con responsabilidad, cuando forma parte de un proyecto, cuando se espera con ilusión, cuando la pareja es estable.

Los adolescentes no tienen adquiridas las habilidades, la responsabilidad y la autonomía suficientes para tener, cuidar y educar a un niño adecuadamente. No han terminado su formación académica, no tienen trabajo,

---

<sup>1</sup> MARTINEZ-GUISASOLA, J., GUERRERO, M. “Embarazo y maternidad en adolescentes”, en *Pediatría Integral* 2022; XXVI (5): 289-299



dependen de sus padres, en definitiva, no están preparados para enfrentarse a tamaña responsabilidad. Ello conduce a la aparición de situaciones de crisis, de temor, de preocupación por el futuro inmediato, y sobre todo un rechazo al embarazo que, en no pocas ocasiones, va a terminar en un proceso abortivo. Además, la adolescente embarazada vive esta situación con la angustia y el miedo a hacer partícipes de la situación a sus padres. Se siente, en una palabra, "desbordada", lo que conlleva que los porcentajes respecto a su salud mental (desde estados de ansiedad, depresión y otros) se dupliquen respecto a los parámetros normales -si bien cada vez más preocupantes- del resto de adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud ha definido la adolescencia como: "el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, ente los 10 y los 19 años". La adolescencia es un periodo de la vida de rápido crecimiento y desarrollo, una etapa con entidad propia en que el adolescente adquiere nuevas capacidades y se enfrenta a nuevos retos. Un ciclo de transición que se caracteriza por enormes cambios físicos, psicológicos, sociales y emocionales, incluido el inicio de la actividad sexual, lo que la convierte en una fase vital de vulnerabilidad para conductas de riesgo que pueden acarrear consecuencias de cara a su futuro, entre ellas el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud, *Embarazo en la Adolescencia* . 15 Sept. 2022, recuperado en: [www.who.int/es/news-room/fact-shets/detail/adolescent-pregnancy](http://www.who.int/es/news-room/fact-shets/detail/adolescent-pregnancy) (última búsqueda: 5-4-2024)



El embarazo en la adolescencia (EA) es aquel que ocurre en mujeres menores de 20 años, tanto de forma deseada como no, pero frecuentemente no planificado (con datos cercanos al 90%), y como acontecimiento prematuro e inoportuno va a suponer un impacto negativo para la joven en todos los aspectos vitales de esta etapa de la vida. El diagnóstico del embarazo en la adolescencia suele ser tardío y, frecuentemente, asociado a un rechazo de la pareja y de la familia. Además, los datos reflejan un mayor riesgo en la gestación y en el periodo perinatal, con mayor mortalidad materno -fetal, hasta el punto de que todo embarazo de una adolescente menor de 16 años es considerado como "embarazo de riesgo" desde el punto de vista médico, a los efectos de su tratamiento y seguimiento<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Para la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, SEGO, todo embarazo en una mujer menor de 16 años debe ser considerado de riesgo, ya que es principalmente a estas edades, cuando está descrita una mayor morbimortalidad perinatal e infantil. Muchas son las complicaciones asociadas a la gestación en madres adolescentes, destacando: preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y retraso de crecimiento intrauterino (RCIU), así como un incremento en la tasa de muertes fetales intraútero, abortos y muerte intraparto. Los peores resultados perinatales se observan cuando la gestación se produce en los dos primeros años después de la menarquia y la incidencia de estos se multiplica por 4 en madres de 13 a 15 años, y se duplica en madres de 15 a 19 años respecto a la incidencia observada en madres mayores de 19 años; en todos los casos, se relacionan las complicaciones con el retraso de los cuidados perinatales. Véase Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ProSego. Embarazo en la Adolescencia. Madrid: SEGO 2013. Disponible



Pero, sobre todo, el embarazo adolescente se asocia a un potencial impacto negativo en el futuro bienestar de madre e hijo, manifestado en múltiples facetas vitales que condicionan las relaciones sociales, educativas y económicas: interrupción de los estudios con la consiguiente dificultad de entrada en el mercado laboral, limitación de recursos de cara a ejercer la maternidad, ruptura del círculo de amistades y la pertenencia al grupo, entre otras. En muchas ocasiones, este evento precipita la entrada en un círculo vicioso de aislamiento social, pobreza, vulnerabilidad, e incluso patológico, como la depresión u otros problemas de salud mental. Además, normalmente fruto de una relación esporádica y/o inestable, finaliza con la separación de la pareja, originando una maternidad en solitario, incrementando exponencialmente las dificultades de ejercicio de la propia autonomía, prolongando la dependencia de sus propias familias y la de los sistemas asistenciales como únicos recursos de garantía del bienestar y de una calidad de vida digna de la adolescente y el menor<sup>4</sup>.

---

en: <https://www.sego.es/gapSEGO/Guias de Asistencia Practica#perinatal>.

Se trata de una Guía sobre el control de la gestación en la adolescente, elaborada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, que explica: la situación epidemiológica, el procedimiento de control y las complicaciones de estas gestaciones, con un enfoque centrado en las mujeres jóvenes. (Última búsqueda: 6-4-2024)

<sup>4</sup> MADRID, J, HERNÁNDEZ, GENTILE, L., CEVALLOS, L., "Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales", *Adolescere*, 2019, VII (1), 39-47



Algunos fenómenos sociales que explican los embarazos no deseados son: el cambio en los modelos de sexualidad e importancia para el adolescente, el acceso prematuro a las nuevas tecnologías con información tan desbordante como engañosa -por ejemplo, a la pornografía u otras páginas de contenido sexual no apropiado y sin filtros adecuados para los menores-, el aumento de la actividad sexual temprana, e incluso el problema creciente de la violencia de género en los centros escolares, cuando no intrafamiliar (sobre todo en algunos países). Además, el EA se encuentra en ocasiones favorecido por factores sobreañadidos como pueden ser: entorno familiar desestructurado o complicado, bajo nivel socioeconómico, ambiente social conflictivo, consumo de sustancias, rechazo familiar y/o social, etc.

En este contexto, la mayoría de los estudios señalan que el diagnóstico por el pediatra o el médico de atención primaria no es sencillo, la sospecha EA no se encuentra en primer lugar en la consulta. La mayoría de adolescentes consulta por síntomas inespecíficos o atribuibles a su enfermedad de base, como es el caso de descompensación de su enfermedad psiquiátrica previa o amenorrea en adolescentes con trastorno del comportamiento alimentario, un gran número por enfermedad digestiva (vómitos, diarrea, dolor abdominal), algunas por sangrados inespecíficos...<sup>5</sup>. Sin

---

<sup>5</sup> PALOMINO PÉREZ, L.M., PÉREZ SUÁREZ, E., CABRERO HERNÁNDEZ, M, DE LA CRUZ BENITO, A., CAÑEDO, G., "Embarazo en adolescentes en los últimos 11 años. Motivos de consulta y factores de riesgo", en *Anales de Pediatría*, Vol.



embargo, aunque no es frecuente, debe incluirse como diagnóstico diferencial en pacientes de este grupo de edad, pues la diagnosis precoz va a ser fundamental para un manejo adecuado.

Además, este diagnóstico también es complicado desde el punto de vista de los principios legales y éticos, pues el profesional deberá conjugar los principios de autonomía del paciente y paternalismo, confidencialidad y secreto, intimidad y superior interés del menor. Una ecuación que, si complicada en la edad adolescente en cualquier consulta, se torna realmente difícil en el caso de un embarazo, donde además deben conocerse las herramientas para manejar una situación donde la paciente puede estar acompañada, con o sin sospecha inicial del diagnóstico. No menos problemática puede ser la consulta profesional en el caso de que la menor tenga confirmado su embarazo y acuda (sola o acompañada) para tomar la decisión -o incluso ratificarla- de interrupción voluntaria del embarazo. Y es que, las últimas reformas legales en España no dejan una situación fácil al profesional, al haberse eliminado incluso la posibilidad de informar a la menor del resto de opciones, apoyos y consejo que, sólo si explícitamente se solicitan por la paciente, pueden ofrecerse en la consulta.

En fin, aunque los últimos datos sobre embarazo adolescente permiten pensar que la ratio seguirá

---

89. Núm. 2.páginas 121-122 (agosto 2018),  
DOI: 10.1016/j.anpedi.2017.11.001



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

descendiendo, debemos analizar si las políticas normativas más recientes plantean medidas preventivas realmente eficaces, una educación en sexualidad eficiente y, en su caso, si la protección de la menor adolescente embarazada o ya madre goza de las garantías que le permitan llevar una vida lo más plena posible.

Ambas cuestiones han sido objeto de atención en la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, que modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo<sup>6</sup>. Esta norma resulta troncal para el reconocimiento, tutela y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas y, particularmente, de la mujer, como elemento inescindible de los derechos fundamentales en el ámbito sanitario, como omnicomprendivamente reza su artículo primero:

*"Esta ley orgánica tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y de la salud reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y de los derechos sexuales y reproductivos, así como establecer las obligaciones de los poderes públicos para que la población alcance y mantenga el mayor nivel posible de salud y educación en relación con la sexualidad y la reproducción. Asimismo, se dirige a prevenir y a dar respuesta a todas las manifestaciones de la violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo".*

---

<sup>6</sup> BOE-A.2023-5364



Este análisis pretende ofrecer una panorámica aproximada a todas estas cuestiones basándose en la premisa de una salud integral de nuestros adolescentes, que se adelante a este problema desde una visión holística y pluridisciplinar tan necesaria para garantizar sus derechos a la protección de la salud. Por ello, este estudio pretende aportar algo de luz y a suplir una problemática, insuficientemente abordada desde una perspectiva jurídica hasta la fecha por la novedad de las recientes reformas legales y la doctrina constitucional, en tanto necesitada de una revisión que tome en consideración e incorpore también los aspectos ético-médicos, tan importantes para orientar en la práctica a nuestros profesionales sanitarios, sociosanitarios, del ámbito de la educación o del trabajo social, pues la visión multidisciplinar debe ser la premisa de partida para garantizar los derechos sanitarios de nuestros adolescentes en toda su extensión.

## **2.- DATOS EPIDEMIOLÓGICOS**

En la mayoría de los países europeos las relaciones sexuales se inician como media en torno a los 16 años, en la mitad de los casos, sin utilizar método anticonceptivo alguno, produciéndose gestaciones no deseadas cuya incidencia sigue una senda de descenso progresivo en los países desarrollados, en parte gracias a las medidas y programas educativos que se están implementando desde instancias internacionales y nacionales.

La prevalencia del EA es un indicador epidemiológico que se relaciona en gran medida con la situación socioeconómica del país.



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

A grandes rasgos, a nivel mundial entre 3 y 4 de cada 10 mujeres menores de 20 años se quedan embarazadas en, por lo menos, una ocasión. Ello significa que cada año nacen entre 14 y 16 millones de niños fruto de EA, esto es, el 10-11 % total de nacimientos anuales. Estas gestaciones y partos a nivel mundial ocasionan el 23 % de la morbi-mortalidad materna, siendo la principal causa de mortalidad entre adolescentes de 15 a 19 años . El 90 % de estas gestaciones y de esta mortalidad suceden en los países subdesarrollados e implican un alto riesgo de abortos con escasas garantías de seguridad. Como señala la Organización Panamericana de la Salud, en América Latina y el Caribe se sigue concentrando el mayor porcentaje de gestantes adolescentes con 66.5 nacimientos por cada 1000 mujeres, siendo superado solo por África subsahariana <sup>7</sup>.

En España, la tasa de fecundidad en adolescentes ha ido descendiendo de forma pronunciada desde los años 80,

---

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. Disponible en [https://www.who.int/maternal child adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/) [ Links ]; Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. WHO. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> [ Links ]; Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. Disponible en [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0) [ Links ] Última búsqueda: 6-4-2024



estabilizándose en los 90, registrando algún repunte a principios de este siglo, para luego ir progresivamente decreciendo. En 2017 las cifras se habían reducido casi un 50 % en relación con años anteriores, situándose en los años 2020 y 2021 en una cifra cercana a los 7.000 EA. La ratio sobre el total de estos nacimientos se sitúa en los años 2020 a 2022 en 2,12 y 2,13 %.

Por tanto, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>8</sup>, la tendencia en estos últimos años ha sido descendente en todas las edades de adolescentes. Sin embargo, la tasa de fecundidad varía según la nacionalidad y la edad. No sólo eso, la concentración de madres adolescentes varía dependiendo de la Comunidad Autónoma, de tal forma que las regiones con mayores índices de nivel de estudios, de renta per cápita y de participación femenina en el mercado de trabajo tienen unas tasas de fecundidad adolescente hasta un 40% menor frente a las menos favorecidas en términos socioeconómicos.

Problema añadido y relacionado es el de las mujeres migrantes o de algunos colectivos (especialmente el de la raza gitana) que no están accediendo a los recursos de atención en salud sexual y reproductiva. Como se señala en los recursos de la UNAF, *“la participación de estas mujeres en los servicios y recursos de atención especializada es anecdótica, estimamos que solo alcanza un 0,1%, lo que pone de manifiesto que las mujeres en su gran mayoría no acceden y que los recursos no llegan”*. La razón se encuentra en las barreras sociales, culturales e institucionales a las que se enfrentan las

---

<sup>8</sup> Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) (ine.es), última búsqueda: 5-4-2024



mujeres migrantes o de peculiaridades raciales a la hora de ejercer estos derechos. El desconocimiento del idioma, las diferencias culturales y todas las circunstancias derivadas de la propia situación migratoria, como la precariedad laboral, la falta de red de apoyo, la falta de información sobre el funcionamiento de los recursos y cómo acceder a ellos, o la desconfianza en las instituciones por la xenofobia y el racismo son causantes de que muchas mujeres no puedan ejercer de forma plena a sus derechos sexuales y reproductivos. De ahí la importancia también de establecer medidas de discriminación positiva que corresponde a los poderes públicos, para velar por el acceso universal a los servicios públicos de salud sexual y reproductiva para el pleno ejercicio de los derechos en este ámbito, independientemente de su situación administrativa<sup>9</sup>

Estos datos nos hacen plantearnos que la combinación de medidas de información y prevención del EA no son igual de eficaces en toda la población y son necesarias medidas de actuación dirigidas específicamente a estos grupos de riesgo, con una formación en la materia y un seguimiento más individualizado y ajustado a sus condiciones socioculturales.

Como se ha señalado, cerca del 90 % de los EA son no deseados o no planificados, siendo en la adolescencia un acontecimiento prematuro e inoportuno, que repercute tanto en la salud de la madre como en la del feto,

---

<sup>9</sup> Recursos UNAF, Unión de Asociaciones Familiares, UNAF denuncia la vulneración de derechos sexuales y reproductivos que sufren las mujeres migrantes y reivindica su acceso con la campaña "Tú importas" | UNAF, Última consulta: 6-4-2024



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

---

asociando consecuencias sociales, educativas y económicas, además de efectos en la salud mental.

Otro dato a tener en cuenta es el porcentaje de EA que termina en interrupción voluntaria, que se calcula en principio sobre el 35%, aunque esta cifra puede estar infravalorada y alcanzar casi al 60 %. El 63% de los embarazos de adolescentes y el 29% de los de mujeres inmigrantes acaban en aborto<sup>10</sup>.

Según se desprende del Registro Estatal de Interrupciones Voluntarias del Embarazo publicado por el Ministerio de Sanidad, la tasa IVE en 2022 fue de 11,68 por cada 1.000 mujeres entre 15 y 44 años, frente a los 10,70 de 2021. En cuanto a la edad de las mujeres, las menores de 20 años representan el 10,61% del total. El 41,28% de ellas declararon no usar ningún método anticonceptivo<sup>11</sup>.

Un problema añadido es que hasta un 20 % de adolescentes se vuelven a embarazar en este periodo, lo que nos induce a pensar que algo está fallando en el sistema de prevención y protección, al persistir los mismos factores de riesgo y una ineficaz conducta anticonceptiva.

---

<sup>10</sup> Instituto de Política Familiar (IPF) en su informe "El aborto en España 2023" [Informe del Aborto en España 2019 del Instituto de Política Familiar \(IPF\) - Iglesia Española - COPE](#) Última consulta: 6-4-2024

<sup>11</sup> El Informe con los datos actualizados, en [280923-interrupcion-voluntaria-embarazo-2022.pdf](#) ([lamoncloa.gob.es](http://lamoncloa.gob.es)) Última consulta: 5-4-2024



### **3.- ¿PUEDO CONFIAR EN MI MÉDICO? Derechos de los adolescentes a la información, consentimiento informado o por representación. Derecho a la intimidad y deberes profesionales de secreto y confidencialidad.**

Las adolescentes precisan una consideración especial a su edad por parte de los distintos profesionales en cuanto a su autonomía, capacidad decisoria, consentimiento y confidencialidad.

Si siempre existe una obligación médica y legal de respetar la intimidad en la relación médico-paciente en base a la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica (en adelante, LAP), en el caso de la adolescente embarazada, con mayor motivo. Y ello porque a los derechos básicos como paciente deben sumarse los derivados del derecho a la salud sexual y reproductiva, que forma parte del derecho de todas las personas al más alto nivel posible de salud física y mental. La nueva Ley Orgánica 1/2023 conceptualiza los derechos sexuales y reproductivos como derechos fundamentales con entidad propia en el marco más amplio de los derechos en el ámbito de la protección de la salud garantizada constitucionalmente (art.43 CE), de acuerdo con los más recientes instrumentos internacionales. El reconocimiento de estos derechos, sobre cuyo carácter subjetivo siguen existiendo importantes discrepancias doctrinales<sup>12</sup>, va a suponer una concepción integral y

---

<sup>12</sup> Discrepancias que se han manifestado esencialmente en la resolución del recurso de amparo frente a la anterior LO 2/2010, de 3 marzo, pues, aunque la mayoría de los miembros



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

omnicomprensiva esencial para su tratamiento y protección, y partiendo del derecho a la autodeterminación de la persona también en el ámbito sanitario, alargar el ámbito de los principios como mandatos de optimización dirigidos a los poderes públicos, su responsabilidad en la protección de los derechos en este ámbito, el reforzamiento del enfoque de género y la prohibición de discriminación y, no menos importante, la incorporación de la prevención con especial atención en la educación sexual de los menores y en la formación de los profesionales sanitarios e instituciones educativas para adelantarse a los problemas.

En este apartado, concretamente nos centraremos en los que se han convertido en los temas más polémicos y de más alta conflictividad incluso en el ámbito judicial y en

---

del Tribunal Constitucional han confirmado la constitucionalidad de la norma, los votos particulares formulados insisten de modo particularmente incisivo en este aspecto, con críticas sobre la creación jurisprudencial de un nuevo derecho sin amparo constitucional expícito, en la STC 44/2023, de 9 de mayo de 2023.

En la doctrina científica, pueden verse las opiniones críticas de MIJANCOS GURRUCHAGA, L.M., "Un comentario sobre la ley del aborto o interrupción voluntaria del embarazo de 2010 y su modificación de 2023", en Familia: Revista de ciencias y orientación familiar, Nº 61, 2023, págs. 43-65, en línea en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9077365>; un análisis comparado muy instructivo en BRAVO VARA, A. , "Análisis de la LO 1/2023 por la que se modifica el régimen jurídico del aborto en España (LO 2/2010) desde la perspectiva del derecho comparado", Trabajo dirigido por MONTALVO, F., en Repositorio Comillas, en línea en <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/624520/retrieve>



la doctrina constitucional: el derecho al consentimiento informado y el derecho a la información al menor de edad; y los problemas planteados por la ponderación entre el paradigma del derecho a la autonomía y a la autodeterminación del menor y el papel de los padres como representantes legales del menor, titulares de su patria potestad y su participación en el proceso decisonal.

### **3.1.- El derecho a la salud sexual y reproductiva: ¿derecho fundamental, derecho subjetivo de configuración legal, derecho de creación jurisprudencial?**

La conceptualización de los derechos sociales y reproductivos como derechos inescindibles a los reconocidos en el ámbito sanitario, y ligados a otros derechos fundamentales más sólidamente arraigados es una cuestión que viene planteándose con un importante sustento a nivel internacional en los últimos años. La Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos relaciona la salud sexual y reproductiva de las mujeres con los derechos humanos, incluyendo el derecho a la vida, a la salud, a la intimidad, a la educación y a la prohibición de discriminación<sup>13</sup>.

En esta línea, quizás el documento más relevante es la Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos

---

<sup>13</sup> Las primeras tentativas de incorporación de este derecho al ordenamiento internacional ya las encontramos en la Conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo (1994) o la IV Conferencia internacional sobre la Mujer de Pekín (1995), por citar los dos precedentes más relevantes.



sexuales y reproductivos en la Unión<sup>14</sup>, que incide sobre la importancia de garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la Unión Europea, en el marco de la salud de las mujeres, al definir la salud reproductiva y sexual como *"un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con todos los aspectos de la sexualidad y la reproducción, no simplemente la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencias; y al afirmar que todas las personas tienen derecho a tomar decisiones que rijan sus cuerpos sin discriminación, coacción ni violencia y a acceder a servicios de salud reproductiva y sexual que respalden dicho derecho y ofrezcan un enfoque positivo de la sexualidad y la reproducción, dado que la sexualidad es una parte integrante de la existencia humana"*.

En este marco, la concesión de autonomía a las menores se justificaba en el preámbulo de la anterior Ley 2/2010, de 3 de marzo, como pilar de la necesaria garantía por parte de los poderes públicos al derecho a la vida y a la integridad física y moral (art.15), el derecho a la vida privada y a la intimidad personal y familiar (art.18 CE) y las decisiones que en torno a ellos amparan el derecho de autodeterminación individual, sin olvidar la protección integral de los hijos (artículo 39 CE). En el frontispicio de esta regulación brilla la dignidad de la persona como derecho fundamental (art.10 CE) y el legislador afirma que esta norma era necesaria para "garantizar a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo sin interferencia de terceros", pues con ello

---

<sup>14</sup> [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.html) Consulta: 6-4-2024



“se limitaría innecesariamente la personalidad de la mujer”.

El Tribunal Constitucional, en su Sentencia 53/1985 de 11 de abril, sobre la constitucionalidad de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, la norma que por primera vez en nuestro país procede a la despenalización del aborto, denomina como “autodeterminación consciente” a la capacidad de tomar una decisión libre e informada, ajena a cualquier intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante. Y, aunque nos adelantemos al tema de la delicada cuestión sobre el aborto adolescente, creemos que es importante reseñar, para avalar la actual interpretación constitucional del derecho a la salud sexual y reproductiva, a la reciente STC 44/2023, de 9 de mayo, donde el Tribunal se pronuncia sobre el recurso de inconstitucionalidad del Partido Popular sobre la LO de 2010, la conocida como “ley de plazos”. El recurso cuestiona la constitucionalidad del sistema, achacando el incumplimiento del deber estatal de protección de la vida prenatal (ex art.15 CE). En este caso, la reciente STC, frente a su predecesora, cambia el foco de atención en la protección para primar la importante afectación que suponen el embarazo y el parto para la salud física y mental de la madre, que terminan condicionando la primacía de los derechos constitucionales de la titular que el legislador debe respetar al definir la necesaria protección de la vida prenatal. La sentencia ignora la ponderación de derechos que realizó en 1985 cuando entraban en conflicto los derechos de la mujer con los del nasciturus y considera que el sistema de plazos es conforme a la Constitución puesto que, con respecto a la mujer embarazada, le reconoce el ámbito razonable de



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

autodeterminación que requiere la efectividad de su derecho fundamental a la integridad física y moral, en conexión con su derecho a la dignidad y libre desarrollo de su personalidad. Y con respecto a la vida en gestación defiende que el sistema de plazos garantiza el deber estatal de protección de la vida prenatal recogido en el artículo 15 de la Constitución pues entiende que se cumple con la limitación gradual de los derechos constitucionales de la mujer que se hace dependiendo de la semana de gestación en la que se encuentre y del desarrollo del feto. De ahí que el TC señala que es obligación de las Administraciones Públicas asegurar la prestación de interrupción voluntaria del embarazo en tanto deber positivo de velar por la efectividad de los derechos fundamentales.

Este razonamiento da pie para la respuesta a otra cuestión de no menos enjundia planteada por los recurrentes, relativa a la posible inconstitucionalidad de una interpretación favorable únicamente a la efectividad de los derechos de la mujer. El TC acude a su propia doctrina en materia de prohibición de la discriminación por razón de sexo, para sentenciar que cualquier limitación de derechos fundada en circunstancias que tengan una conexión directa e inequívoca con el sexo de la persona, como sucede con el embarazo, el parto y la lactancia natural, es inconstitucional. Y con el escudo de esta doctrina, concluye en la "necesidad de interpretar cualquier limitación de los derechos de las mujeres, fundada en acontecimientos que sólo a ellas pueden afectar, del modo más favorable a la eficacia de tales derechos" (STC 44/2023, pp.70).

Sin embargo, esta doctrina ha sido muy criticada, al entenderse que el Tribunal excede el alcance y los límites



del control de constitucionalidad y reconoce un nuevo derecho constitucional, que denomina “derecho de la mujer a la autodeterminación respecto de la interrupción del embarazo”, anclado en el art. 15 CE, en relación con el art. 10.1 CE. Algunos de los votos particulares a la opinión del Pleno basan su oposición precisamente en esta crítica: reconociendo un nuevo derecho fundamental se sobrepasan las competencias del Tribunal pues este reconocimiento es potestad solo de los poderes constituidos. (Voto particular Enrique Arnaldo Alcubilla, Ricardo Enríquez Sancho, César Tolosa Tribiño)<sup>15</sup>.

Lo cierto es que, aun siendo anterior a esta doctrina constitucional, la LO 1/2023, dota de fundamentalidad a los derechos de salud sexual y reproductiva, con el apoyo de los textos internacionales citados, planteando un claro avance y un ambicioso enfoque en los derechos subjetivos de la mujer. Y al delimitar normativamente aquellos derechos, logra el enfoque integral de sendas dimensiones de la salud para garantizar una necesidad sentida y que estaban faltas de este explícito reconocimiento legal<sup>16</sup>.

---

<sup>15</sup> Vid los atinados apuntes a esta doctrina, y su conexión con el derecho a un constitucionalismo “vivo”, acorde con la evolución social y política que el máximo intérprete de la Constitución está llamado a realizar, en BRAVO VARA, A., “Análisis de la Ley Orgánica...”, cit., pp.18 y ss.

<sup>16</sup> Un análisis desde esta perspectiva, favorable a la consideración del derecho fundamental, TORRES DÍAZ, M.C., “Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo”, *Ars Iuris Salmanticensis*, vol.11, junio 2023, pp.156-161



Realmente, la nueva norma ha seguido a rajatabla esta concepción, que ya recomendó a nuestro legislador el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), en sus observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España de 2018. En este, se insta a nuestro país a garantizar en la práctica la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para todas las mujeres y adolescentes, prestando la debida atención a las disparidades existentes entre las diferentes comunidades autónomas. Con este fin, proponía a España el establecimiento de un mecanismo apropiado para asegurar que el ejercicio de la objeción de conciencia no fuese un obstáculo para que las mujeres tuvieran acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a la interrupción voluntaria del embarazo. También instaba a nuestro país a eliminar las disparidades existentes en cuanto a la distribución de anticonceptivos de emergencia, tomando las medidas necesarias para asegurar su accesibilidad, disponibilidad y asequibilidad para todas las mujeres y adolescentes en toda España. Por otro lado, el Comité señalaba la importancia de incorporar de manera integral la formación sobre salud sexual y reproductiva en los programas escolares de la enseñanza primaria y secundaria.

En cualquier caso, hemos de ser conscientes que, en la interpretación de los derechos constitucionales, este puede ser un importante salto cualitativo, pero la norma y, por tanto, la garantía efectiva del derecho requiere todavía una importante implementación normativa, una consciente pedagogía de difusión y educación y la puesta en marcha de los mecanismos organizativos y financieros que requieren la amplitud de sus medidas.



Amén de que se trata de una legislación infra constitucional, por lo que no serán fáciles de articular las tutelas y garantías reforzadas para los derechos ubicados en la sección I del Capítulo II del Título I de la CE, más cuando conocemos cómo la doctrina constitucional ha devaluado a un pobre sentido programático y su fácil maleabilidad en atención a criterios básicamente economicistas a los principios rectores de la política social y económica<sup>17</sup>.

### **3.2.- La menor, su capacidad, su derecho de autonomía y el consentimiento. Las dificultades que sigue planteando la teoría de la escala móvil de capacidad y la concepción del “menor maduro”.**

En España, según el Código Civil, la edad para emanciparse o casarse son los 16 años y la edad de consentimiento sexual se sitúa en los 16 años desde la reforma del Código Penal del año 2015. En ese momento, se elevó dicha edad (que hasta entonces era de 13 años) para aunar criterios con la Unión Europea, donde ningún otro Estado tenía una edad de consentimiento tan baja, y por recomendación del Comité de los Derechos del Niño (2007)<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Por todas STC 64/2017, de 25 de mayo, (BOE núm. 156, de 01 de julio de 2017), ECLI:ES:TC:2017:64. Un comentario crítico en GARRIDO CUENCA, N., “Hacia una construcción del derecho a la salud como contenido del derecho fundamental a una vida digna y de calidad: el ‘mínimo vital’ como límite de la sostenibilidad económica”, en *Libro Homenaje al profesor Barranco Vela*, Vol.II, Civitas - Thomson Reuters, Navarra, 2014.

<sup>18</sup> Esto significa que cualquier tipo de conducta de contenido sexual con un menor de 16 años sin su consentimiento



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

Establecer la autonomía y confidencialidad de la adolescente embarazada puede ser complicado, debido por un lado a la atención que precisa y por otro al entorno que la rodea. La LAP reconoce en los 16 años la

---

constituye, en principio, un delito de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, popularmente conocida como "ley del solo sí es sí", que introdujo en el Código Penal la regulación del consentimiento sexual. Hasta la entrada en vigor de esta norma, el 7 de octubre de 2022, el Código Penal se refería al consentimiento sexual en su articulado, pero no especificaba qué se entendía como tal. Actualmente, el consentimiento sexual se define en el artículo 178.1 del Código Penal de la siguiente manera: 1. (...). Sólo se entenderá que hay consentimiento cuando se haya manifestado libremente mediante actos que, en atención a las circunstancias del caso, expresen de manera clara la voluntad de la persona". Como ha señalado recientemente el Tribunal Constitucional español, "por actos, se han de entender todo tipo de manifestaciones o señales de la persona que va a consentir, sea verbales o no, gestuales o situacionales, pero deben de ser considerados como explícitos.

De modo que el consentimiento se construye como positivo y concluyente, ha de ser libremente prestado (implícitamente, no viciado), y aunque no se resuelve el consentimiento para acto concreto, como sería lo deseable, la mención "la voluntad de la persona", pudiera servir a dichos efectos, o dar una pista interpretativa al respecto. De modo que siempre se partió -y ahora también- de una inferencia: el Tribunal sentenciador extrae "en atención a las circunstancias del caso", la existencia o no de consentimiento conforme a los elementos probatorios que "expresen de manera clara la voluntad de la persona". **(Sentencia del Tribunal Supremo número 196/2023, de 21 de marzo)**.



mayoría de edad sanitaria para consentir en las intervenciones, con algunas excepciones, que incluían la interrupción voluntaria del embarazo hasta la reforma operada en nuestra legislación en el año 2023, y establece la necesidad de tener en cuenta la opinión de la menor entre los 12 y 16 años, aunque dependiendo de su madurez, tenga que intervenir su representante legal.

Desde luego que el punto de partida debe ser que el reconocimiento de las capacidades del menor y su participación en la toma de decisiones forma parte integral de la seguridad del paciente, de la efectividad clínica, prevención de enfermedades y prestación de servicios sanitarios<sup>19</sup>. Sin embargo, es evidente que los problemas de inseguridad jurídica de los profesionales sanitarios o del derecho ante un nuevo adolescente en la era digital no son pequeños, en general, pero especialmente en el caso del EA.

Nuestro régimen jurídico adopta fundamentalmente un criterio objetivo, de manera que el factor que determina que se atribuya o no capacidad de obrar al menor es la edad. Los menores de 12 o más años tienen el “derecho a ser escuchados” a la hora de adoptar una decisión médica que les afecte, mientras que los de 16 o más años son ya, en principio, titulares del derecho a aceptar o rechazar el tratamiento médico.

---

<sup>19</sup> ANDRÉS DOMINGO, P., “Embarazo de la adolescente. Problemas, maternidad, aspectos legales”, en Dir. M.I. Hidalgo, I. Rodríguez, M.T. Calvo, *Medicina de la Adolescencia. Atención integral*, Capítulo 142, 3ª ed., Ergón, 2021.



Sin embargo, a partir de la reforma de 2015 puede admitirse, aunque de forma algo confusa, que la Ley incorpora ya un criterio mixto (objetivo y subjetivo) basado tanto en una edad de referencia como en la madurez suficiente real del menor. Este régimen general se matiza con una serie de excepciones en las que se seguirá el criterio general de mayoría de edad (18 años) y que atienden a la naturaleza y/o gravedad del acto médico. Y como aún quedan zonas grises, surge la doctrina de la escala móvil de capacidad, que incluya la valoración de la edad y de la gravedad de las consecuencias de la decisión y el impacto de éstas a corto, medio y largo plazo. La regulación de estas cuestiones, abordadas magníficamente por la doctrina, siguen siendo aplicables y deben ser el punto de partida cuando de adolescentes hablamos. Porque, además, como tan bien ha sintetizado DE MONTALVO<sup>20</sup>, las particularidades del cerebro adolescente deben ser tenidas en cuenta cuando de este paciente se trata, y siguen planteando, al menos, estas cuestiones:

---

<sup>20</sup> DE MONTALVO, F., "Derechos de los menores en el ámbito del tratamiento psiquiátrico", en línea en [https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/06/553-554\\_Anexo1-Caso22.pdf](https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/06/553-554_Anexo1-Caso22.pdf). Para la bibliografía sobre el tema general del consentimiento, nos remitimos a su cita bibliográfica, en particular, DE MONTALVO JÄASKELÄINEN, F, RODRÍGUEZ MOLINERO, L. "Consentimiento informado y aspectos legales en la atención al adolescente", en línea en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/consentimiento-informado-y-aspectos-legales-en-la-atencion-al-adolescente/>; sigue siendo de lectura obligada, el clásico análisis del autor, DE MONTALVO JÄASKELÄINEN, *Menores de edad y consentimiento informado*. Tirant lo Blanch. Valencia. 2019.



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

- Discrepancias sobre la graduación establecida en Ley 41/2002.
- En muchos casos, la mera graduación hipotética no responde a la verdadera capacidad volitiva y cognitiva del menor.
- Tan importante como el elemento volitivo es el elemento moral y los factores psicosociales.
- Rechazo de la figura de autoridad.
- Además, la Psicología evolutiva ha demostrado científicamente el menor desarrollo de la capacidad del menor de 16 de prever consecuencias a medio o largo plazo: ¿es siempre capaz de decidir acerca del tratamiento cuando de su no aplicación puede derivarse no un daño o riesgo inmediato, sino más a largo plazo (algunas patologías mentales)?
- La Neurociencia ha demostrado también el menor desarrollo lóbulo frontal del cerebro adolescente en transición, lo que implica una mayor vulnerabilidad por los fallos en el proceso cognitivo de planificación y formulación de estrategias.

Es más, existen algunos estudios que han analizado los cambios que se producen en la corteza prefrontal del cerebro relacionándolos con la decisión de abortar. Partiendo de su función de permitir o inhibir la realización de comportamientos selectivos, es decir, ayudar a decidir cómo enfrentarse a una determinada situación, en relación con la difícil decisión de abortar o de continuar el embarazo, las facultades mentales que se requieren dependen del nivel de desarrollo del lóbulo frontal del cerebro. Entre ellas destaca la capacidad para controlar los impulsos instintivos, la toma de decisiones,



la planificación y anticipación del futuro, el sentido de la responsabilidad hacia sí mismo y los demás o la capacidad empática. La contradicción entre lo que no se les enseñó en la infancia y lo que se les exige en la madurez hace que carezcan de experiencia a la hora de tomar decisiones relevantes de cualquier ámbito, incluido el sexual, y se vean enormemente influenciados por el entorno. Por ello, la decisión de interrumpir un embarazo implica, en un primer momento y en un alto porcentaje de casos, un gran nivel de estrés y de dolor físico para cualquier mujer, y en mayor medida cuando se trata de jóvenes o adolescentes<sup>21</sup>.

Con estos mimbres, y teniendo en cuenta la escala móvil de capacidad del menor, es probable que surjan problemas de confidencialidad durante la prestación de la atención médica a adolescentes muy jóvenes, incluso problemas de confidencialidad entre los miembros del equipo multidisciplinar y con la familia de la adolescente. El conocimiento del embarazo en una adolescente exige al personal sanitario que la atiende considerar la capacidad intelectual y madurez psíquica para consentir su relación sexual y el propio hecho de su estado, y ello a veces no es sencillo. Pero, en todo caso, hay que intentarlo. Por ello, la consulta inicial debe incluir un momento de confidencialidad, privacidad, escucha

---

<sup>21</sup> LLAMAS BONILLO, A., "Aborto en menores: una amenaza para su salud psicológica", *THERAPEÍA* 6 [Julio 2014], pp. 61-70. Los datos se toman del estudio citado por la autora, en OLIVA DELGADO, A., "Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia", *Apuntes de Psicología*, 2007; 25: 239-254.



activa, y ser un espacio libre de interferencia de terceros. Incluso la indagación respetuosa en torno al origen y circunstancias del embarazo es un primer paso hacia la detección de un posible abuso sexual. Solo después de este primer estadio habrá que poner en marcha las reglas sobre la representatividad de la adolescente.

Como correlato del criterio del "interés superior del menor", la capacidad de los menores debe entenderse modulada cuando se trate de intervenciones "de grave riesgo". Ello implica, para una autorización de tratamiento, que se haya pasado de la mera "información a los padres/representantes", cuya opinión será tenida en cuenta, a "la decisión por sus representantes" en salvaguarda de la vida o salud del menor. Y respecto al rechazo al tratamiento (para menor o representante), se establece como regla general que "la decisión debe adoptarse siempre al mayor beneficio para la vida o salud". Las decisiones contrarias se deben poner en conocimiento de la autoridad judicial (directamente o a través del MF), que adoptará la resolución correspondiente. Y una excepción: "Salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad"<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Para un análisis más exhaustivo de estos principios vid GARRIDO CUENCA, N., "Seguridad de pacientes y salud mental en la infancia y la adolescencia: apuntes desde el derecho sanitario para una revisión del consentimiento informado, los internamientos y tratamientos involuntarios y



#### **4.- ¿Y SI DECIDO INTERRUMPIR MI EMBARAZO? De los métodos anticonceptivos a la interrupción voluntaria, pasando por el derecho de información**

España pertenece desde 2010 al grupo de naciones con aborto libre garantizado dentro de un periodo gestacional estipulado por ley, que en nuestro caso son las 14 semanas de gestación. Desde ese año hasta 2022, aproximadamente 1,3 millones de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) han sido comunicadas por los 222 centros habilitados para este fin, más de un 75% de ellas practicadas en instalaciones extrahospitalarias privadas<sup>23</sup>.

---

la respuesta a las conductas autolíticas”, *Revista Derecho y Salud*, vol.33, Extraordinario – 2023, en línea en <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-33-extraordinario-2023/seguridad-pacientes-y-salud-mental-la>

Los datos proceden del interesante informe estadístico actualizado a 2023 sobre el aborto a nivel mundial del Statista, en línea en El aborto en España - Datos estadísticos | Statista. Las cifras oficiales del Ministerio de Sanidad concretan que el 82,70% de las IVE se han realizado en centros derivados (concertados o no) y el 17,02% centros públicos La Moncloa, 28/09/2023. El número de interrupciones voluntarias del embarazo aumentó un 9% en 2022 [Prensa/Actualidad/Sanidad]. Consulta: 5-4-2024

Estos datos públicos deben también llevar a una reflexión sobre la accesibilidad universal y la responsabilidad pública en la garantía del ejercicio de este derecho. Puede que esta sea la razón por la que nueva LDSR incorpora un nuevo apartado al artículo 18 (bis), concretando los términos de la información pública sobre el proceso y las condiciones de la prestación en el ámbito público. En este punto, la regulación de la objeción de conciencia resulta trascendental para equilibrar la colisión



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

Si bien un millón parece una cifra elevada, no puede ignorarse que el número de abortos desde 2010 hasta 2022 se redujo cerca de un 13% hasta rondar los 98.300 casos en ese último año, es decir, en torno a 11,7 interrupciones por cada 1.000 mujeres. Esta tasa

---

de derechos susceptibles de generar. El artículo 19 bis reconoce a las personas profesionales sanitarias directamente implicadas en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo el poder ejercitar dicho derecho de manera individual, sin que en ningún caso pueda menoscabar el derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo. La norma refuerza la idea de que el rechazo o la negativa a realizar la prestación por parte del personal sanitario directamente implicado es una decisión individual que debe manifestarse con antelación y por escrito. Estas exigencias son imprescindibles para garantizar la calidad asistencial en la prestación y que el legal ejercicio personal de la objeción de conciencia no implique vulneración de los derechos reconocidos a las mujeres. Por ello, la norma crea el registro de personas objetoras de conciencia (artículo 19 ter), con efectos organizativos y para una adecuada gestión de la prestación, previéndose su creación en cada comunidad autónoma, así como en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. En un ejercicio de coherencia, hasta ahora inexistente en el ámbito de la profesión dados los datos señalados, el precepto prevé que quienes se declaren objetores de conciencia lo serán a los efectos de la práctica directa, tanto en el ámbito de la sanidad pública como privada. En el Consejo Interterritorial SNS de 15 de diciembre 2024 el Ministerio de Sanidad y las Comunidades Autónomas han aprobado por unanimidad el Protocolo para la creación del "registro de objetores de conciencia al aborto", estableciendo unos criterios mínimos, destacando que en estos se incorporarán únicamente los datos "estrictamente necesarios" de los objetores y que serán catalogados como "especialmente protegidos".



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

posiciona a España muy por debajo de la media mundial (39 interrupciones por cada 1.000), aunque sí por encima de las ratios de otros países europeos, como Alemania, Italia, Suiza o Portugal.

Llegados a este punto cabe preguntarse: ¿qué está fallando para que sigan registrándose tantos embarazos no deseados que concluyen en abortos, incluso de forma reiterada? El principal motivo es la relajación o laxitud en el uso de anticonceptivos, ya sea por dejadez o razones económicas. De hecho, más del 20% de las mujeres españolas no los utiliza nunca o casi nunca y una tercera parte de los IVE son el resultado de contactos sexuales sin protección. Lo que resulta significativo es que las generaciones ubicadas en la línea roja no sean las más jóvenes, sino aquellas con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años (43%). Las menores de 20 años representan el 10,61% del total y el 41,28% de ellas declararon no usar ningún método anticonceptivo. Lo que sugiere que, en general, la población joven no está recibiendo la información o educación adecuada o el coste de los métodos de anticoncepción siguen siendo elevados sobre todo para los adolescentes.

Esta es una de las cuestiones a las que intenta dar respuesta la nueva Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (en adelante LDSR)<sup>24</sup>, que garantiza la dispensación gratuita y acceso

---

<sup>24</sup> LOMAS HERNÁNDEZ, V., "10 Novedades de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo", *El*



a los métodos anticonceptivos que se han considerado más eficaces: los anticonceptivos hormonales, incluidos los métodos reversibles de larga duración, sin aportación por parte de la usuaria, cuando se dispensen en los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud; también se prevé la gratuidad de la anticoncepción de urgencia (píldora del día después) en estos centros y en los servicios de atención especializada<sup>25</sup>. Respecto a esta cuestión debe también recordarse la importancia del respeto a la confidencialidad y la intimidad de las jóvenes en la consulta, donde, de nuevo dependiendo del grado de madurez, los profesionales deben respetar la decisión del menor, sin que la representación o aprobación parental sea absolutamente necesaria en todo caso.

#### **4.1. Consentimiento informado ¿sin información?**

Más complicada es la intervención del profesional y las relaciones parentales en la interrupción voluntaria del embarazo. La Ley de 2023 restituye a las jóvenes de 16 y 17 años la opción de finalizar la gestación sin el

---

*Derecho. Tribuna,* en línea en <https://elderecho.com/novedades-ley-organica-1-2023-salud-sexual-interrupcion-embarazo>

<sup>25</sup> La nueva Ley también prevé la distribución gratuita de métodos anticonceptivos de barrera en los centros que ofrecen servicios sociales, en los centros residenciales dependientes de la red de servicios sociales y en los lugares donde permanezcan personas privadas de libertad. Además, podrán distribuirse métodos de barrera durante las campañas de educación sexual que en ejercicio de su autonomía se realicen en los centros de educación secundaria.



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

permiso y consentimiento de sus padres. Este derecho estaba ya recogido en Ley Orgánica 2/2010 (ley de plazos), como derecho subjetivo durante las primeras catorce semanas de gestación en el marco de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Pero fue eliminado en la reforma de 2015. Esta ha sido una cuestión especialmente controvertida y, de hecho, más de un 50% de la población española la rechaza<sup>26</sup>. Por tanto, la joven mayor de 16 años goza de total autonomía en la decisión de abortar<sup>27</sup>.

Como se ha señalado, la concesión de autonomía a las menores se justificaba en el preámbulo de la Ley

---

<sup>26</sup> [Menores y aborto sin permiso parterno: opinión de los españoles según ideología política | Statista Última consulta: 6-4-2024](#)

<sup>27</sup> La Ley de 2023 justifica esta norma en recomendaciones internacionales: "la reforma operada por la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo, que supuso un retroceso en la capacidad de decisión de las mujeres de 16 y 17 años y las mujeres con discapacidad a la hora de decidir sobre sus propios cuerpos, un paso hacia atrás que ha sido criticado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) en sus observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España de 2018. En dicho texto, el Comité alertaba del obstáculo que la reforma de 2015 suponía para el acceso al aborto por parte de las adolescentes de entre 16 y 18 años y de las mujeres con discapacidad al exigir el consentimiento expreso de sus representantes legales. Esta misma cuestión la indicaba el Comité CEDAW en sus observaciones de 2015 recomendando a España que no aprobase la reforma que impedía a las menores de 16 y 17 años interrumpir voluntariamente su embarazo sin consentimiento de sus tutores legales



2/2010, de 3 de marzo, como pilar de la necesaria garantía por parte de los poderes públicos al derecho a la integridad física y moral, la intimidad personal y familiar y las decisiones que en torno a ellos amparan el derecho de autodeterminación individual. Para entender necesaria esta norma para "garantizar a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo sin interferencia de terceros", pues con ello "se limitaría innecesariamente la personalidad de la mujer" (esto es, la "autodeterminación consciente" que acuñó la STC de 1985 mencionada)<sup>28</sup>. La cuestión que aquí nos plantea duda es si realmente una menor de 16 años está preparada para ejercer este derecho, sobre todo cuando no tiene toda la información disponible sobre la intervención, como analizaremos seguidamente.

Para las menores de 16 años se aplica la regla general de la LAP, con remisión al supuesto del consentimiento por representación: "*Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención*"; por tanto, cabría plantear, a sensu contrario, la aplicación de la doctrina del menor maduro (aquél que sí tiene capacidad intelectual y emocional). En ambos casos, la discrepancia entre la menor y los llamados a prestar el consentimiento por representación se resolverán por la autoridad judicial y el procedimiento tendrá carácter urgente. Por tanto, el profesional tiene la difícil tarea inicial en el primer momento de la toma de decisión de ventilar sobre la madurez de la menor, informar a sus padres -o no-, recabar en su caso el consentimiento y,

---

<sup>28</sup> STC 53/1985, de 11 de abril; BOE, de 18 de mayo de 1985, núm. 119, p. 10211- 10234.



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

solo en caso de conflicto -ya sea entre la menor y sus padres, o entre ellos-, remitir la cuestión a la autoridad judicial.

Ahora bien, el mayor problema que creemos plantea esta nueva regulación es la eliminación sin matices ni excepciones del derecho a la información sobre la intervención que antes se preveían, además de manera obligatoria e incluso con sanción penal en caso de desinformación para el profesional: a) la información preceptiva a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y, en el caso de personas con alguna discapacidad y b) plazo de reflexión de tres días<sup>29</sup>.

La nueva Ley elimina este periodo de reflexión y además considera esta información meramente como "adicional" y "solo se facilitará si así lo requiere la mujer"<sup>30</sup>. Por

---

<sup>29</sup> La Ley 2023 modifica el artículo 145 bis, del Código Penal eliminando del apartado 1 las letras a) y b) para, en coherencia con las novedades incorporadas por la norma, eliminar la tipificación como delito del hecho de practicar un aborto sin remisión de información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad o sin haber transcurrido el periodo de espera, dado que estos requisitos se eliminan de la norma especial

<sup>30</sup> La única información a la que está habilitado y obligado el profesional es a: 1) Información del personal sanitario sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, quirúrgico y farmacológico, las condiciones para la interrupción previstas en esta ley orgánica, los centros públicos y acreditados a los que se podrán dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente; y 2) Interrupción voluntaria del embarazo después de las catorce semanas de gestación por causas médicas: Información sobre los distintos



tanto, a nuestro juicio la norma parte de la presunción de que toda mujer embarazada que llega a la consulta tiene una opción predeterminada, que es la interrupción, y que el profesional no puede ofrecerle toda la información relativa al proceso de la maternidad. Que quizás en una mujer adulta pueda servir como presunción para no añadir sesgos que condicionen su autonomía. Esta idea se refuerza además en la LDSR al establecer que *“Las administraciones públicas competentes garantizarán el libre ejercicio del derecho a la interrupción del embarazo y especialmente, velarán por evitar que la solicitante sea destinataria de prácticas que pretendan alterar, ya sea para afianzar, revocar o para demorar, la formación de su voluntad sobre la interrupción o no de su embarazo, la comunicación de su decisión y la puesta en práctica de la misma, con la excepción de la información clínica imprescindible y pertinente”*.

La jurisprudencia constitucional, de acuerdo con la normativa anterior, había entendido satisfecho el deber de proteger al nasciturus ponderando los derechos de autodeterminación de la madre si la madre recibe una asesoría sobre las posibilidades en materia de información y ayudas de protección social en el caso que decida continuar la gestación y dar a luz a su hijo. La última doctrina constitucional da un viraje en este sentido, entendiendo que el sistema de plazos garantiza el deber estatal de protección de la vida prenatal ya que cumple con la limitación gradual de los derechos constitucionales de la mujer que se hace dependiendo de la semana de gestación en la que se encuentre y del

---

procedimientos posibles para permitir que la mujer escoja la opción más adecuada para su caso.



desarrollo del feto, siendo esta limitación suficiente. Desde luego se trata de una interpretación forzada del art.15 CE. Los magistrados disidentes tachan de artificial esta doctrina, basada en la doctrina de la interpretación evolutiva de nuestro texto constitucional, entendiéndose además que con ella se ha dado lugar a una extralimitación en sus funciones que lleva al más puro activismo judicial.

La última STC 92/2024, de 18 de junio de 2024. Recurso de inconstitucionalidad 3630-2023 incide en esta doctrina, reforzando argumentos anteriores: "Como ya dijo este tribunal en la STC 44/2023, FJ 5 (iii), respecto de los arts. 14 y 17 en su redacción originaria (en que la información controvertida se entregaba por escrito y en sobre cerrado), no se trata de presionar o persuadir a la mujer para que decida en un sentido determinado, sino de poner a su alcance la información que pueda necesitar para adoptar su decisión, sin incurrir en intromisiones excesivas o ilegítimas en el ámbito de su autonomía personal. Y esto es, precisamente, lo que aseguran los preceptos recurridos, en tanto que exigen que la mujer cuente obligatoriamente con la información médica relevante – única imprescindible en este contexto como garantía del derecho fundamental recogido en el art. 15 CE–, al tiempo que facultan para que, además, conociendo que tiene a su disposición otra información adicional que puede ser de su interés, la pueda solicitar en cualquier momento si, en el ejercicio de su libertad personal, así lo considera necesario o conveniente. En conclusión, el hecho de que no se entregue obligatoriamente esta información adicional no afecta ni perjudica a la correcta formación del consentimiento informado. Por lo tanto, se



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

desestima la impugnación de los preceptos recurridos basada en la vulneración del art. 15 CE”.

Los Votos particulares han sido especialmente críticos con esta solución:

“...la sentencia ha confirmado esa concepción de la ley en que, al menos en las primeras catorce semanas del embarazo, la mujer puede no recibir información alguna sobre las ayudas posibles en caso de que decidiera continuar con su embarazo, desprecia también esa perspectiva que considera el conocimiento de los progenitores o al menos de alguno de ellos del estado de embarazo de su hija desde el punto de vista de la ayuda que aquellos pudieran ofrecerles en caso de que renunciara a una primera decisión de abortar.

Este art. 13 bis, como toda la ley, está inspirado en lo que claramente se dice en su exposición de motivos: eliminar los obstáculos que pudieran impedir el ejercicio del derecho al aborto. Desde este punto de partida, la ley y la sentencia aprobada por la mayoría no consideran el conocimiento de los padres como una posible vía que puede ayudar a su hija a gestionar una situación que va a comprometer inevitablemente toda su vida, sino como un obstáculo a que ejerza, aunque sea en la más completa soledad, su «derecho fundamental» al aborto” (VP. Enríquez Sancho).

Insistiendo en el papel de los padres en el consentimiento informado, por más que fuera a título meramente informativo y dudando de la consolidación normativa de un auténtico consentimiento informado:

“La sentencia no ha tenido en cuenta, al enjuiciar esta norma, que también debe ponderarse la protección



efectiva de la vida prenatal (art. 15 CE) y que para ello no puede prescindirse del posible compromiso de los padres o tutores de ofrecer a la menor embarazada ayuda en todo lo que fuera preciso a la hora de adoptar una decisión que necesariamente afectará a toda su vida. La norma en cuestión impide el ejercicio de los deberes inherentes a la patria potestad en interés de las menores, y priva a estas de la asistencia de sus padres o tutores en el momento de tomar una decisión trascendental que puede comportar una grave afectación física y psíquica de las menores embarazadas...La regulación impugnada no garantiza debidamente que la gestante preste su consentimiento informado para la práctica del aborto. Difícilmente puede hablarse de un verdadero consentimiento informado, y de protección de la vida prenatal, cuando ni siquiera se permite que esa información a la que se refiere el art. 17.2 de la ley sea asimilada por la gestante, aunque sea en un breve plazo". (VP. Arnaldo Alcubilla)

Insiste también en la incorrecta presunción del consentimiento informado el VP de Tolosa Tribiño:

"Esta disminución de las garantías del consentimiento informado se ve acrecentada desde el momento en que la norma impugnada admite ahora la posibilidad de que la información se ofrezca a la mujer embarazada de forma «verbal» si así lo solicita.

Entiende la sentencia que la mujer embarazada puede elegir, en el ejercicio de su autonomía personal, «el formato en que desea recibir la información legalmente prevista». Pero con esta aseveración se olvida que la forma de recibir la información o de prestar el consentimiento no es una cuestión que dependa de una



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

opción personal, sino de las circunstancias concretas y de las exigencias que deriven de la regulación legal.

Estamos ante intervenciones médicas y no podemos olvidar que el art. 8.2 de la Ley de autonomía del paciente (Ley 41/2002) indica de forma imperativa que el consentimiento se prestará por escrito cuando se trate de una intervención quirúrgica, y procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

Ante un acto con la trascendencia y consecuencias que conlleva la interrupción voluntaria del embarazo, no es posible entender que la información se dé únicamente de forma verbal, cuando el consentimiento necesariamente debe otorgarse por escrito.

Lo que ocurre en definitiva es que el legislador pretende, y el Tribunal Constitucional lo ha admitido, que el consentimiento informado en la interrupción del embarazo se convierta en un trámite rutinario, burocrático, y carente de relevancia. Todo ello afecta a la correcta formación del consentimiento informado, produciéndose a la postre una desprotección de la mujer en contra de los postulados constitucionales, no pudiéndose tampoco entender cumplidas las garantías que derivan del art. 15 CE".

Incluso se ha señalado que esta reforma vendría a reconocer que el aborto, al igual que otros procedimientos sanitarios que figuran en la ley 41/2002, establece los 16 años como presunción de capacidad decisoria, pero no se trata de la mayoría de edad



sanitaria. El único fundamento sería el de consignar un límite objetivo de la edad para evitar la arbitrariedad y proteger la seguridad jurídica. La controversia de esta modificación viene dada porque para nuestro ordenamiento la edad es una presunción "iuris tantum" de capacidad natural y por tanto es inevitable que se compare a otras leyes que consideran que se necesita la mayoría de edad para realizar ciertas acciones sin el consentimiento paterno, como comprar alcohol o hacerse un tatuaje, pero el legislador ha decidido fijar esa presunción en los 16 años para la interrupción del embarazo<sup>31</sup>.

Respecto a la información que en sobre cerrado se debía facilitar a la menor antes de su decisión, somos de la opinión de que el derecho a recibir información es un requisito "asociado al consentimiento". Y una información, para ser adecuada, completa y suficiente, no debe estar orientada exclusivamente a la práctica del aborto, sino también a la protección de la maternidad (sin introducir consideraciones éticas ni religiosas), articulada de tal modo que no suponga restricción alguna del derecho. Igual pensamos de la supresión del periodo de reflexión de al menos tres días, más cuando se trata de un adolescente del que ya hemos descrito aptitudes y actitudes fundamentalmente derivadas de su neurodesarrollo físico y mental, entendiéndolo que un periodo de reflexión es imprescindible para una

---

<sup>31</sup> DE LORENZO, R., "La contradicción de los dieciséis años como mayoría de la edad sanitaria", septiembre 2022, en línea en [La contradicción de los dieciséis años como mayoría de la edad sanitaria \(redaccionmedica.com\)](#); BRAVO VARA, A., "Análisis de la Ley Orgánica...", cit. p.37



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

adecuada formación de la voluntad y para la adopción de una decisión consciente y meditada.

Ahora bien, ¿realmente una niña entre los 12-16, e incluso de 16 a 18 años está preparada para tomar una decisión de tal trascendencia para su salud, entendida en el sentido integral que mantenemos, sin ninguna intervención informativa que, además, con toda probabilidad, ni conocerá? ¿La información clínica pertinente no debería incorporar en estos casos una información lo más completa posible sobre el EA, las posibilidades y los riesgos?

Según la encuesta sobre hábitos sexuales (MSC) las expectativas de los jóvenes sobre las fuentes de información en temas de sexualidad y anticoncepción no se corresponden con la realidad de la información recibida. Los medios de comunicación y el entorno social son las principales fuentes de información de los jóvenes en temas de sexualidad y anticoncepción. A pesar de que los jóvenes preferirían obtener información sobre sexualidad y anticoncepción de los padres o familiares mayores en primer lugar y de profesionales sanitarios en segundo, en realidad siguen siendo "los iguales" la fuente principal de información. Los resultados de las encuestas apuntan, además, hacia la educación sexual como determinante de los comportamientos. Se observa un incremento significativo en el uso de Internet como fuente de información en retroceso a la facilitada por profesionales sanitarios. El 36 % de los jóvenes reconocen haberse expuesto a algún riesgo en las



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

relaciones sexuales, principalmente a embarazo no deseado<sup>32</sup>.

En nuestra opinión, la Ley debería haberse remitido en este punto para los menores de edad a la completitud de los derechos de información LAP y a la Ley de protección del menor, como única forma de garantizar el paradigma del "interés superior del menor" y ponderar el derecho a la propia autonomía que solo puede garantizarse plenamente con un consentimiento realmente informado, tan relevante en la decisión de nuestros menores. Pues de otra forma, difícil va a resultarle al profesional medir los criterios de madurez en la atención de la adolescente: comprensión adecuada (entiende la información dada o la situación en que se encuentra), dar motivos razonables para fundamentar su decisión, saber ponderar los riesgos y beneficios de su decisión y poder acudir solo para recibir asistencia. Y en la evaluación de la madurez relacionarla con una situación concreta, considerar la influencia de los estados afectivos y sobre todo la repercusión de la decisión en la salud o la vida del paciente. En este caso, solo se nos ocurre que el profesional deberá buscar el equilibrio entre confidencialidad, paternalismo y autonomía, para recurrir, sin infringir la ley, a la figura de los padres, relegados y ausentes en la normativa actual, para que sean ellos los que faciliten toda la información que el interés de la menor debe tener para tomar una decisión que afectará, sin duda, a todo el núcleo familiar.

---

<sup>32</sup> Fuente: Encuesta DAPHNE, en "Manual sobre Prevención de Embarazos no Intencionados, de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA", en línea en [Manual sobre Prevención de Embarazos No Deseados, Infecciones de Transmisión Sexual \(ITS\) y Virus de Inmunodeficiencia Humana \(VIH\)](#) ([sanidad.gob.es](http://sanidad.gob.es)) Última consulta 6-11-2024



#### **4.2.- Patria potestad y decisión de interrumpir el embarazo sin información ni consentimiento de los padres o representantes legales a partir de los 16 de años**

Una de las cuestiones más delicadas y que más conflicto ha generado ha sido la necesidad o no de informar a un representante legal si la mujer que quiere interrumpir el embarazo tuviera los 16 años cumplidos. En la última doctrina constitucional, el abogado del Estado se pronunció sobre este asunto en su escrito y este fue plasmado en la sentencia, aunque luego no se entró a discutir sobre el mismo. Los recurrentes objetaban que al ocultar información sobre el aborto a los padres o tomar decisiones sin su conocimiento, se impide que puedan acompañar y aconsejar a su hija menor en una decisión de tal trascendencia. El otro argumento capital era el deber estatal de protección a la familia que impone el art.39 CE, que implicaría respetar los derechos de los padres, con el consiguiente deber de informarlos sobre el embarazo de su hija y permitirles ser escuchados antes de tomar cualquier acción irreversible. También, aunque reconocen que el derecho a la intimidad y al libre desarrollo de la personalidad de la menor pueden entrar en conflicto con el derecho de los padres, sugieren que la formación de una persona implica influencia en su configuración personal, por lo que discrepan de la exclusión de la intervención paterna. Pues, además, en todo caso quedaría la posibilidad de intervención judicial como último recurso.

Los argumentos de la Abogacía del Estado parten de la premisa de que constitucionalmente cabe que antes de los 18 años el legislador reconozca autonomía a la mujer



para el consentimiento. De hecho, la Constitución distingue entre niños y jóvenes sin definir estos términos, y si nos remitimos a legislación internacional, la Convención de Derechos del Niño de 1989 establece que un niño es todo ser humano menor de dieciocho años, pero en ningún momento esto implica que hasta esa edad el menor no tenga capacidad para tomar decisiones que le afecten. De ahí la previsión del art.12.1. de la Convención que fortalece el derecho del niño a formarse un juicio propio y a expresar libremente su opinión en asuntos que lo afecten, sin perjuicio de que haya de valorarse su edad y madurez. Razonamiento este que también el TC había reconocido con anterioridad. Además, a la luz del artículo 39.4 (Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos) de la Constitución en relación con el artículo 12.1 de la Convención, sería justificado que el legislador priorice la opinión de la menor en una decisión tan trascendental para ella como la maternidad (STC 44/2023).

En esta línea, la posterior STC 92/2024, recuerda que "es preciso insistir en que el establecimiento de las distintas edades a partir de las cuales el menor de edad, en función de su madurez, puede ir asumiendo progresivamente capacidad de decisión acerca de las cuestiones que le afectan corresponde al legislador democrático al que, por su posición constitucional, debe serle reconocido un amplio margen de apreciación para la determinación de la edad en función de las distintas circunstancias que deban ponderarse en cada caso [SSTC 55/1994, de 24 de febrero, FJ 2 *in fine*, y 99/2019, FJ 6 a)] pues, sin perjuicio de establecer la mayoría de edad en los dieciocho años (art. 12 CE), la Constitución no impone un modelo cerrado en virtud del



cual deban quedar privados de toda capacidad de obrar los menores de edad. Este margen de apreciación, además, debe ser razonablemente amplio y flexible, si se tiene en cuenta que, como resulta de la exposición precedente, el carácter gradual y progresivo de la adquisición de capacidad de discernimiento, desde la infancia hasta la mayoría de edad pasando por la adolescencia, obliga a huir en la medida de lo posible de apriorismos o de reglas generales unívocas y parece abogar por soluciones casuísticas, que permitan adaptarse a los diferentes intereses en juego en cada tipo de decisión”.

Sin embargo, olvidando que los intereses de las menores embarazadas serían especialmente dignas de una apreciación especial, la sentencia decide aplicar las reglas generales en el ámbito sanitario sobre capacidad de obrar, zanjando la controversia sin matices: “este tribunal ha afirmado que «todo lo relacionado con el embarazo y parto debe entenderse vinculado, fundamentalmente, a la vida privada de la mujer y, por tanto, a su derecho a la intimidad personal (art. 18.1 CE)» [STC 66/2022, de 2 de junio, FJ 3 A) c) (ii)] para considerar constitucionalmente admisible “la opción legislativa de asegurar que las mujeres dispongan de la libertad de decidir, sin obstáculos ni injerencias externas, desde los dieciséis años, edad a partir de la cual nuestro ordenamiento va ampliando las esferas en las que los menores pueden ejercitar válidamente sus derechos y realizar determinados actos jurídicos por sí mismos, siendo especialmente destacable –por su relación con la interrupción voluntaria del embarazo– la relativa a las intervenciones médicas. En este último sentido, el precepto recurrido sitúa la interrupción voluntaria del embarazo dentro del régimen general de capacidad de obrar aplicable a las personas mayores de



dieciséis años en relación con las actuaciones en el ámbito sanitario, conforme al art. 9.4 de la Ley 41/2002" (FJ 6).

También el Comité de Bioética Español en sus dos informes previos a la entrada en vigor de las leyes de 2010 y 2015 había establecido su valoración sobre esta cuestión, aunque el criterio no es exactamente idéntico en aquellos. En el primero hace prevalecer la autonomía de la menor como regla, y la intervención de los padres como excepción, justificada únicamente en casos de grave riesgo. Reconoce que imponer una decisión como la de continuar o interrumpir un embarazo por parte de los padres carece de fundamento ético y jurídico, sin perjuicio de que, por supuesto nada les impida solicitar el consejo, asesoría y ayuda de los padres, sin que suponga la imposición de su decisión sobre la menor. Ya en este Informe se alentaba al fomento de la relación de confianza entre padres e hijos a través de la educación y medidas que incumben a los poderes públicos. Como nota relevante, también se sugería el diseño de un procedimiento reforzado de información y apoyo para las menores que soliciten la interrupción del embarazo.

En el posterior Informe del Comité, cuatro años después, se insiste sin embargo en otra perspectiva, no menos desdeñable, que es la enorme responsabilidad del médico responsable de la intervención para valorar si la información a los padres podría suponer una exposición de la menor a violencia o desamparo. Es decir, se dejaba al criterio del médico la decisión sobre una cuestión para la que carecía de la competencia específica como es el valorar si informar a los representantes legales acerca del aborto de la mujer será mucho peor para ella que omitir esa información. Con la reforma de 2015 se



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

traslada de la sede clínica a la judicial al ser el juez quien tomará la decisión en caso de conflicto<sup>33</sup>.

Finalmente, debemos referirnos al Informe del Consejo General del Poder Judicial sobre el anteproyecto de reforma que culminó en la LO 1/2023, donde también se vislumbran las divisiones de sus miembros. Aunque se parte de la contravención a las observaciones y recomendaciones internacionales, ni la doctrina del TEDH ni el marco normativo vigente viene a reconocer a las mayores de dieciséis años cumplidos un grado de madurez y autonomía suficiente para intervenir en la vida jurídica sin necesidad de la intervención de sus representantes legales, al descender al supuesto del aborto, como intervención dentro del derecho a la vida privada y a la intimidad, y del derecho a la salud sexual y reproductiva de la menor, la mayoría de miembros reconocen un valor relativo al consentimiento de la mujer menor, introduciendo como contrapeso de mayor

---

<sup>33</sup> Comité de Bioética Español. (2009). Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del Proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/comitensensen Interrupcion Embarazo comite bioetica oct 2009.pdf>

Comité de Bioética Español. (2014) Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada. Derechos de la Mujer Embarazada. Recuperado de <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Anteproyecto%20LO%20Proteccion%20Concebido.pdf>



importancia el papel de los progenitores, obligados a desempeñar ex lege las funciones inherentes a la patria potestad, con sus implícitos deberes de orientación y consejo, incluso por imperativo del art.39.3 CE<sup>34</sup>. Para que se logre el cumplimiento de estas obligaciones y de la necesaria garantía del principio de especial protección del menor, lo óptimo sería una regulación como la de 2015 que precisa de la concurrencia del consentimiento de la menor con el de sus tutores, permitiendo conciliar el alcance de la decisión de la menor, mayor de 16 años. Las eventuales situaciones de conflicto entre la voluntad de la menor y los progenitores podrían resolverse a través de un procedimiento previsto en la propia norma ante la jurisdicción civil que permitiera conciliar los intereses de aquélla y conferir relevancia a su capacidad decisoria con los deberes de los representantes legales derivados de su función tutelar<sup>35</sup>.

## **5.- SEGUIMIENTO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENTE. Desde la atención primaria a la especialización en equipos multidisciplinares, como apuesta para la salud integral.**

---

<sup>34</sup> Consejo General del Poder Judicial. (2022). Informe sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de: [C.G.P.J | Poder Judicial | Consejo General del Poder Judicial | Actividad del CGPJ | Informes | Informe sobre el anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo](#)

<sup>35</sup> El VP de la magistrada Espejel Jorquera a la STC 92/2024, en lo esencial, hará suyas, las consideraciones de este Informe del CGPJ.



La asistencia a los adolescentes en España se reparte tanto en Atención Primaria como especializada de forma parcelar. Los pediatras solo atienden hasta los 14 años, siendo esta edad clave en el desarrollo evolutivo. Aunque somos de la opinión que la interrupción asistencial hace perder tiempo y calidad en el tratamiento y en la relación del adolescente con el sistema de salud, la realidad es la que es, y a ella se va a enfrentar la joven con un EA. Por tanto, el acompañamiento y ayuda en Atención Primaria durante la adolescencia implica potenciar las capacidades y aptitudes de los adolescentes, promoviendo una adecuada gestión de los hábitos de riesgo, incluido el deseo sexual y sus conductas, facilitando la prevención de los embarazos y de las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

El diagnóstico y acompañamiento precoz de la gestante adolescente desde la Atención Primaria por un equipo multidisciplinar de especialistas es vital para reducir, mediante controles frecuentes, la morbilidad materna y fetal. Muchos de los riesgos asociados a la gestación de madres adolescentes son prevenibles, con cuidados prenatales precoces, nutrición adecuada, supresión del consumo de tóxicos si los hubiera y cribado de ETS. Pero tan importante o más es el apoyo familiar y psicológico, para reducir resultados adversos asociados a estas gestaciones. Recientes estudios demuestran que el cerebro materno experimenta cambios anatómicos relacionados con la neuro plasticidad, desde el embarazo, estos cambios van a persistir al menos 6 años y son anatómicamente similares a los que ocurren durante la adolescencia, reforzando la idea de



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

“matrescencia”; imaginemos por tanto estos cambios en un cerebro adolescente<sup>36</sup>.

Aunque la tendencia en España es ir disminuyendo la incidencia de embarazos en madres adolescentes, estos constituyen, por su característica de no ser deseados, un problema personal, familiar y social muy importante que exige medidas preventivas basadas en programas de educación sexual y de métodos de anticoncepción, así como de un control multidisciplinar y adaptado a lo que significa la adolescencia.

En este sentido, la LDSR despliega todo un arsenal de políticas públicas para la promoción de la salud sexual y reproductiva, con un contenido transversal y señalando explícitamente “la atención especializada dirigida a personas en diferentes etapas del ciclo vital, *con énfasis especial en la infancia y juventud*”. Así como la formación en la educación sanitaria integral, con perspectiva de género, de derechos humanos e interseccional, sobre salud sexual y salud reproductiva. Por ello el legislador se compromete a la prestación de “Servicios de asistencia integral especializada y accesible” y, lo que es más importante, considera al adolescente como objeto específico de estos servicios, al prever que: “Además de los servicios especializados dirigidos al conjunto de la población, las administraciones públicas establecerán *servicios adaptados y adecuados a las necesidades y demandas de la población joven*, que promuevan su participación para el desarrollo y abordaje integral de la

---

<sup>36</sup> PATERNINA-DIE, MARTINEZ GARCIA, et al., “Mothers’s neuroplasticity at peripartum and childbirth.nature neuroscience”, en *Nat Neurosci*, 2024 Feb;27(2):319-327, DOI: 10.1038/s41593-023-01513-2. Epub 2024 Jan 5.2024.



sexualidad” y “la exigencia del fortalecimiento de la prevención y el tratamiento de las infecciones y enfermedades de transmisión sexual, con especial atención al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus del papiloma humano (VPH), y *énfasis en la población joven*”. También la Ley atiende al necesario carácter multidisciplinar de los equipos, previendo “la implementación y fortalecimiento de servicios públicos de proximidad y en todos los niveles de la atención sanitaria, especializados en salud sexual y conformados por equipos multidisciplinarios” (Exposición de Motivos y nuevo art.7, fundamentalmente).

No se olvida tampoco esta norma de las necesidades formativas de los profesionales de la salud, que desde una perspectiva intersectorial deberá incluir la incorporación de los derechos sexuales y reproductivos en los programas curriculares de las carreras con competencias en dichos ámbitos, las relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud y en los programas de formación continuada y la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables (nuevo art.10).

## **6.- MEDIDAS DE APOYO Y AYUDA A LOS PADRES ADOLESCENTES: padres, abuelos e instituciones públicas**

Los padres adolescentes tienen muchos obstáculos que sortear. Es imprescindible ser consciente de los desafíos a los que nuestros hijos adolescentes se enfrentarán como padres y de la ayuda que nosotros podemos aportarles.



Convertirse en padre o madre de repente no es fácil, incluso para nosotros siendo adultos con experiencia, para un adolescente es aún más difícil porque no han terminado su desarrollo biológico, psicológico y social. El aislamiento puede ser una de sus primeras sensaciones y sentirse poco o nada preparados para la maternidad o paternidad. La ansiedad sobre el futuro hace su aparición entonces.

Es poco probable que terminen sus estudios de secundaria, bachillerato o incluso lleguen a la universidad, lo que se puede convertir en un impacto negativo para su futuro y el de sus hijos. Igualmente, la búsqueda de un trabajo que se adapte a las responsabilidades parentales será una dificultad; de hecho, los datos indican que las madres adolescentes tienden a tener trabajos más precarios, con menos ingresos o incluso en el umbral de la pobreza, si no fuera por la ayuda que muchas veces reciben de sus padres.

En cuanto a las percepciones negativas de la sociedad, todavía hoy existen estereotipos en torno a los padres adolescentes. Se tiende a ver a las madres adolescentes como sexualmente irresponsables y a los padres como no involucrados o ausentes.

Los estudios indican que ser madre adolescente puede aumentar la depresión, igual que los padres más jóvenes y se debe en parte a factores como aprender a ser padres, asumir las responsabilidades y el estrés en las relaciones familiares, o con sus amigos. El riesgo de consumo de sustancias también supone un riesgo<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Healthychildren.org, "Ayudar a los padres adolescentes y a sus hijos a construir un futuro saludable".



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

En fin, tengamos presente que alrededor del 17% de los hijos de adolescentes son segundas o terceras gestaciones. Tener más de un hijo va a intensificar todos estos desafíos.

¿Qué papel juegan los abuelos? Pues podríamos decir que como abuelos podemos hacer muchas cosas para ayudar. Lo primero será involucrarnos en la crianza, en el cuidado de los nietos. No hay que tener miedo a intervenir y ayudar a criar a nuestros nietos, si eso funciona para la familia. Los estudios demuestran que la crianza compartida que involucra a las abuelas maternas puede tener efectos muy positivos tanto en los hijos como en los nietos. Cuanto menos conflictos, más positiva será la experiencia de crianza compartida para todos .

No importa lo que sintamos por el otro progenitor de los nietos, hay que recordar que las relaciones positivas entre padres e hijos es clave para un desarrollo infantil saludable. Por el bien del niño debemos alentar y apoyar el papel de los padres, ambos, padre y madre. Por otro lado, los estudios también nos muestran que cuando los padres se relacionan con sus hijos influyen positivamente en su desarrollo intelectual y en el bienestar mental de los mismos. Y los datos reflejan que a las madres adolescentes que se mantienen cerca de su padre biológico les va mejor en sus estudios o en su

---

Desarrollado por pediatras de la *American Academy of Pediatrics*, recuperado en: [www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex](http://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex)

Ultima consulta 5-11-2024



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

trabajo, con menos tendencia a la ansiedad y depresión y parece que protege a los niños de convertirse en padres adolescentes en un futuro.

Esta tendencia a la corresponsabilidad también es señalada en la nueva LDRS, instando a las Administraciones Públicas a promover el papel del hombre en la garantía de los derechos de la mujer, implicándolos especialmente en la prevención de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual, aunque se relegue, como a los progenitores, en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo -contradicción que resaltan también los votos particulares de la STC 92/2024-.

En todo caso, sería deseable el desarrollo de programas comunitarios y recursos específicos desde las instituciones públicas y no gubernamentales para ayudar a los padres adolescentes y a sus hijos. Aunque algunas de estas medidas ya se han implementado a efectos fiscales o de bienestar social en las Comunidades Autónomas, e incluso el recién aprobado proyecto de Ley de Familias incorpora nuevas ayudas para las madres, reconoce las diferentes situaciones familiares que existen en España, mejora la protección social de las familias y establece medidas para garantizar el derecho a conciliar la vida familiar con la laboral<sup>38</sup>, pensamos que aún queda mucho por hacer y que se necesitan medidas mucho más específicas para el colectivo adolescente.

---

<sup>38</sup>Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 - El Consejo de Ministros aprueba el proyecto de Ley de Familias (mdsocialesa2030.gob.es) Ultima consulta: 6-11-2024



## **7.- Y PARA CONCLUIR: ANDRAGOGÍA O EL ARTE DE EDUCAR. La importancia de la información y la educación como reto de futuro.**

Resulta evidente que una sociedad joven educada y con una formación de calidad sobre salud, derechos sexuales y reproductivos correrá menos riesgos en sus relaciones y estará más protegida frente a situaciones como la del EA que aquí hemos analizado y otras conexas. La educación y la información deben ser una tarea compartida -que no impuesta- entre los padres y los poderes públicos, aunque a veces este equilibrio resulte discutido en algunos sectores de la sociedad. Además, debemos tener en cuenta que no todos los padres tienen la capacidad y el privilegio de educar por sí solos a sus hijos. En cualquier caso, en una sociedad digital como la actual, y dados los datos que reflejan que el joven de hoy se mueve en un mundo abierto de información -también en lo sexual-, creemos que también desde la Administración debe velarse, fundamentalmente, porque esta no llegue distorsionada y porque el tratamiento de la educación afectivo-sexual y la detección y abordaje de conductas de abuso y violencia llegue en términos correctos en las diferentes etapas educativas. Además, una información sanitaria especializada sobre anticoncepción y sexo seguro, con especial atención a la prevención de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual y de los embarazos no deseados, puede completar la formación paterna.

La LDSR se ocupa también de trazar el camino de la educación sexual y reproductiva en un amplio capítulo de medidas de formación, prevención, apoyo a la comunidad educativa e información.



Así, desde una concepción de la salud sexual, como parte del desarrollo integral de la personalidad, encomienda a las Administraciones educativas “la promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad, y diversidad, desde la óptica del placer, el deseo, la libertad y el respeto, con especial atención a la prevención de la violencia de género y la violencia sexual (incluida la que puede producirse en el ámbito digital)”, “el desarrollo armónico de la sexualidad en cada etapa del ciclo vital, *con especial atención a la adolescencia y juventud*”, la prevención de embarazos no deseados y la prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual<sup>39</sup>. Y para ello, la norma señala el compromiso de apoyo a la comunidad educativa, “facilitando información adecuada al profesorado, madres, padres y tutores de personas menores o personas con discapacidad”.

Esta también ha sido otra cuestión conflictiva que la última STC 92/2024 ha debido abordar, frente a las acusaciones de los recurrentes relativas al “adoctrinamiento” fuera del núcleo familiar que

---

<sup>39</sup> La alta tasa de infecciones de transmisión sexual, que se situaba a fin de 2019 en el 28,88 por cada 100.000 habitantes y la tendencia al alza observada desde el año 2004 ha de provocar una respuesta por parte de los poderes públicos. En concreto, la norma pretende el impulso de campañas periódicas destinadas a la prevención de ETS, incluyendo la prevención de las violencias sexuales y, en particular, medidas de prevención contra la transmisión intencionada de infecciones de transmisión sexual, como forma de violencia contra las mujeres (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de lo civil y penal de Andalucía (Sección de Apelación Penal), número 186/2021, de 1 de julio)



entienden se pretende imponer, en estos términos: “la ley pretende que la educación afectivo-sexual ofrezca una visión completa de la sexualidad, que aborde todos los aspectos de esta realidad. El objetivo perseguido por la normativa impugnada es exponer la sexualidad conforme a los valores de la libertad, la igualdad y el respeto, huyendo de sesgos y evitando soslayar cuestiones –en el caso que nos ocupa, el placer y el deseo– que constituyen una parte de las relaciones sexoafectivas. Con independencia de las concepciones morales y religiosas existentes acerca de la sexualidad, el inciso impugnado se refiere a aspectos que aparecen ligados íntimamente a aquella y, en cuanto que tales, pueden considerarse cuestiones susceptibles de formar parte de los contenidos de la formación en salud sexual y reproductiva, conducente a inculcar una visión saludable y completa de las relaciones sexuales”.

La STC no olvida además la realidad a la que nos hemos referido sobre el mundo digital que invade la vida de nuestros jóvenes, también desde la óptica de la sexualidad: “no puede desconocerse el contexto sociocultural presente en el que los menores de edad están expuestos, tanto voluntaria como involuntariamente, desde edades tempranas a contenidos de índole sexual a través de diversos medios y canales de comunicación; circunstancia que se ve agravada por la proliferación de las redes sociales y el uso de las mismas. Ante esta situación, no puede merecer reproche constitucional que el legislador persiga que la educación afectivo-sexual que reciban los alumnos sea integral y aspire a dotarles de las herramientas adecuadas que les permita filtrar de manera informada y crítica los distintos contenidos a su alcance” (FJ 5).



En fin, se prevé que las Administraciones públicas, en el marco de sus respectivas competencias, impulsen campañas de concienciación dirigidas a toda la población, que promuevan los derechos previstos en la ley, desde la corresponsabilidad en el ámbito de la anticoncepción a la promoción de los derechos reproductivos con especial énfasis en la interrupción voluntaria del embarazo, el embarazo, parto y puerperio la información y comunicación de contenidos que promuevan la concienciación, conocimiento y diagnóstico precoz de las enfermedades de la salud sexual y reproductiva y ETS.

Para terminar, queremos reflexionar brevemente sobre la Andragogía, entendida como “el arte de educar adultos”, en cuanto pueda servir para padres y docentes de adolescentes. Alexander Kapp acuñó el término en el año 1833, con referencia a la escuela de Platón; pero Malcolm Knowles es considerado el verdadero padre de la Andragogía, quien señaló en su obra “La práctica moderna de Educación del Adulto: Andragogía contra Pedagogía” la diferencia del aprendizaje de un niño y de un adulto<sup>40</sup>. En el niño con un proceso guiado, en el adulto como protagonista de su acto educativo en base a sus expectativas, frustraciones, realidad personal, familiar, social, etc.

El adulto que se educa es un individuo que posee gran experiencia, la cual le ha permitido avanzar por la vida de una manera responsable, siendo consciente, tomando decisiones y asumiendo responsabilidad. Como

---

<sup>40</sup> *La Andragogía, El arte de educar adultos (Una visión general)*, Documento académico.2021, Universidad Arturo Prat del Estado de Chile.



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

estudiante asume su responsabilidad y gestiona su propio aprendizaje, consciente de sus limitaciones, respeta y espera ser respetado igualmente, es crítico y formula sus propios planes y metas.

Analizado desde la psicología y las teorías del aprendizaje esta metodología, que se ha mostrado eficaz para los adultos, podría lograr aprendizajes significativos en estudiantes adolescentes y adultos jóvenes, de forma que permita la participación activa en su aprendizaje y alcance las competencias adecuadas de una manera sencilla y lúdica .El docente, por otro lado, orienta su aprendizaje desde el liderazgo en valores y participativo, motivando la autorrealización en concordancia con sus necesidades.

¿Podría servirnos esta disciplina para la educación sexual afectiva y para adquirir la responsabilidad necesaria en los padres adolescentes y quizá también en los padres “de” adolescentes?

## **BREVES CONCLUSIONES**

Cuando una adolescente menor de 15 años queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente. Termina abruptamente su ciclo educativo, enfrenta serios riesgos para su salud y su vida, se alteran sus relaciones sociales, se reducen significativamente sus perspectivas de inserción laboral y generación de ingresos, multiplicándose su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia

Así como en la práctica está establecido que las niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas se



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

clasifican como “alto riesgo obstétrico”, sería también necesario considerar el “alto riesgo psicosocial” y direccionar hacia servicios de adolescencia que ofrezcan una atención integral y multisectorial.

El EA es un problema de salud global, cuya trascendencia se debe a que son gestaciones no deseadas con importantes consecuencias personales, familiares, sociales y de salud y llevan asociadas una alta tasa de complicaciones durante la gestación y el parto, sobre todo en algunos países infra desarrollados.

Las parejas de la embarazada y sobre todo las familias deben jugar un papel fundamental para el bienestar y la estabilidad emotiva de la madre adolescente. Las actitudes frente a un embarazo no previsto, las decisiones con respecto a su continuidad y el patrón psicológico y físico dependen en muchos casos del entorno de las adolescentes, por lo que debe prestarse una especial atención a los factores de riesgo no solo patológicos para dar una respuesta adecuada a la adolescente.

En la medida en que el sistema de salud, así como los de educación, justicia y organismos protectores incorporen en sus prácticas institucionales la perspectiva de género y de derechos, en particular los derechos sexuales y reproductivos, podrán ayudar a cambiar el destino de niñas y adolescentes hacia uno con un futuro mejor.

La atención de adolescentes en el sistema de salud requiere un abordaje diferenciado y específico atento a sus particularidades y necesidades. Los servicios deben partir de una concepción integral e interdisciplinaria con



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

enfoque en el aprovechamiento de oportunidades. La garantía de confidencialidad y privacidad son elementos clave para habilitar el acercamiento y la confianza.

El ordenamiento jurídico no puede quedar al margen de los problemas que plantea el EA, tanto si es para su continuidad, como si se trata de la interrupción voluntaria del embarazo. Sin embargo, las leyes que han abordado ambas cuestiones no terminan de reflejar la situación específica de las menores de edad en este trance. La pura y mera remisión a las reglas generales del consentimiento de la LAP plantean problemas cuando del consentimiento informado y las reglas de la representatividad se aplican a una adolescente embarazada. Y ello también plantea serios dilemas e inseguridad desde el punto de vista de la responsabilidad profesional del personal sanitario.

La LO 1/2023, de 29 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo plantea dos cuestiones tan problemáticas como polémicas: la eliminación de la entrega de información sobre recursos para madres y del período de reflexión, así como la exclusión del consentimiento del representante legal para abortar en menores mayores de 16 años. La doctrina de órganos como el Tribunal Constitucional o el Consejo General del Poder Judicial a propósito de la anterior regulación se encuentra dividida. Y lo cierto es que nuevamente la Ley no ha solventado, sobre todo para las menores embarazadas, la plenitud del derecho a la información necesario para prestar un consentimiento válidamente adoptado, poniendo de nuevo en la cuerda floja al profesional sanitario que debe ceñirse estrictamente a la información clínica sobre las



posibilidades de IVE. Por otro lado, las funciones ligadas a la patria potestad, en un texto que obvia la figura de los padres, deja a la adolescente en una tesitura difícil, más por la propia fisonomía y su neurodesarrollo todavía en formación.

El legislador de 2023 no ha dudado en conceptualizar los derechos sexuales y reproductivos como derecho fundamental ligado a los derechos de las personas en el ámbito de la protección de la salud. Se trata de una norma ambiciosa que aborda desde un enfoque integral sendas dimensiones de la salud, dirige a los poderes públicos mandatos de optimización para la plena garantía de los derechos y la autonomía de la mujer, apela a la responsabilidad institucional en el cumplimiento e implementación de los derechos consagrados; todo ello desde un sensible enfoque de género que se articula como principio de actuación junto a los principios de no discriminación intersectorial o múltiple.

En fin, un aspecto relevante de la nueva Ley lo constituye el dedicado a la formación de los profesionales sanitarios, el ámbito de la educación y la formación como parte del desarrollo integral de la personalidad también en el ámbito de la educación sexual, sin olvidar los mecanismos de prevención en general y de protección de las violencias sexuales.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

AAVV. *La Andragogía, El arte de educar adultos (Una visión general)*, Documento académico. Universidad Arturo Prat del Estado de Chile, 2021.



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

ANDRÉS DOMINGO, P., "Embarazo de la adolescente. Problemas, maternidad, aspectos legales", en Dir. M.I. Hidalgo, I. Rodríguez, M.T. Calvo, *Medicina de la Adolescencia. Atención integral*, Capítulo 142, 3ª ed., Ergón, 2021.

BRAVO VARA, A. , "Análisis de la LO 1/2023 por la que se modifica el régimen jurídico del aborto en España (LO 2/2010) desde la perspectiva del derecho comparado", Trabajo dirigido por MONTALVO, F., en Repositorio Comillas, en línea en <https://repositorio.comillas.edu/rest/bitstreams/624520/retrieve>

DE MONTALVO JÄASKELÄINEN, F., "Derechos de los menores en el ámbito del tratamiento psiquiátrico", en línea en [https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/06/553-554\\_Anexo1-Caso22.pdf](https://www.cursopsiquiatriasema.com/wp-content/uploads/2020/06/553-554_Anexo1-Caso22.pdf).

DE MONTALVO JÄASKELÄINEN, F, RODRÍGUEZ MOLINERO, L. "Consentimiento informado y aspectos legales en la atención al adolescente", en línea en <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-07/consentimiento-informado-y-aspectos-legales-en-la-atencion-al-adolescente/>

DE MONTALVO JÄASKELÄINEN, *Menores de edad y consentimiento informado*. Tirant lo Blanch. Valencia. 2019.

GARRIDO CUENCA, N., "Seguridad de pacientes y salud mental en la infancia y la adolescencia: apuntes desde el derecho sanitario para una revisión del consentimiento informado, los internamientos y tratamientos



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

involuntarios y la respuesta a las conductas autolíticas”, *Revista Derecho y Salud*, vol.33, Extraordinario – 2023, en línea en <https://www.ajs.es/es/index-revista-derecho-y-salud/volumen-33-extraordinario-2023/seguridad-pacientes-y-salud-mental-la>

GARRIDO CUENCA, N., “Hacia una construcción del derecho a la salud como contenido del derecho fundamental a una vida digna y de calidad: el ‘mínimo vital’ como límite de la sostenibilidad económica”, en *Libro Homenaje al profesor Barranco Vela*, Vol.II, Civitas - Thomson Reuters, Navarra, 2014.

MADRID, J, HERNÁNDEZ, GENTILE, L., CEVALLOS, L., “Embarazos y maternidad adolescente desde una perspectiva cualitativa en ciencias sociales”, *Adolescere*, 2019, VII (1), 39-47

MARTINEZ-GUISASOLA, J., GUERRERO, M. “Embarazo y maternidad en adolescentes”, en *Pediatría Integral* 2022; XXVI (5): 289-299

MIJANCOS GURRUCHAGA, L.M., “Un comentario sobre la ley del aborto o interrupción voluntaria del embarazo de 2010 y su modificación de 2023”, en *Familia: Revista de ciencias y orientación familiar*, Nº 61, 2023, págs. 43-65, en línea en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9077365>

PALOMINO PÉREZ, L.M., PÉREZ SUÁREZ, E., CABRERO HERNÁNDEZ, M, DE LA CRUZ BENITO, A., CAÑEDO, G., “Embarazo en adolescentes en los últimos 11 años. Motivos de consulta y factores de riesgo”, en *Anales de*



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

*Pediatría*, Vol. 89. Núm. 2. Pp.121-122, Agosto 2018, DOI: [10.1016/j.anpedi.2017.11.001](https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2017.11.001)

PATERNINA-DIE, MARTINEZ GARCIA, et al., "Mothers´s neuroplasticity at peripartum and childbirth.nature neuroscience", en *Nat Neurosci*, 2024 Feb;27(2):319-327, DOI: 10.1038/s41593-023-01513-2. Epub 2024 Jan 5.2024.

TORRES DÍAZ, M.C., "Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo", *Ars Iuris Salmanticensis*, vol.11, junio 2023, pp.156-161

### **DOCUMENTOS DE INTERÉS:**

Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de junio de 2021, sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Unión, [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0314_ES.html)

Encuesta DAPHNE, en "Manual sobre Prevención de Embarazos no Intencionados, de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA", en línea en [Manual sobre Prevención de Embarazos No Deseados, Infecciones de Transmisión Sexual \(ITS\) y Virus de Inmunodeficiencia Humana \(VIH\)](https://www.sanidad.gob.es/Manual sobre Prevención de Embarazos No Deseados, Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)) ([sanidad.gob.es](https://www.sanidad.gob.es))

Healthychildren.org, "Ayudar a los padres adolescentes y a sus hijos a construir un futuro saludable". Desarrollado por pediatras de la *American Academy of Pediatrics*, recuperado en:



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

[www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex](http://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/dating-sex)

[Menores y aborto sin permiso parterno: opinión de los españoles según ideología política | Statista](#)

[El aborto en España - Datos estadísticos | Statista.](#)

[La Moncloa. 28/09/2023. El número de interrupciones voluntarias del embarazo aumentó un 9% en 2022 \[Prensa/Actualidad/Sanidad\].](#)

Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia [Internet]. WHO. Disponible en [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/) [ Links ]

Organización Mundial de la Salud. Adolescentes: riesgos para la salud y soluciones [Internet]. WHO. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions> [ Links ]

Organización Mundial de la Salud, *Embarazo en la Adolescencia* . 15 Sept. 2022, recuperado en: [www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy](http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-pregnancy)

Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo.

Disponible en [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=3983:embarazo-adolescente-al&Itemid=0) [ Links ]



<https://gabinetejuridico.castillalamancha.es/ediciones>

---

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. ProSego. Embarazo en la Adolescencia. Madrid: SEGO 2013.

Disponible

en: [https://www.sego.es/gapSEGO/Guias de Asistencia a Practica#perinatal](https://www.sego.es/gapSEGO/Guias_de_Asiistencia_Practica#perinatal)

Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) (ine.es): datos sobre IVE, última actualización 2022/2023

Informe IVE Gobierno de España, con los datos actualizados a 2023, en [280923-interrupcion-voluntaria-embarazo-2022.pdf \(lamoncloa.gob.es\)](#)

Instituto de Política Familiar (IPF), informe "El aborto en España 2023" Informe del Aborto en España 2019 del Instituto de Política Familiar (IPF) - Iglesia Española - COPE

UNAF, Unión de Asociación Familiares, UNAF denuncia la vulneración de derechos sexuales y reproductivos que sufren las mujeres migrantes y reivindica su acceso con la campaña "Tú importas" | UNAF, diciembre 2022.

Consejo General del Poder Judicial. (2022). Informe sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de: C.G.P.J | Poder Judicial | Consejo General del Poder Judicial | Actividad del CGPJ | Informes | Informe sobre el anteproyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010,



de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

Comité de Bioética Español. (2009). Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del Proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Recuperado de [http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/consenso\\_interrupcion\\_embarazo\\_comite\\_bioetica\\_oct\\_2009.pdf](http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/consenso_interrupcion_embarazo_comite_bioetica_oct_2009.pdf)