



Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

Distr. general
15 de noviembre de 2024
Español
Original: inglés
Español, francés e inglés
únicamente

**Comité para la Eliminación de la Discriminación
contra la Mujer**

Investigación sobre Polonia con arreglo al artículo 8 del Protocolo Facultativo de la Convención

Observaciones de Polonia*

[Fecha de recepción: 14 de agosto de 2024]

* La versión original del presente documento no fue objeto de revisión editorial oficial.



Introducción

1. Ante todo, el Gobierno de la República de Polonia quiere subrayar su compromiso inquebrantable de garantizar y promover los derechos humanos. El país hace todo lo posible por cumplir de buena fe su obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos humanos.

2. En relación con el tema tratado en el informe del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, el Gobierno de Polonia desea hacer hincapié en su dedicación a garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud previstos por la legislación nacional, incluido el aborto. En su primer discurso sobre políticas, el Primer Ministro, Donald Tusk, afirmó la importancia de este objetivo y declaró que el Gobierno actual pretendía velar por que todas las mujeres percibieran una diferencia fundamental en el trato que recibía la maternidad, la comprensión de las embarazadas y el aborto seguro en las situaciones que lo requerieran. Las mujeres notarían una mejora radical en lo referente a sus derechos, dignidad, salud y seguridad.

Observaciones a las conclusiones (de hecho y de derecho) del Comité

I. Acceso al aborto legal

1. Datos estadísticos sobre los abortos en Polonia

3. Los datos sobre el número de interrupciones del embarazo realizadas en Polonia se reúnen a partir de los informes elaborados en el marco de la aplicación del programa de investigación estadística pública correspondientes a un año determinado (MZ-29 y MZ-24), que el Consejo de Ministros aprueba con carácter anual, de conformidad con la Ley, de 29 de junio de 1995, relativa a las Estadísticas Públicas.

Cuadro 1

Procedimientos de interrupción del embarazo realizados de 2010 a 2023 en todo el país

(Según datos reunidos como parte de las estadísticas públicas)

<i>Interrupciones del embarazo realizadas de conformidad con la Ley de 1993:</i>				
<i>Año</i>	<i>Total</i>	<i>Casos en los que el embarazo ponía en peligro la vida o la salud de la mujer</i>	<i>Casos en los que los exámenes prenatales u otras consideraciones médicas indicaban una alta probabilidad de que el feto sufriese deficiencias graves e irreversibles o una enfermedad incurable que pusiese en peligro su vida</i>	<i>Casos en los existían sospechas fundadas de que el embarazo había sido consecuencia de un acto prohibido</i>
2010	641	27	614	0
2011	669	49	620	0
2012	752	50	701	1
2013	744	23	718	3
2014	971	48	921	2
2015	1 040	43	996	1
2016	1 098	55	1 042	1
2017	1 057	22	1 035	0

Interrupciones del embarazo realizadas de conformidad con la Ley de 1993:

Año	Total	Casos en los que el embarazo ponía en peligro la vida o la salud de la mujer	Casos en los que los exámenes prenatales u otras consideraciones médicas indicaban una alta probabilidad de que el feto sufriese deficiencias graves e irreversibles o una enfermedad incurable que pusiese en peligro su vida	Casos en los existían sospechas fundadas de que el embarazo había sido consecuencia de un acto prohibido
2018	1 076	25	1 050	1
2019	1 110	33	1 074	3
2020	1 076	21	1 053	2
2021*	107	32	75	0
2022	160	159	0	1
2023	425	423	0	2

Fuente: e-Health Centre.

* El 22 de octubre de 2020, el Tribunal Constitucional dictó la sentencia de la causa núm. K 1/20, en la que resolvió que el artículo 4a 1) 2) de la Ley, de 7 de enero de 1993, relativa a la Planificación Familiar, la Protección de los Fetos Humanos y las Condiciones en las que se Permite la Interrupción del Embarazo, que permitía que se interrumpiese el embarazo en los casos en los que los exámenes prenatales u otras consideraciones médicas indicasen una alta probabilidad de que el feto sufriese deficiencias graves e irreversibles o una enfermedad incurable que pusiese en peligro su vida, era incompatible con el artículo 38 de la Constitución de la República de Polonia leído conjuntamente con sus artículos 30 y 31 3).

4. La sentencia se publicó en el Boletín Oficial de 2021, punto 175, el 27 de enero de 2021. A raíz de la publicación de la decisión del Tribunal Constitucional, dejó de ser posible acogerse a la excepción mencionada para someterse a un aborto.

Cuadro 2

Procedimientos de interrupción del embarazo realizados en 2023 desglosados por provincia y causa

(Según datos reunidos como parte de las estadísticas públicas)

Provincia	Total	Procedimientos de interrupción del embarazo realizados en 2023	
		Casos en los que el embarazo ponía en peligro la vida o la salud de la mujer	Casos en los existían sospechas fundadas de que el embarazo había sido consecuencia de un acto prohibido
Dolnośląskie	161	161	0
Kujawsko-pomorskie	16	16	0
Lubelskie	6	6	0
Lubuskie	3	3	0
Łódzkie	5	5	0
Małopolskie	50	50	0
Mazowieckie	92	92	0
Opolskie	5	5	0
Podkarpackie	0	0	0
Podlaskie	5	4	1
Pomorskie	40	40	0

Procedimientos de interrupción del embarazo realizados en 2023

Provincia	Total	Casos en los que el embarazo ponía en peligro la vida o la salud de la mujer	Casos en los existían sospechas fundadas de que el embarazo había sido consecuencia de un acto prohibido
Śląskie	3	3	0
Świętokrzyskie	1	1	0
Warmińsko-mazurskie	0	0	0
Wielkopolskie	17	17	0
Zachodniopomorskie	21	20	1
Polonia	425	423	2

Fuente: e-Health Centre.

2. Acceso al aborto legal por estar en peligro la vida o la salud de la mujer y conclusiones de derecho del Comité a este respecto (párrs. 11 a 15 y 82 del informe del Comité)

5. En relación con las conclusiones del informe relativas a la ausencia de un protocolo oficial de orientación para el personal médico sobre lo que se entiende por peligro para la vida o la salud, a la supuesta interpretación errónea de esta excepción, a las dificultades para acceder al aborto alegando que está en peligro la salud mental de la mujer, al efecto disuasorio que tiene en el personal médico la criminalización del aborto y a los datos sobre los fallecimientos vinculados al embarazo, así como la determinación del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de que la combinación de estos elementos supone un grave obstáculo para que las mujeres accedan al aborto cuando está en peligro su vida o su salud física o mental, el Gobierno de Polonia desea exponer las siguientes cuestiones.

2.1 Interpretación de la excepción a causa de peligro para la vida o la salud de la mujer y orientación para el personal médico al respecto

6. Con arreglo a la Ley, de 7 de enero de 1993, relativa a la Planificación Familiar, la Protección de los Fetos Humanos y las Condiciones en las que se Permite la Interrupción del Embarazo (Boletín Oficial de 2022, punto 1575), denominada en lo sucesivo “Ley de 1993”, el personal médico solo puede interrumpir el embarazo cuando:

- Pone en peligro la vida o la salud de la mujer (artículo 4a 1) 1) de la Ley de 1993);
- Existen sospechas fundadas de que el embarazo es consecuencia de un acto prohibido (artículo 4a 1) 3) de la Ley de 1993).

7. En lo referente a la permisibilidad del aborto cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, hay que subrayar con claridad que, de hecho, hay dos condiciones independientes. Con que se cumpla solo una de ellas (esto es, que esté en peligro o bien la vida, o bien la salud), se considera que existen suficientes fundamentos jurídicos para que las circunstancias permitan la interrupción del embarazo.

8. **La Ley de 1993 no prevé una lista exclusiva de indicaciones para el aborto cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer. Sus disposiciones, que hacen referencia al concepto de salud en general, no determinan en modo alguno qué ámbito de esta tiene que estar en peligro. Por**

tanto, el peligro puede afectar a cualquier ámbito de la salud, ya sea física o mental. Además, la Ley de 1993 no especifica el concepto de peligro, de modo que queda a discreción del profesional de la medicina que procede sobre la base de su pericia médica. Cabe señalar que, de conformidad con el artículo 4 de la Ley, de 5 de diciembre de 1996, relativa a las Profesiones Médicas y Odontológicas (Boletín Oficial de 2023, punto 1516, en su versión modificada), el personal médico debe ejercer su profesión basándose en los conocimientos médicos más recientes y en los métodos y medios disponibles para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, observando la ética profesional y la diligencia debida.

9. Con respecto a los protocolos de orientación para el personal médico sobre cómo entender el concepto de peligro para la vida o la salud de la mujer, es necesario destacar que la elaboración de esa clase de directrices médicas debe dejarse en manos de las sociedades científicas. En este sentido, el Gobierno de Polonia desea señalar que **la Sociedad Polaca de Ginecología y Obstetricia y la Sociedad Polaca de Salud Sexual y Reproductiva han formulado recomendaciones pertinentes al respecto.**

2.2 Dificultades para acceder al aborto sobre la base de la excepción a causa de peligro para la vida o la salud

10. Como ya se ha mencionado, el concepto de peligro para la salud de la mujer se refiere a cualquier ámbito de la salud, ya sea física o mental. Asimismo, las disposiciones de la Ley de 1993 no especifican la especialidad del personal médico autorizado para determinar si hay motivos suficientes para practicar el aborto.

11. Según el artículo 4a 5) de la Ley de 1993, quien determine si hay motivos suficientes debe ser un profesional médico distinto del que practique el aborto, salvo que el embarazo ponga en peligro directo la vida de la mujer. Según las disposiciones del *Reglamento del Ministerio de Salud y Bienestar Social, de 22 de enero de 1997, relativo a las cualificaciones profesionales de los médicos para interrumpir el embarazo y determinar que este pone en peligro la vida o la salud de la mujer o que existe un gran riesgo de que el feto sufra daños graves e irreparables o de que el niño sufra una enfermedad incurable y potencialmente mortal* (Boletín Oficial, punto 49), quien determine si el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer debe ser un médico especialista del campo de la medicina que se ocupa del tipo de enfermedad que padece la embarazada.

12. En las disposiciones mencionadas se establece con claridad que, **para determinar que el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer, se requiere solo un certificado médico** expedido por un especialista del campo de la medicina que se ocupa del tipo de enfermedad que padece la mujer. Por lo tanto, en principio, no está justificado que se exijan dictámenes o certificados médicos complementarios como requisito previo para acceder al aborto y debe considerarse una limitación del acceso a este procedimiento.

13. Asimismo, cabe señalar que el aborto, en los casos permitidos por la Ley de 1993, es un servicio de atención de la salud garantizado que están obligadas a prestar todas las entidades médicas (hospitales) que hayan celebrado un contrato con el Fondo Nacional de Salud para prestar servicios de obstetricia y ginecología. Con el fin de garantizar el adecuado cumplimiento de esta obligación en la práctica, entró en vigor el 30 de mayo de 2024 una importante modificación del Reglamento del Ministerio de Salud, de 8 de septiembre de 2015, relativo a las Condiciones Generales de los Contratos de Prestación de Servicios de Salud, que exige que los proveedores de servicios de salud que hayan suscrito un contrato de servicios de obstetricia y ginecología con el Fondo Nacional de Salud practiquen interrupciones del embarazo en su centro. El incumplimiento de esta obligación conlleva una sanción en virtud del

contrato del 2 % del importe por cada infracción detectada (véase también el párr. I.3.2).

14. Además, para garantizar que las pacientes en las situaciones previstas en la Ley de 1993 tuviesen acceso efectivo al procedimiento de interrupción del embarazo en todas las provincias, el Ministerio de Salud distribuyó una carta de fecha 30 de enero de 2024 en la que obligaba al Presidente del Fondo Nacional de Salud a adoptar las siguientes medidas periódicas:

- Reunir datos sobre los procedimientos de aborto practicados y completados por los proveedores de servicios de salud de cada provincia y determinar qué hospitales no los realizan;
- Solicitar que los proveedores :
 - Informen si se ha denegado el procedimiento a alguna paciente que lo haya solicitado;
 - Expliquen los motivos por los que se denegó el procedimiento y la forma en que se le permitió ejercer su derecho a recibir ese servicio (y, por tanto, la manera en que se cumplió la obligación contractual en este sentido), habida cuenta de que el Ministerio de Salud exige que la Presidencia del Fondo Nacional de Salud emprenda las acciones adecuadas contra los proveedores de servicios de salud que no adopten esas medidas.

15. El objetivo de las medidas mencionadas es garantizar una supervisión activa y real de la ejecución de los contratos relativos al ámbito pertinente, esto es, garantizar que, siempre que tengan lugar irregularidades, el Fondo Nacional de Salud emprenda las acciones adecuadas no solo para aclarar todas las circunstancias de lo ocurrido y verificar la forma en que se prestó el servicio, sino también para exigir responsabilidades en virtud del contrato a la entidad que lo haya incumplido.

16. Según la información del Fondo Nacional de Salud, su sede dio instrucciones a las Direcciones de las oficinas provinciales para que emprendiesen las acciones pertinentes inmediatamente después de recibir la carta de 30 de enero de 2024. Asimismo, solicitó a las oficinas provinciales que le notificasen todas las irregularidades que detectasen en el cumplimiento de contratos relativos al ámbito en cuestión y todas las denegaciones de abortos de las que se los informase, y que especificasen las acciones que emprendieron en respuesta. Al mismo tiempo, el Fondo Nacional de Salud estableció la obligación de enviar nuevos informes en relación con las medidas expuestas en la carta de 30 de enero de 2024.

17. Por otra parte, el **Fondo Nacional de Salud recibe información de la Defensoría de los Derechos del Paciente sobre las entidades médicas que han denegado abortos** y no han prestado servicios obstétricos y ginecológicos. Esos datos se han transmitido de forma periódica desde el 22 de febrero de 2024. El Fondo Nacional de Salud proporciona a las oficinas provinciales pertinentes información sobre las entidades en las que, según ha concluido la Defensoría de los Derechos del Paciente, se han violado los derechos de las pacientes y contra las que las pacientes o sus familiares han denunciado el hecho a la línea directa de la Defensoría, para que dichas oficinas verifiquen si tienen registro de tales quejas y si estas se tramitaron dentro de su jurisdicción.

2.3 Observaciones con respecto a algunos de los casos de fallecimientos vinculados al embarazo señalados en el informe del Comité

Izabela

18. Cuando los medios de comunicación informaron sobre la muerte de Izabela, una embarazada de 30 años, en el Hospital de Distrito de Pszczyna, el Ministerio de Salud pidió al Fondo Nacional de Salud que realizase una inspección del hospital, en la que también intervinieron la fiscalía y la Defensoría de los Derechos del Paciente.

19. En septiembre de 2021, el Fondo Nacional de Salud llevó a cabo una inspección para verificar si se había ejecutado de forma correcta el contrato de prestación de atención hospitalaria a cargo de los departamentos de Obstetricia y Ginecología y Anestesiología. En el marco de la inspección, el Fondo Nacional de Salud pidió al consultor nacional en perinatología que determinara si el personal médico del Hospital de Distrito de Pszczyna había observado la norma de diligencia debida durante las intervenciones médicas. Tras la inspección, que puso de manifiesto diversos problemas y casos de negligencia, se impuso al hospital una sanción en virtud del contrato y se le formularon recomendaciones para que las aplicara de inmediato.

20. Puede obtenerse más información sobre los resultados de la investigación de la Defensoría de los Derechos del Paciente sobre el Hospital de Distrito de Pszczyna en el sitio web de la Defensoría: <https://www.gov.pl/web/rpp/pszczyna-licznaruszzenia-praw-pacjenta-w-szpitalu-powiatowym>.

Agnieszka

21. De conformidad con el artículo 119 1) 2) de la Ley relativa a las Actividades Médicas, el Ministro de Salud solicitó al consultor nacional en obstetricia y ginecología que llevarse a cabo una inspección del Hospital Provincial de Especialidades de la Santísima Virgen María de Częstochowa y del Hospital Rudolf Weigl de Blachownia para evaluar si habían sido correctos el conjunto de la conducta del personal médico y el procedimiento diagnóstico y terapéutico que se siguió en el caso de la paciente Agnieszka T.

22. La inspección abarcó el período comprendido entre 2021 y 2022. El análisis de los documentos y los acontecimientos no reveló errores médicos en ninguna fase del tratamiento administrado a la paciente.

23. En cuanto al hospital de Częstochowa, se concluyó que la conducta del personal médico había sido correcta y conforme a la pericia y la práctica médicas. Tras la inspección, se recomendó una mayor supervisión de las historias clínicas, de las que debía llevarse un registro adecuado, en particular en lo que respecta a la transparencia, la claridad, la coherencia y la exhaustividad de los asientos, con arreglo al Reglamento del Ministerio de Salud, de 6 de abril de 2020, relativo a los Tipos, el Alcance y los Modelos de Documentos Médicos y su Tratamiento (denominado en lo sucesivo “Reglamento de Historias Clínicas”).

24. Tampoco en el caso del hospital de Blachownia se detectaron errores médicos en ninguna fase del tratamiento. La conducta del personal médico de los departamentos de Anestesiología y Cuidados Intensivos del hospital había sido correcta y conforme a las recomendaciones de supervisión de la Sociedad Polaca de Anestesiología y Cuidados Intensivos y a las recomendaciones relativas al tratamiento de la sepsis y el choque séptico formuladas por la Campaña “Sobrevivir a la sepsis”. En opinión del consultor provincial, el cumplimiento de las condiciones para recibir el tratamiento, la evaluación de la salud de la paciente y la administración de los cuidados intensivos se habían ajustado a las buenas prácticas clínicas y se habían

documentado con claridad. El estado de salud de Agnieszka T., evaluado mediante sistemas internacionales de valoración de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos como SOFA, SAPS II y APACHE II, había sido indicativo de la grave evolución de la enfermedad y un mal pronóstico. No se formularon conclusiones ni recomendaciones tras la inspección.

25. En lo que respecta a su investigación de las circunstancias de la muerte de Agnieszka T., el 31 de julio de 2024, la Fiscalía Regional de Katowice resolvió archivar las actuaciones por no darse las características de un acto prohibido. Las pruebas recabadas sobre la causa permitían concluir que había habido irregularidades o que se había denegado la interrupción del embarazo de forma injustificada durante el tratamiento de la paciente (el aborto no había estado fundamentado y, una vez que fallecieron los fetos, se habían aplicado los procedimientos médicos correctos).

Dorota

26. Por otra parte, en el caso del fallecimiento de la paciente Dorota L., el Ministerio de Salud solicitó, de conformidad con el artículo 119 1) 2) de la Ley relativa a las Actividades Médicas, que el consultor nacional en materia de obstetricia y ginecología llevarse a cabo una inspección del Hospital de Especialidades de Podhale Juan Pablo II, situado en Nowy Targ, con el fin de evaluar si habían sido correctos el conjunto de la conducta del personal médico y el procedimiento diagnóstico y terapéutico que había seguido al tratar a esa paciente.

27. El año 2023 fue el período objeto de la inspección, que reveló que, dada la duración del embarazo y el cuadro clínico de la paciente, el procedimiento diagnóstico y terapéutico que se le había aplicado en primer lugar había sido adecuado a su estado de salud y los síntomas que presentaba. Sin embargo, durante una hospitalización posterior, Dorota L. había presentado síntomas preocupantes, pero, según constató el consultor, de hecho, el procedimiento no se había modificado mientras la paciente había estado ingresada a cargo del Departamento de Ginecología y Obstetricia, a pesar del deterioro de su estado de salud. Como conclusión, se ha de señalar que debería haberse ofrecido el aborto a Dorota L., ya que el embarazo había puesto en peligro su salud y su vida.

28. Partiendo de estas conclusiones, se formularon las siguientes recomendaciones derivadas de la inspección: 1) mejorar sin condicionamientos la supervisión del personal médico que atiende a las pacientes, en especial cuando presentan un cuadro inflamatorio que pone en peligro su vida y su salud; 2) practicar el aborto de forma incondicional cuando estén en peligro la vida y la salud de la paciente; 3) adoptar medidas para velar por que las historias clínicas consignen la información con precisión y fiabilidad, de conformidad con el Reglamento de Historias Clínicas.

29. En cuanto a la investigación de la causa por parte de la Fiscalía Regional de Katowice, el proceso sigue pendiente. En la actualidad, se está elaborando un dictamen pericial sobre la idoneidad del tratamiento médico que se ofreció a la paciente.

**3. Acceso al aborto legal por ser el embarazo consecuencia de un delito
(párrs. 16 y 83 del informe del Comité)**

30. Con respecto a las conclusiones del informe de que someterse a un aborto acogiéndose a la excepción aplicable a los embarazos consecuencia de un delito no es una opción realista para las víctimas de violencia sexual, habida cuenta de que depende de que la víctima presente la denuncia y de que no hay un plazo máximo para que el fiscal certifique la apertura de la investigación, sin ninguna garantía de que el certificado pueda obtenerse a tiempo, el Gobierno de Polonia desea recordar

que, con arreglo al artículo 4a 1) 3) de la Ley de 1993, el personal médico puede interrumpir el embarazo cuando existan sospechas fundadas de que el embarazo es consecuencia de un acto prohibido. En ese caso, el aborto está permitido si no han transcurrido más de 12 semanas desde el inicio del embarazo. Corresponde al fiscal determinar, sobre la base de las pruebas recabadas, si, en cada caso concreto, existen sospechas fundadas de que el embarazo es consecuencia de un acto prohibido, y debe hacerlo antes de que expire el citado plazo de 12 semanas.

31. A este respecto, cabe referirse a la Orden de 10 de abril de 2024 por la que el Fiscal General encomendó a un equipo de fiscales de la Fiscalía Nacional que formulase recomendaciones sobre la tramitación de causas relativas a la denegación de la interrupción del embarazo y sobre los denominados abortos farmacológicos (puede obtenerse información más detallada sobre esta cuestión en el apartado II.1). Las directrices elaboradas en consecuencia también abordan la forma de proceder en las causas relativas a los embarazos que son resultado de un delito. En ellas se indica que las actuaciones en cuestión deben someterse a una supervisión especialmente minuciosa y **se hace hincapié en que, cuando existan sospechas fundadas de que el embarazo es consecuencia de un acto prohibido, las actuaciones deben tramitarse con celeridad, de modo que el certificado de la fiscalía que sirve de base para el aborto legal se expida a tiempo para que la interrupción del embarazo pueda realizarse dentro del plazo legal de 12 semanas.**

32. Las directrices, que llevan la firma del Fiscal General, se publicaron en el sitio web de la Fiscalía Nacional el 9 de agosto de 2024: <https://www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/wytyczne-prokuratora-generalnego-w-sprawie-zasad-postepowania-powszechnych-jednostek-organizacyjnych-prokuratury-w-zakresie-prowadzenia-spraw-dotyczacych-odmowy-dokonania-przerwania-ciazy-oraz-tzw-aborcji-farmakologicznej>.

4. Limitaciones *de facto* al acceso al aborto legal (párrs. 19 a 22 y 85 del informe del Comité)

4.1 El denominado “registro de embarazos”

33. Cabe destacar que **el Gobierno de Polonia no ha creado en modo alguno lo que se denomina “registro de embarazos”**. Esa percepción infundada procede de una interpretación errónea de una nueva norma, la Ley, de 28 de abril de 2011, relativa al Sistema de Información de la Atención de la Salud (Boletín Oficial de 2023, punto 2465, en su versión modificada, denominada en lo sucesivo “Ley de 2011”), por la que se creó una base de datos de acontecimientos médicos. Al amparo de la legislación aplicable, se reúne información sobre acontecimientos médicos con el objetivo principal de garantizar que el personal médico pueda acceder a datos sobre la salud de un determinado paciente para prestarle servicios de salud de la máxima calidad.

34. Según el artículo 2 18) de la Ley de 2011, los acontecimientos médicos que se registran en el sistema de información son los servicios de salud definidos en el artículo 5 40) de la Ley, de 27 de agosto de 2004, relativa a los Servicios de Salud Financiados con Fondos Públicos (Boletín Oficial de 2024, punto 146), denominada en lo sucesivo “Ley de Servicios de salud”, como actividades que sirven para prevenir enfermedades o para preservar, salvaguardar, recuperar o mejorar la salud y las actividades médicas derivadas del tratamiento o llevadas a cabo en virtud de otras normas que regulen su ejercicio.

35. Los datos que es obligatorio informar sobre el acontecimiento médico figuran en el Reglamento del Ministerio de Salud, de 26 de junio de 2020, relativo al alcance detallado de los datos sobre acontecimientos médicos tratados en el sistema de información y a la forma y los plazos en que se han de transferir dichos datos al

Sistema de Información Médica (Boletín Oficial de 2023, punto 738). **La obligación de informar incumbe también a los datos sobre el embarazo por motivos muy justificados, habida cuenta de su importancia para los procedimientos terapéuticos (por ejemplo, hay varios procedimientos, como las radiografías, y medicamentos que son riesgosos para las mujeres embarazadas).** El único fin de que los proveedores transfieran información sobre el embarazo de una paciente al Sistema de Información Médica es adaptar el tratamiento al estado de salud de la embarazada y velar por su seguridad sanitaria y la de su feto. Los datos registrados en el Sistema de Información Médica y el acceso del personal médico (en las condiciones previstas en la Ley de 2011) también son útiles para el desempeño profesional de los miembros del personal, sobre todo cuando atienden a una embarazada (en particular cuando está inconsciente).

36. **Cabe subrayar que la información sobre el embarazo también se incluye en el conjunto de datos que se facilitará en el historial resumido del paciente, un documento médico elaborado por la Comisión Europea que se incorporará en la Unión Europea** y en el que se pretende que figuren datos básicos sobre el estado de salud del paciente para que puedan consultarse en toda la Unión Europea y faciliten que el personal médico diagnostique los problemas y los trate con mayor eficacia gracias a que cuenta con la información más importante sobre su salud.

37. Los datos recopilados en el Sistema de Información Médica están a resguardo debido, en cumplimiento de los requisitos previstos en la legislación de aplicación general sobre el tratamiento de datos personales, y están protegidos contra los accesos no autorizados (también con arreglo al artículo 5 3c) de la Ley de 2011). Dado que procesan datos personales, en particular información sobre la salud, los proveedores están obligados a aplicar las salvaguardias adecuadas para protegerlos de accesos no autorizados. Por tanto, además de las obligaciones que les impone el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea, tienen el deber de cumplir también su obligación de salvaguardar el tratamiento de datos personales de conformidad con la Ley de 2011, la Ley, de 6 de noviembre de 2008, relativa a los Derechos del Paciente y a la Defensoría de los Derechos del Paciente (Boletín Oficial de 2024, punto 581), y el resto de la normativa que regula esta materia.

38. Al mismo tiempo, hay que subrayar que el acceso a los datos personales y médicos recopilados en el Sistema de Información Médica se rigen en su mayor parte por el artículo 35 1) y 1a) de la Ley de 2011. De conformidad con su artículo 35 1), pueden acceder a los datos personales o médicos de los beneficiarios de los servicios que se registran en el sistema informático del proveedor o en el Sistema de Información Médica las siguientes personas: 1) el profesional de la salud que creó la historia clínica electrónica con datos personales o médicos del beneficiario; 2) los profesionales de la salud que atiendan en el mismo establecimiento donde se creó la historia clínica electrónica, siempre que sea necesario para el diagnóstico y la continuación del tratamiento; 3) el personal médico, de enfermería o partería que presten servicios de salud al beneficiario en virtud de un contrato de prestación de servicios de atención primaria de la salud; 4) cualquier profesional de la salud cuando esté en peligro la vida del beneficiario.

39. Por ley, las personas mencionadas pueden acceder a los datos personales o médicos del paciente a través del sistema informático del proveedor de servicios o del Sistema de Información Médica sin necesidad de solicitar un consentimiento adicional. En casos distintos de los anteriores, se requiere el consentimiento del beneficiario o de su representante legal para comunicar los datos a terceros. Al recabar ese consentimiento, debe especificarse el plazo y el alcance del acceso que se solicita (artículo 35 1a) de la Ley de 2011).

40. Además, los tribunales y la fiscalía solo están autorizados a solicitar la transmisión de datos contenidos en el Sistema de Información Médica si lo hacen de forma no discrecional y de conformidad con la legislación aplicable que regula sus derechos y obligaciones en relación con actuaciones pendientes. A la Fiscalía Nacional no le constan posibles investigaciones emprendidas sobre la base de datos extraídos del Sistema de Información Médica.

4.2 Objeción de conciencia

41. En primer lugar, conviene señalar que la objeción de conciencia está prevista en varios instrumentos jurídicos internacionales, como la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, cuyo objetivo es proteger los derechos fundamentales de los ciudadanos de la Unión Europea. En su artículo 10 2) se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio. Lo mismo sucede en los casos de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

42. Sobre la base del derecho internacional, la legislación polaca (artículo 53 de la Constitución) también dispone que debe garantizarse a todas las personas la libertad de conciencia. Eso se prevé, asimismo, en el artículo 39 de la Ley, de 5 de diciembre de 1996, relativa a las Profesiones Médicas y Odontológicas (Boletín Oficial de 2023, punto 1516, en su versión modificada), denominada en lo sucesivo “Ley de Profesiones Médicas”. En ella se especifica que el personal médico puede abstenerse de prestar servicios de salud que sean contrarios a su conciencia, excepto en situaciones en las que posponer la atención pueda entrañar peligro de muerte o daños corporales o trastornos de salud graves. Al mismo tiempo, el personal médico tiene el deber de dejar constancia en la historia clínica de que se acogieron a su derecho a la objeción de conciencia. Además, el personal médico que ejerce en el marco de un contrato laboral o de prestación de servicios está obligado a notificárselo previamente por escrito a su superior.

43. La citada disposición define **la objeción de conciencia como un derecho personal de cada miembro del personal médico que no puede transferirse a ningún otro trabajador de las entidades médicas** que prestan servicios de salud sufragados con fondos públicos.

44. Además, debido a la coexistencia de disposiciones de otros instrumentos jurídicos en las que se impone a determinadas entidades (entidades médicas y oficinas provinciales del Fondo Nacional de Salud) la obligación de informar sobre los servicios de salud prestados en una región determinada o en todo el país, el artículo 39 de la Ley de Profesiones Médicas no especifica que deba proponerse otro profesional médico o entidad médica, de modo que corresponde al paciente el derecho a elegir. La disposición en cuestión no prohíbe que el personal médico sugiera una solución para la situación del paciente. En la Ley de Profesiones Médicas, la remisión al artículo 30 en el artículo 39 limita con claridad el alcance del derecho a la objeción de conciencia, lo que, a su vez, obliga a todo el personal médico con determinadas cualificaciones profesionales, entre ellos los obstetras y ginecólogos, a ser capaces de realizar todos los procedimientos médicos, incluidos los amparados por dicho derecho.

45. En el caso del personal de enfermería y partería, la denegación de la atención por motivos de conciencia está regulada por la Ley, de 15 de julio de 2011, relativa a las Profesiones de Enfermería y Partería (Boletín Oficial de 2024, punto 814). Según el artículo 12, 1) el personal de enfermería y partería está obligado a prestar asistencia de acuerdo con sus cualificaciones profesionales siempre que posponerla pueda suponer un riesgo inmediato para la salud del paciente; 2) el personal de enfermería y partería podrá negarse a cumplir la orden de un médico y a prestar otros servicios

de salud contrarios a su conciencia o ajenos al ámbito de sus cualificaciones presentando de inmediato a su superior jerárquico o a la persona que haya dado la orden una explicación por escrito del motivo de su negativa, salvo que se den las circunstancias previstas en el punto 1; 3) en el caso contemplado en el punto 2, el personal de enfermería y partería tiene el deber de informar de inmediato de su negativa al paciente o a su representante legal o cuidador efectivo y de indicarle las posibilidades reales de que otro miembro de ese personal u otra entidad médica le preste el servicio; 4) si algún miembro del personal de enfermería o partería se abstiene de prestar servicios de salud por los motivos señalados en el punto 2, deberá justificarlo y hacerlo constar en la historia clínica.

46. Por otra parte, el derecho del paciente a la información y a la prestación efectiva de servicios de salud y la obligación del proveedor de esta clase de servicios de comunicar información pertinente están previstos en la Ley, de 15 de abril de 2011, relativa a las Actividades Médicas (Boletín Oficial de 2023, punto 991, en su versión modificada), la Ley, de 27 de agosto de 2004, relativa a los Servicios de Salud Financiados con Fondos Públicos (Boletín Oficial de 2024, punto 146), el Reglamento del Ministerio de Salud, de 8 de septiembre de 2015, relativo a las Condiciones Generales de los Contratos de Prestación de Servicios de salud (Boletín Oficial de 2023, punto 1194), y la Ley, de 6 de noviembre de 2008, relativa a los Derechos del Paciente y al Defensor de los Derechos del Paciente, y sus instrumentos de ejecución.

47. Las entidades en las que se realizan actividades médicas no solo hacen públicos el alcance y los tipos de servicios de salud que prestan, sino que también deben, a petición de los pacientes, facilitar información sobre los métodos diagnósticos o terapéuticos utilizados en virtud de su contrato con el Fondo Nacional de Salud. Además, las oficinas provinciales del Fondo son las únicas entidades que disponen de información completa y, lo que es más importante, actualizada sobre los servicios de salud que se prestan en la provincia y, según el artículo 23 3) de la Ley, de 27 de agosto de 2004, relativa a los Servicios de Salud Financiados con Fondos Públicos, están obligadas a informar a cualquier proveedor de servicios de salud, a petición de este, sobre cuáles de los proveedores de estos servicios que han suscrito un contrato con la oficina en cuestión pueden prestar determinado servicio, cuál es el tiempo medio de espera para recibirla y cuándo puede concertarse la cita más temprana. Puede obtenerse información sobre el servicio de salud solicitado a través de la línea directa anónima del Fondo Nacional de Salud. Ningún paciente que utilice este medio de contacto debe quedarse sin información ni verse privado de la atención.

48. **Por tanto, no puede afirmarse que a las polacas se les deniegue el derecho a recibir servicios de salud al amparo del derecho de objeción de conciencia.** Hay que distinguir entre las disposiciones de la Ley relativa a las Profesiones Médica y Odontológica sobre el derecho a la objeción de conciencia y las de la Ley de 1993 sobre los supuestos para el aborto, que disponen que el procedimiento de aborto es un servicio de salud garantizado.

49. En este contexto, cabe señalar que, según el artículo 4b de la Ley de 1993, las personas cubiertas por el seguro social que tienen derecho a atención de la salud gratuita en virtud de otras disposiciones tienen derecho al aborto gratuito en las entidades médicas. Los servicios de salud garantizados relacionados con la interrupción del embarazo se describen en el apéndice 1 del Reglamento del Ministerio de Salud, de 22 de noviembre de 2013, relativo a los Servicios de Salud Garantizados en el Ámbito del Tratamiento Hospitalario (Boletín Oficial de 2023, punto 870, en su versión modificada). A la luz de la normativa aplicable, en particular el Reglamento del Ministerio de Salud, de 8 de septiembre de 2015, relativo a las Condiciones Generales de los Contratos de Prestación de Servicios de Salud, todas las entidades médicas (hospitales) que hayan celebrado un contrato con el Fondo

Nacional de Salud están obligadas a prestar los servicios previstos en dicho contrato en la medida en que lo permita la legislación vigente.

50. Al suscribir un contrato de prestación de servicios de salud, quien los ofrece se compromete a prestar todos los del ámbito y el tipo especificados en el contrato que se consideran garantizados en los reglamentos de ejecución pertinentes de la Ley, de 27 de agosto de 2004, relativa a los Servicios de Salud Financiados con Fondos Públicos.

51. Como ya se ha mencionado (párr. 1.2), para garantizar que estas obligaciones contractuales se cumplan en la práctica, el 30 de mayo de 2024 se incorporó una importante modificación en las disposiciones del Reglamento del Ministerio de Salud, de 8 de septiembre de 2015, relativo a las Condiciones Generales de los Contratos de Prestación de Servicios de la Salud. En consecuencia, según el apartado 3 6) del apéndice del Reglamento, **en los casos en los que el aborto está permitido por la legislación de aplicación general, el proveedor de servicios de salud contratado por el Fondo Nacional de Salud para dispensar tratamiento obstétrico y ginecológico hospitalario está obligado a prestar servicios de interrupción del embarazo en el lugar en el que presta los servicios de salud, con independencia de que algún médico que ejerza en él se abstenga de prestar dicho servicio acogiéndose a su derecho a la objeción de conciencia.**

52. **El incumplimiento de esta obligación conlleva una sanción en virtud del contrato del 2 % del importe por cada infracción detectada.** No obstante, si se incumple el citado apartado 3 6) del apéndice del Reglamento, quien presida el Fondo Nacional de Salud o dirija su oficina provincial también podrá resolver la totalidad o parte del contrato sin previo aviso.

4.3 Formación profesional del personal médico y los estudiantes de medicina

53. Todas las personas que están recibiendo instrucción médica siguen el plan de estudios dimanante del Reglamento del Ministerio de Ciencia y Educación Superior, de 26 de julio de 2019, relativo a las Normas Educativas de Preparación para el Ejercicio de las Profesiones Médica, Odontológica, Farmacéutica, de Enfermería, de Partería, de Técnicas de Laboratorio, Fisioterapéutica y Paramédica (Boletín Oficial de 2021, punto 755, en su versión modificada). El Reglamento transpone los aspectos pertinentes de la Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales (DO L 255 de 2005, pág. 22, en su versión modificada).

54. Quienes estudian obstetricia y ginecología reciben formación, entre otras cosas, sobre la legislación relativa a la procreación artificial y el aborto y sobre el diagnóstico de los síntomas más frecuentes del embarazo patológico. Como parte de las prácticas de posgrado, el personal médico debe conocer el marco jurídico que regula su conducta en el ámbito de la procreación artificial y el aborto. En cambio, la formación de especialistas en obstetricia y ginecología también incluye el requisito de que la jefatura de la especialidad dé su aprobación antes de realizar un legrado de la cavidad uterina, que también se lleva a cabo en muchos otros procedimientos, como los abortos espontáneos o las muertes prenatales. En cuanto a los procedimientos de aspiración, el consultor nacional en materia de obstetricia y ginecología señala que se conocen desde hace varios decenios y no son modernos y que, además, solo pueden usarse durante un tiempo limitado (hasta la 8^a o 10^a semana de embarazo) y, en la mayoría de los casos, es necesario acompañarlos de todos modos de un legrado posterior de la cavidad uterina. Asimismo, observa que el aumento de las dosis de prostaglandinas no elimina el dolor, sino que, por el contrario, puede exacerbarlo, según la respuesta de cada paciente al dolor de las contracciones.

55. Las normas sobre el ejercicio de la partería se exponen en la Ley, de 15 de julio de 2011, relativa a las Profesiones de Enfermería y Partería (Boletín Oficial de 2024, punto 814). Se trata de una profesión médica independiente que consiste en prestar los servicios definidos en el artículo 5 1) de la Ley. Como parte de su formación profesional con arreglo a la norma de formación preparatoria para el ejercicio de la partería, las parteras adquieren las cualificaciones necesarias para prestar servicios de salud sobre todo a embarazadas, parturientas, puérperas y recién nacidos. La norma educativa de los estudios de partería definida en el reglamento aplicable abarca temas especializados en materia de partería, neonatología y ginecología, y las condiciones éticas, sociales y jurídicas del ejercicio de la profesión y el apoyo psicológico a las parturientas. Quienes se especializan en partería como parte de las ciencias sociales y las humanidades adquieren conocimientos y aptitudes relativos a, entre otras cosas: i) las bases psicológicas del desarrollo humano y los comportamientos normales e indicativos de trastorno (B.W1.); ii) las relaciones entre el ser humano y el entorno social y los mecanismos de comportamiento humano en situaciones difíciles (B.W2.); iii) las emociones y los trastornos de motivación y de la personalidad (B.W4.); iv) las bases de la psicología prenatal y reproductiva (B.W5); v) el diagnóstico de las conductas normales y patológicas y los trastornos de la conducta (B.U1); vi) la evaluación de las repercusiones de las enfermedades y la hospitalización en el estado físico y mental del ser humano (B.U2); vii) la evaluación del comportamiento humano en situaciones difíciles (estrés, frustración, conflicto, trauma y duelo) y las formas elementales de ayuda psicológica (B.U3); viii) el diagnóstico de problemas psicológicos relacionados con la procreación (esterilidad, aborto, aborto espontáneo y pérdida perinatal) y la prestación de apoyo psicológico (B.U5).

56. Además, las parteras se perfeccionan mediante diversos tipos de formación de posgrado. Como parte de su formación especializada en enfermería ginecológica y obstétrica, se familiarizan, por ejemplo, con el apoyo psicológico a las parturientas. Las parteras tituladas en la especialidad mencionada están preparadas para diagnosticar e interpretar el comportamiento de una puérpera con bajo estado anímico y adoptar las medidas terapéuticas apropiadas para la situación.

4.4 Procedimiento de reclamación contra un dictamen médico

57. De conformidad con el artículo 31 de la Ley, de 6 de noviembre de 2008, relativa a los Derechos del Paciente y a la Defensoría de los Derechos del Paciente, los pacientes o su representante legal pueden impugnar un dictamen o certificado médico si este repercute en los derechos u obligaciones del paciente en virtud de la ley.

58. Las impugnaciones deben presentarse ante la Junta Médica de la Defensoría de los Derechos del Paciente, a través de la Defensoría misma, en un plazo de 30 días a partir de la fecha del dictamen o certificado médico que define el diagnóstico. Debe justificarse la impugnación, entre otras cosas, indicando la ley de la que se derivan los derechos u obligaciones del paciente en los que repercute el dictamen o el certificado médico. Basándose en la historia clínica y, en caso necesario, tras examinar al paciente, la Junta Médica expide un certificado sin demora, en un plazo máximo de 30 días a partir de la fecha en que se presentó la impugnación. La decisión de la Junta Médica es inapelable.

59. **En este sentido, conviene subrayar que, de acuerdo con la alta prioridad que concede el Gobierno de Polonia al respeto y la aplicación efectiva del derecho de los pacientes a recibir servicios de salud, incluido el aborto legal, el Ministerio de Salud tiene previsto efectuar análisis en profundidad y consultas para simplificar el procedimiento de reclamación cuando un médico considere imposible practicar el aborto legal.**

60. En la actualidad, en el marco de la cooperación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia, se está llevando a cabo una labor conceptual preliminar para simplificar la presentación de objeciones al dictamen o certificado médico y acelerar el procedimiento. Entre las **modificaciones propuestas**, que también han sido respaldadas por la Defensoría de los Derechos del Paciente, figuran las siguientes:

- Eximir a los pacientes de la obligación de indicar, en la impugnación presentada, la disposición jurídica de la que se derivan los derechos u obligaciones en los que repercute el dictamen o certificado: la modificación propuesta a este respecto tiene en cuenta las denuncias de las organizaciones de la sociedad civil de que el legislador se ha excedido al exigir que las personas que pretenden ejercer su derecho de impugnación indiquen la disposición jurídica de la que se derivan determinados derechos y obligaciones del paciente, so pena de que la reclamación sea desestimada por motivos formales sin que se la llegue a examinar;
- Aclarar que también se puede impugnar la negativa a emitir un dictamen o certificado y la negativa a solicitar las pruebas diagnósticas necesarias para emitir dicho dictamen o certificado: para que la impugnación surta efecto, la negativa debe constar en la historia clínica del paciente, por lo que se propone añadir la obligación legal de realizar las anotaciones adecuadas al respecto;
- Reducir a 10 días el plazo para que la Junta Médica expida un certificado tras la presentación de una impugnación completa: si no es posible expedir un certificado antes de la fecha límite debido a la necesidad de examinar al paciente, el plazo puede ampliarse el tiempo necesario para efectuar el examen. El plazo previsto en la legislación actual (30 días) puede ser demasiado largo en algunos casos, lo que, en la práctica, priva a los pacientes de la posibilidad de ejercer el derecho a la impugnación. Eso puede ocurrir, por ejemplo, en el caso de la impugnación de un dictamen o certificado médico que repercute en el derecho a interrumpir el embarazo, debido a que la Ley de 1993 especifica el plazo durante el cual está permitido practicarlo;
- Trasladar a la ley modificada una disposición que permita que los pacientes o su representante legal participen en la reunión de la Junta Médica, salvo en la parte en que se delibera y vota sobre el certificado, y faciliten información y explicaciones sobre el caso: en la actualidad, tal disposición se encuentra en el Reglamento del Ministerio de Salud, de 10 de marzo de 2010, relativo a la Junta Médica del Defensor de los Derechos del Paciente (Boletín Oficial núm. 41, punto 244);
- Incorporar una disposición que garantice que los pacientes puedan designar a un representante en los procesos ante la Junta Médica: con el fin de simplificar el procedimiento de impugnación y facilitar a los pacientes interesados el ejercicio de este derecho, se propone habilitar las impugnaciones por escrito, de forma oral en un informe grabado o por medios electrónicos a través de la plataforma electrónica de servicios de la Administración Pública. Además, se propone que la ley defina con claridad el carácter del certificado expedido por la Junta Médica. Para garantizar que el derecho a la impugnación sea efectivo, se propone también que el dictamen expedido por la Junta Médica sustituya al dictamen o certificado impugnado.

4.5 Limitaciones geográficas

61. Es natural que en las regiones rurales haya menos proveedores de servicios de salud que en las zonas urbanas debido, entre otros factores, a la diferencia de densidad de población. Al mismo tiempo, hay que destacar el importante papel que desempeña

la atención primaria de salud (APS) en este sentido. En el marco de la coordinación de la atención de la salud de los beneficiarios, los médicos de APS inician o continúan el diagnóstico y el tratamiento del beneficiario iniciado o prescrito por otro proveedor, en el ámbito de su competencia profesional y con arreglo a los conocimientos médicos actuales.

62. Por su parte, el personal de enfermería y partería que forma parte de la APS, en colaboración con los médicos de APS, determinan las afecciones y necesidades de salud del beneficiario y sus problemas, planifican y proporcionan la atención integral y continúan el procedimiento terapéutico prescrito por otro profesional, en el ámbito de su competencia profesional y con arreglo a los conocimientos médicos actuales.

63. Por tanto, la APS no solo abarca los servicios de salud prestados por médicos, sino también los del personal de partería, quienes prestan servicios a las mujeres en edad reproductiva, como prevención y promoción de la salud. Aunque ni el personal médico ni de partería de la APS practican abortos, atienden a las mujeres antes y después del procedimiento.

64. Asimismo, el Gobierno de Polonia desea subrayar que adoptó medidas prácticas para garantizar que las pacientes que se encuentren en las situaciones previstas en la Ley de 1993 tengan acceso efectivo al procedimiento de interrupción del embarazo en todas las provincias del país (véase la información sobre la carta del Ministro de Salud al Presidente del Fondo Nacional de Salud de fecha 30 de enero de 2024 en el párr. I.1.3).

4.6 Acceso a la información

65. Los pacientes tienen derecho a ser informados. La entrega de información a los pacientes está regulada de manera general (esto es, en relación con todas las situaciones de prestación de servicios, entre las que figuran las vinculadas a la interrupción del embarazo) en la Ley, de 6 de noviembre de 2008, relativa a los Derechos del Paciente y a la Defensoría de los Derechos del Paciente. De conformidad con el artículo 9 de esa ley, los pacientes, incluidos los menores que tengan al menos 16 años o su representante legal, tienen derecho a que el personal médico, conforme a su competencia y cualificaciones, le facilite información accesible sobre su estado de salud, el diagnóstico, los métodos diagnósticos y terapéuticos propuestos y posibles, las consecuencias previsibles de aplicarlos o abandonarlos, los resultados del tratamiento y su pronóstico. Los menores de 16 años tienen derecho a recibir del personal médico información sobre el alcance y la forma que son necesarios para que el procedimiento diagnóstico o terapéutico sea apropiado.

66. En el artículo 30 de la Ley, de 5 de diciembre de 1996, relativa a las Profesiones Médicas y Odontológicas, se dispone la obligación de que el personal médico facilite la información mencionada. En consecuencia, debe informarse a las pacientes de los riesgos existentes para su salud y su vida en todas las fases del embarazo y también de las posibles soluciones en función de su situación clínica, incluida la admisibilidad de la interrupción del embarazo.

67. Asimismo, cabe destacar que, desde la creación de la Defensoría de los Derechos del Paciente, los pacientes tienen a su disposición un teléfono de asistencia gratuito de ámbito nacional a través del cual pueden obtener información sobre la situación jurídica, el ejercicio de sus derechos y las prestaciones que les corresponden. El teléfono de asistencia recibe decenas de miles de llamadas al año (133.212 en 2021 y 98.910 en 2022). Además, si se dirigen a la Oficina de la Defensoría, los pacientes pueden obtener esta información por escrito y por correo electrónico sin seguir ningún procedimiento especial.

II. Criminalización del aborto y sus efectos (párrs. 23 a 49 y 79 a 81 del informe del Comité)

1. Observaciones generales

68. Como ya se mencionó en el párr. I.2, el 10 de abril de 2024, el Fiscal General nombró (mediante la Orden núm. 21/24) a un equipo de fiscales del Departamento de Actuaciones Preliminares de la Fiscalía Nacional para que formulasen recomendaciones sobre la tramitación de causas relativas a la denegación de la interrupción del embarazo y sobre los denominados abortos farmacológicos.

69. En consecuencia, **se examinaron las 590 causas calificadas en virtud del artículo 152 2) y 3) y también del artículo 154 1) y 2) del Código Penal en el período comprendido entre 2016 y 2023**. En particular, el análisis se centró en: i) la idoneidad de la calificación jurídica; ii) la motivación de la acusación; iii) la corrección de su formulación; iv) la rapidez de la respuesta del fiscal; v) la corrección de la notificación sobre el delito en cuestión; vi) lo acertado de incoar actuaciones preliminares y llevar a cabo las actividades previstas en el artículo 307 1) del Código de Procedimiento Penal.

70. Al examinar los expedientes, se prestó atención a la exactitud con que se dirigieron las actividades procesales, a la exhaustividad de las directrices que se proporcionaron a los agentes de policía y a la supervisión de las actividades que estuvieron a cargo de la policía. Asimismo, se evaluó el método por el que se completaron las actuaciones y la calidad de las decisiones sustantivas adoptadas, incluida la corrección del fundamento jurídico aprobado y su exhaustividad. En las causas finalizadas en actuaciones judiciales, se analizó lo certero de las resoluciones dictadas y la respuesta de la fiscalía.

71. El examen de los expedientes reveló que **en 462 de las 590 causas** a las que se puso fin con una decisión sobre el fondo en el período comprendido entre 2016 y 2023 se dictó una resolución de denegación de apertura de la investigación o una de archivo de las actuaciones. **En 99 causas se emitió un escrito de acusación**. En **14 causas**, la fiscalía, con el consentimiento de los acusados, pidió que se pusiese término a las actuaciones sin celebrar juicio, en virtud del artículo 335 del Código de Procedimiento Penal. En **11 causas** se pidió el archivo condicional de las actuaciones. En **4 causas** se suspendieron las actuaciones. En definitiva, la mayoría de las causas se cerraron con una resolución de denegación de apertura de la investigación o una de archivo de las actuaciones.

72. **La mayoría de las causas analizadas (170) se incoaron a raíz de denuncias de sospechas de que se había cometido un delito presentadas por mujeres a las que se intentaba obligar o ayudar a abortar** o por personas de su entorno familiar o personal más cercano. Las pruebas recabadas en otras causas vinculadas a la delincuencia organizada (en general, en relación con actividades para lucrarse de los medicamentos abortivos) sirvieron de base para incoar **102 causas**. Las denuncias del personal médico dieron pie a **74 causas**, las de fundaciones o asociaciones, a **46 causas**; y las anónimas, a **20 causas**. Cabe subrayar que, en el caso de las causas en que la información en la que se fundamentaban las sospechas de que se había cometido un delito procedía de fuentes tales como publicaciones en los medios sociales, artículos de prensa sobre “cifras récord de abortos practicados en Polonia” no especificadas, etc., se dictaron resoluciones de denegación de apertura de la investigación.

73. **En cuanto a las 99 causas en las que se emitió un escrito de acusación**, se han de distinguir tres grupos: i) causas relativas a la distribución de píldoras abortivas con fines de lucro; ii) causas en las que se había ejercido presión psicológica sobre la

mujer para que abortase, a pesar de su decisión de seguir adelante con el embarazo; iii) causas en las que la mujer había tomado la decisión voluntaria de abortar y otra persona, normalmente su pareja, la había ayudado a adquirir píldoras abortivas o a desplazarse al extranjero para someterse a un aborto en otro lugar. Los procedimientos judiciales de la mayoría de estas causas terminaron en condena, aunque las penas más frecuentes fueron las restrictivas de la libertad con la obligación de realizar trabajo no remunerado en beneficio de la comunidad, o en el archivo condicional de las actuaciones. Se impusieron penas más severas a las personas que, de manera independiente o como miembros de un grupo delictivo organizado, habían vendido píldoras abortivas con fines de lucro.

74. Como resultado del análisis de los expedientes, se redactó y se presentó ante el Ministerio de Justicia el 9 de mayo de 2024 una recomendación del Fiscal General para las fiscalías sobre la tramitación de las causas relativas a la denegación de la interrupción del embarazo y recomendaciones sobre los denominados abortos farmacológicos. **Las directrices, que llevan la firma del Fiscal General, se publicaron en el sitio web de la Fiscalía Nacional el 9 de agosto de 2024:** <https://www.gov.pl/web/prokuratura-krajowa/wytyczne-prokuratora-generalnego-w-sprawie-zasad-postepowania-powszechnych-jednostek-organizacyjnych-prokuratury-w-zakresie-prowadzenia-spraw-dotyczacych-odmowy-dokonania-przerwania-ciazy-oraz-tzw-aborcji-farmakologicznej>.

75. **Las directrices se elaboraron con el fin de estandarizar las normas de conducta en los asuntos en cuestión.** Habida cuenta de que estas causas requieren que los fiscales tengan una sensibilidad especial, cuenten con una experiencia profesional y vital adecuada y comprendan la situación de las embarazadas para quienes la interrupción del embarazo es una experiencia traumática, se recomendó analizar con detenimiento en todos los casos las pruebas recopiladas que suscitaban sospechas fundadas de la comisión de un delito por parte de la persona que realizó el procedimiento infringiendo las disposiciones jurídicas o prestó asistencia o persuadió a la embarazada de que abortase. Se hizo hincapié en que solo podrían incoarse actuaciones cuando las circunstancias de la causa confirmaran de manera objetiva que se había cometido un delito. Si el análisis de las pruebas recabadas indica que el acto especificado en la denuncia no presenta al menos uno de los elementos clave para reconocer su naturaleza delictiva, la autoridad está obligada a denegar la apertura de la investigación. Conviene señalar que el mero hecho de que una mujer se someta a un aborto no constituye un acto prohibido.

76. En las directrices se subraya que, si las circunstancias exigen que se interroge a la mujer que ha interrumpido su embarazo, debe hacerse en solo una audiencia, a menos que sea necesario interrogarla de nuevo para aclarar circunstancias reveladas con posterioridad. Antes de entrevistar a la mujer, hay que informarle que no ha incurrido en responsabilidad penal por la interrupción del embarazo, y hay que hacer constar en el expediente que se cumplió esta obligación. Hay que facilitar la información y las instrucciones a la testigo de la forma más comprensible posible y, si es necesario, aclararle las dudas jurídicas que exprese. **El proceso de interrogatorio de la mujer debe respetar su dignidad y evitar la revictimización.** Las demás actividades procesales en las que se requiera la intervención de testigos deben limitarse al mínimo necesario con el fin de no causarle más estrés, algo que cobra especial importancia en los casos de violencia sexual. La obtención de otras pruebas (por ejemplo un registro para conseguir un teléfono o medios electrónicos, la extracción de una lista de llamadas telefónicas, la solicitud de la historia clínica de la mujer, etc.) debe estar justificada por las pruebas recabadas.

77. Si las pruebas demuestran que, como consecuencia del aborto, la mujer estuvo expuesta al riesgo directo de perder la vida o sufrir daños graves para la salud, el

objeto del procedimiento debe incluir también esos aspectos del acto prohibido. Lo mismo se aplica a las situaciones en las que la vida o la salud de la mujer corrieron peligro porque se le denegó injustificadamente la interrupción del embarazo. En las directrices se señala que, en los casos en los que posponer el procedimiento pueda dañar la salud de la paciente, provocarle lesiones corporales graves o un trastorno de salud importante, el médico no puede acogerse al derecho a la objeción de conciencia para abstenerse de practicar el aborto. Asimismo, es inaceptable extender el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia a las pruebas diagnósticas indispensables para evaluar si está en peligro la salud o la vida de la embarazada. Además, se destaca que, en virtud de las disposiciones jurídicas vigentes, el peligro para la vida o la salud es uno de los posibles fundamentos de la admisibilidad de la interrupción del embarazo. No proporcionar a las víctimas de agresiones sexuales acceso oportuno a la atención médica necesaria (por ejemplo, denegándoles un aborto legal), las expone a más sufrimiento y puede constituir trato inhumano o degradante.

78. Se consideró especialmente importante indicar que, antes de adoptar decisiones sustantivas, debería realizarse una evaluación exhaustiva del grado de nocividad social del acto y, en función del resultado, debería estudiarse la conveniencia de dictar una resolución de archivo de las actuaciones debido a que el grado de nocividad social del acto es insignificante (artículo 12) del Código Penal) o solicitar que el tribunal dicte el archivo condicional de las actuaciones. Además, se subraya que, antes de incoar el procedimiento judicial, el fiscal, tomando en consideración el objeto de las actuaciones y las circunstancias reveladas del suceso, debe valorar en cada causa la posibilidad de rechazar que la vista sea pública y, en su caso, presentar la solicitud correspondiente. En las conclusiones relativas a la sanción deben tenerse presentes las directrices relativas a la imposición de penas definidas en el artículo 53 del Código Penal. Al evaluar el grado de nocividad social, deben tenerse en cuenta, en particular, el método y las circunstancias de la comisión del acto y la motivación del autor. La gravedad y el tipo de pena solicitada deben ajustarse al grado de nocividad social y los objetivos preventivos y educativos que pretenden alcanzarse con respecto al acusado. Asimismo, debe estudiarse la obligación de fomentar la conciencia jurídica de la sociedad.

79. En las directrices se indica que las actuaciones en cuestión deben someterse a una supervisión especialmente minuciosa y se hace hincapié en que, en una situación en la que existan sospechas fundadas de que el embarazo es consecuencia de un acto prohibido, las actuaciones deben tramitarse con celeridad, de modo que el certificado del fiscal que sirve de base para el aborto legal se expida a tiempo para que la interrupción del embarazo pueda realizarse dentro del plazo legal de 12 semanas previsto en las disposiciones de la Ley de 1993.

2. Información sobre los resultados de las pruebas prenatales

80. Recientemente se ha ampliado de forma considerable el acceso a las pruebas prenatales en Polonia mediante una modificación del Reglamento del Ministerio de Salud relativo a los Servicios de salud Garantizados en el Ámbito de los Programas de Salud. El cambio ha eliminado la restricción con respecto a la edad de la mujer (que antes debía tener al menos 35 años), de manera que todas las embarazadas pueden hacerse pruebas prenatales, independientemente de su edad. Según la Agencia de Evaluación de la Tecnología de la Salud y su Sistema de Aranceles, podrían beneficiarse del programa más de 210.000 mujeres.

81. En cuanto al acceso a los resultados de las pruebas, cabe señalar que, de conformidad con el artículo 23 de la Ley, de 6 de noviembre de 2008, relativa a los Derechos del Paciente y al Defensor de los Derechos del Paciente, **los pacientes tienen derecho a acceder a su historia clínica que refleje su estado de salud y los**

servicios de salud que se les hayan prestado. Por tanto, el derecho de los pacientes a acceder a la historia clínica (y, por consiguiente, también a los resultados de las pruebas diagnósticas) es universal. Las autoridades públicas responsables de la atención de la salud, el Fondo Nacional de Salud, las entidades que prestan servicios de salud, el personal médico y el resto de las personas que participan en la prestación de servicios de salud tienen la obligación de respetar los derechos de los pacientes previstos en la Ley.

82. En lo que respecta al acceso a los resultados de las pruebas prenatales, se ha de destacar que, de conformidad con el artículo 2(3) 20), de 6 de abril de 2020, del Reglamento de Historias Clínicas, los resultados de las pruebas diagnósticas, junto con su descripción, constituyen historias clínicas internas personales (esto es, se refieren a un paciente concreto que recibe servicios de salud y su objetivo es responder a las necesidades del proveedor). Las disposiciones aplicables no especifican la forma en que los pacientes tienen que solicitar el acceso a su historia clínica (de modo que puede ser mediante la presentación de una solicitud por escrito o, por ejemplo, por teléfono). No obstante, la solicitud debe contener, entre otros, los datos de identificación del paciente a cuya historia clínica se desea acceder, los datos de la persona que presenta la solicitud y los pormenores sobre el alcance de esta y la forma y el modo en que se facilitará la historia clínica.

83. El proveedor de servicios de salud debe poner la historia clínica a disposición del paciente, de su representante legal o de una persona autorizada por el paciente.

84. De conformidad con el artículo 27(1) y 3) de la Ley de Derechos del Paciente, se da acceso a las historias clínicas: i) para revisarlas, lo que abarca las bases de datos de atención de la salud, en el lugar donde se prestaron los servicios de salud, salvo en el caso de las operaciones médicas de urgencia, o en los locales de la entidad que presta los servicios de salud, siempre que se garantice que el paciente u otros organismos o entidades autorizados tengan la posibilidad de tomar notas o hacer fotografías; ii) extrayendo los datos pertinentes o proporcionando o imprimiendo una copia; iii) expidiendo el original con acuse de recibo y la obligación de devolverlo después de su uso, a petición de las autoridades públicas o los tribunales ordinarios y cuando retrasar la entrega de la documentación pueda suponer un riesgo para la vida o la salud del paciente; iv) mediante comunicación electrónica; v) en un soporte de datos digitales. Puede darse acceso a las historias clínicas en papel haciendo una copia mediante reproducción digital (escaneada) y remitiéndola por medios de comunicación electrónica y en un soporte de datos digitales, a petición del paciente o de otros órganos o entidades autorizados, si así lo prevén las normas institucionales del proveedor de servicios de salud. Las historias clínicas deben facilitarse manteniendo su integridad, confidencialidad y autenticidad y sin demoras indebidas.

85. Si no es posible dar acceso a la historia clínica, la denegación debe comunicarse por medios electrónicos o en papel, según lo solicite el órgano o la entidad autorizados. En todos los casos, deben exponerse los motivos de la denegación (artículo 71 del Reglamento de Historias Clínicas). **Toda denegación del acceso a la historia clínica constituye una violación de los derechos del paciente.**

86. De conformidad con el artículo 31 de la Ley, de 5 de diciembre de 1996, relativa a las Profesiones Médicas y Odontológicas, el personal médico está obligado a facilitar al paciente o a su representante legal información accesible sobre el estado de salud del paciente, su diagnóstico, los métodos diagnósticos y terapéuticos propuestos y posibles, las consecuencias previsibles de aplicarlos o abandonarlos y los resultados del tratamiento y su pronóstico. Los pacientes, incluidos los menores que tengan al menos 16 años o su representante legal, tienen derecho a que el médico, conforme a su competencia y cualificaciones, les faciliten información accesible sobre su estado de salud, su diagnóstico, los métodos diagnósticos y terapéuticos

propuestos y posibles, las consecuencias previsibles de aplicarlos o abandonarlos, los resultados del tratamiento y su pronóstico.

87. Por tanto, la normativa regula con detalle el derecho de los pacientes a la información sobre su estado de salud y las pruebas diagnósticas y los procedimientos realizados. Los médicos que incumplan su obligación obstruyendo con su comportamiento el acceso a los servicios de salud, que abarcan las pruebas prenatales, incurrirán en responsabilidad profesional, con arreglo a la definición prevista en el Código de Deontología Médica y conforme a otras disposiciones en materia de responsabilidad profesional, civil y penal.

3. Mujeres en situación de vulnerabilidad

3.1 Mujeres con discapacidad

88. El Gobierno de Polonia concede una importancia capital a velar por que todos, incluidas las personas con discapacidad, disfruten de servicios médicos accesibles y de calidad. Los pacientes con discapacidad reciben servicios de salud en general y, además, son beneficiarios de algunas prestaciones específicas destinadas a apoyarlos con el fin de que puedan ejercer sus derechos y aprovechar los servicios. Esas prestaciones tienen en cuenta los objetivos y las orientaciones de actuación previstos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Estrategia sobre las Personas con Discapacidad para 2021-2030 y la Carta de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

89. Teniendo en cuenta la conclusión del Comité de que las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, entre las que figuran las mujeres con discapacidad, se enfrentan a dificultades distintas y desproporcionadas para acceder a los servicios de aborto legal (párr. 85 del informe), el Gobierno de Polonia desea informar de que afronta el problema de las necesidades particulares de las mujeres con discapacidad con la determinación adecuada. **En 2023, el Ministerio de Salud encargó a la agencia de investigación PBS Sp. z o.o. que analizase las necesidades y la disponibilidad de atención ginecológica y obstétrica de las mujeres con discapacidad**, lo que incluía:

- Confeccionar un cuestionario para verificar la disponibilidad;
- Llevar a cabo, por medios informáticos, una encuesta basada en el cuestionario aprobado;
- Elaborar un informe a partir de la encuesta basada en el cuestionario que formule recomendaciones de seguimiento con miras a establecer normas (entendidas como modelo de procedimiento) de atención ginecológica y obstétrica para las mujeres con distintos tipos de discapacidad.

90. La iniciativa también abarcó una encuesta realizada a proveedores de servicios de salud contratados por el Fondo Nacional de Salud para prestar asistencia ginecológica y obstétrica secundaria ambulatoria. La encuesta, que tuvo lugar del 8 de septiembre al 9 de noviembre de 2023 y a la que se invitó a participar a los 2.766 contratistas que figuraban en una base de datos de proveedores de servicios de salud que recibió la agencia, utilizó el método cuantitativo para analizar los datos recopilados mediante entrevistas web asistidas por computadora. El cuestionario de la encuesta aprobado estaba disponible en línea para que pudiese rellenarse en cualquier momento y lugar y enviarse de forma instantánea al servidor seguro de la agencia. Todos los proveedores de servicios de salud de la base de datos recibieron un correo electrónico en el que figuraba la invitación para responder la encuesta en línea y se proporcionaba información y un enlace. La encuesta también se publicitó a través de los canales de comunicación del Fondo Nacional de Salud.

91. En total, se recibieron 624 cuestionarios respondidos correctamente, lo que equivale a una tasa de respuesta del 23 %. Las recomendaciones de la encuesta se utilizarán para adoptar medidas destinadas a contribuir a que la atención ginecológica y obstétrica esté más disponible para las pacientes con discapacidad y les resulte más cómoda.

92. **Con respecto a las denuncias de esterilizaciones forzadas de mujeres con discapacidad y de falta de protección de estas mujeres contra el aborto forzado, que figuran en los párrs. 33 y 53 del informe del Comité, el Gobierno de Polonia desea subrayar que ambos actos están prohibidos y tipificados por la legislación del país y que no le constan indicios de que se estén llevando a cabo.**

93. La **esterilización** sin indicación médica clara está prohibida por la legislación polaca y conlleva una pena en virtud del artículo 156 1) 1) del Código Penal, conforme al cual infiligrar lesiones corporales graves que priven a una persona de la capacidad de procrear se castiga con una pena de 1 a 10 años de prisión.

94. En cuanto a las **interrupciones forzadas del embarazo**, cabe señalar dos cuestiones. En primer lugar, para practicar un aborto es necesario el consentimiento por escrito de la mujer. En el caso de una menor o una mujer con incapacidad total, se requiere un consentimiento por escrito de su representante legal. Si la embarazada es una menor de más de 13 años, es preciso recabar su consentimiento por escrito. Si se trata de una menor de 13 años, debe dar permiso un tribunal de familia y la menor puede expresar su opinión. En el caso de la mujer con incapacidad total, se requiere su consentimiento por escrito, a menos que sea imposible debido a su salud mental. Si el representante legal no da su consentimiento, para interrumpir el embarazo hace falta el permiso de un tribunal de familia.

95. En segundo lugar, también conviene destacar que, en virtud del artículo 153 del Código Penal, se castigará con una pena de entre 6 meses y 8 años de prisión a quien interrumpa el embarazo de una mujer por usar la fuerza contra ella o interrumpa el embarazo de cualquier otro modo sin su consentimiento o se sirva de la fuerza, las amenazas ilícitas o el engaño para lograr que ella interrumpa el embarazo. Por lo tanto, debe reiterarse que los agentes del orden y del poder judicial responden ante cualquier situación de este tipo (puede obtenerse más información en el párr. II.1).

3.2 Refugiadas de Ucrania

96. La normativa que regula el acceso a los procedimientos de interrupción del embarazo se aplica a todos los que se practican en Polonia, incluidos los que es posible que se practiquen a las ciudadanas ucranianas que huyeron de la guerra de agresión rusa contra su país. Estos procedimientos pueden realizarse en la medida y en las condiciones previstas por la legislación vigente en Polonia, en virtud de la Ley de 1993.

97. La Fiscalía Nacional no reúne datos sobre la nacionalidad de las mujeres que solicitan un certificado de la fiscalía que les permita acceder al aborto legal fundamentado en la sospecha de que el embarazo es consecuencia de un delito.

4. Atención después del aborto

98. En cuanto a la atención después del aborto, cabe señalar que, de conformidad con la Ley de 5 de diciembre de 1996, el personal médico debe ejercer su profesión basándose en los conocimientos médicos más recientes y en los métodos y medios disponibles para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, observando la ética profesional y la diligencia debida, y debe actuar según proceda en cada caso concreto, en función de la situación, el estado y las necesidades médicas del paciente. Los pacientes tienen derecho a recibir servicios de salud que estén basados en

conocimientos médicos actualizados y sean prestados con la diligencia debida por proveedores de servicios de salud en condiciones que cumplan los requisitos profesionales y de salud regulados de forma independiente. Al prestar servicios de salud, el personal médico debe atenerse a los principios deontológicos establecidos por las asociaciones profesionales médicas correspondientes.

99. Las normas anteriores son aplicables a todas las circunstancias en las que se presten servicios de salud, incluida la atención que, según sus necesidades médicas particulares, deben recibir las pacientes después de someterse a un aborto.

III. Apoyo a la planificación familiar y educación sobre la sexualidad humana (párrs. 52 a 59, 84 y 85 y 89 y 90 del informe del Comité)

1.1 Acceso a los anticonceptivos hormonales y la esterilización

100. Se ha de señalar que, en Polonia, los beneficiarios de atención de la salud, incluidos los pertenecientes al grupo indicado en el informe del Comité, tienen acceso a servicios de salud garantizados, conforme a la definición y las disposiciones de la Ley relativa a los Servicios de Salud Financiados con Fondos Públicos. Entre estos servicios garantizados figuran los destinados, por ejemplo, a interrumpir el embarazo por indicación médica (por ejemplo, aborto terapéutico por dilatación y legrado (69.01), interrupción del embarazo mediante inyección intrauterina (75.03), administración de medicamentos para interrumpir el embarazo (99.295)).

101. El mero hecho de que sea posible financiar con fondos públicos un servicio de salud concreto no significa que ese tratamiento sea aplicable a todos los beneficiarios. El profesional médico responsable es quien decide el tratamiento según procede en cada caso y debe informar al beneficiario sobre los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles, teniendo en cuenta su eficacia y el estado de salud del beneficiario en ese momento.

102. En cuanto a la cuestión de la esterilización, cabe destacar que, **en Polonia, la esterilización quirúrgica no se considera un método anticonceptivo, ya que implica la pérdida irreversible de la capacidad de concebir**. La ligadura de trompas es el tipo de procedimiento de esterilización quirúrgica más frecuente y su finalidad es ocluir o interrumpir la continuidad de las trompas de Falopio. Otro método consiste en colocar una grapa por vía laparoscópica. Solo es posible realizar el procedimiento para eliminar la capacidad de concebir si el médico lo considera indicado por motivos claros de salud (esto es, si volver a quedarse embarazada es un peligro para la vida o la salud de la mujer). La competencia para decidir si el procedimiento está indicado por motivos claros de salud y qué tipo de procedimiento conviene corresponde exclusivamente al médico, que debe evaluar el estado de salud de la paciente tras examinarla en persona basándose en los conocimientos médicos más recientes y en los métodos y medios disponibles para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades, observando la ética profesional y la diligencia debida.

103. Al mismo tiempo, se ha de señalar que los procedimientos médicos como la ligadura y aplastamiento bilateral de las trompas de Falopio, el cierre endoscópico bilateral de su luz o la escisión bilateral se encuentran entre los procedimientos garantizados enumerados en el apéndice 1 del Reglamento del Ministerio de Salud, de 22 de noviembre de 2013, relativo a los Servicios de Salud Garantizados en el Ámbito del Tratamiento Hospitalario.

104. En lo que respecta a la **disponibilidad física de anticonceptivos hormonales**, en la actualidad, en Polonia se vende una gama bastante amplia de medicamentos anticonceptivos ordinarios (no de urgencia).

105. Los medicamentos anticonceptivos ordinarios solo se expedien con receta médica, pero no todos los trabajadores de la salud están habilitados para expedir la receta, algo que hacen, sobre todo, los médicos y los trabajadores de salud auxiliares (*feldsher*). Ni las enfermeras ni las parteras pueden expedir esta clase de receta por sí solas, sino solo si así lo ha ordenado un médico que lo ha hecho constar en la historia clínica con el fin de dar continuidad a un tratamiento con un anticonceptivo que ya se utilizaba. Los farmacéuticos tampoco pueden prescribir estos medicamentos, ya que la expedición de una receta debe, en principio, ser consecuencia de una afección potencialmente mortal, algo improbable en el ámbito de la farmacoterapia estándar. Por su propia naturaleza, la receta farmacéutica debe emplearse en el caso de medicamentos anticonceptivos utilizados con carácter de urgencia, no periódico.

106. La normativa nacional relativa a los medicamentos anticonceptivos no se compone más que de la Ley Farmacéutica y tan solo en lo que respecta a las categorías de disponibilidad de este tipo de anticonceptivos y a la cantidad de anticonceptivos que pueden dispensarse con una sola receta.

107. De la citada Ley se desprende que los medicamentos autorizados que, según la ficha técnica o resumen de las características del producto, tienen un uso anticonceptivo pertenecen a la categoría de disponibilidad “Rp” (con receta), lo que significa que Polonia es una excepción a nivel europeo, ya que allí se exige receta para dispensar estos medicamentos (independientemente de lo previsto en la autorización de comercialización), aunque el producto en cuestión cuente con la autorización requerida para venta libre (sin receta) en la Unión Europea. Además, la Ley Farmacéutica especifica que, por orden de un médico, las enfermeras o parteras pueden prescribir la cantidad necesaria de anticonceptivos para 60 días o, si se trata de una receta electrónica, para un máximo de 180 días. Así pues, los dos tipos de trabajadores de la salud pueden expedir recetas de anticonceptivos.

108. En cuanto a la **disponibilidad económica de los anticonceptivos** (reembolso), de acuerdo con el vigente Anuncio del Ministerio de Salud, de 18 de marzo de 2024, relativo a la lista de Medicamentos, Alimentos para Usos Nutricionales Específicos y Dispositivos Médicos Reembolsables, **desde el 1 de abril de 2024, son reembolsables los siguientes anticonceptivos orales:** i) grupo de límite de reembolso 72.0, medicamentos hormonales de administración oral que contienen ciproterona, etinilestradiol, levonorgestrel o medroxiprogesterona; ii) criterio de pago: todas las indicaciones registradas en la fecha de la decisión; iii) gastos directos para el paciente del 30 %.

Nombre	Forma farmacéutica	Posología	Denominación internacional	Presentación	Precio neto al por mayor	Precio de venta al por menor	Parte sufragada por el paciente	Reembolso
Levomine	Comprimidos recubiertos	30+150 µg	Etinilestradiolum + levonorgestrelum	63 comprimidos	14,50	22,24	6,67	15,57
Microgynon 21	Comprimidos recubiertos	30+150 µg	Etinilestradiolum + levonorgestrelum	63 comprimidos	15,00	22,81	6,84	15,97
Rigevidon	Comprimidos recubiertos	0,03+0,15 mg	Etinilestradiolum + levonorgestrelum	21 comprimidos	5,00	8,29	2,97	5,32
Levomine	Comprimidos recubiertos	0,03+0,15 mg	Etinilestradiolum + levonorgestrelum	21 comprimidos	5,15	8,45	3,13	5,32
Rigevidon	Comprimidos recubiertos	0,03+0,15 mg	Etinilestradiolum + levonorgestrelum	21 comprimidos	5,20	8,51	3,19	5,32
Stediril 30	Comprimidos recubiertos	0,03+0,15 mg	Etinilestradiolum + levonorgestrelum	21 comprimidos	5,20	8,51	3,19	5,32

Nombre	Forma farmacéutica	Posología	Denominación internacional	Presentación	Precio neto al por mayor	Precio de venta al por menor	Parte sufragada por el paciente	Reembolso
Microgynon 21	Comprimidos recubiertos	30+150 µg	Ethinilestradiolum + levonorgestrel	21 comprimidos	5,30	8,61	3,29	5,32
Cyprodiol	Comprimidos recubiertos	2+0,035 mg	Cyproteroni acetas + ethinylestradiolum	21 comprimidos	7,30	10,77	5,45	5,32
Diane-35	Comprimidos recubiertos	2+0,035 mg	Cyproteroni acetas + ethinylestradiolum	63 comprimidos	24,00	33,12	17,15	15,97
Diane-35	Comprimidos recubiertos	2+0,035 mg	Cyproteroni acetas + ethinylestradiolum	21 comprimidos	8,00	11,53	6,21	5,32

109. Conviene añadir que no hay medicamentos anticonceptivos pendientes en el actual proceso de reembolso, dado que los titulares de autorizaciones de comercialización no han presentado nuevas solicitudes de reembolso ni solicitudes para establecer un precio al por mayor oficial.

1.2 Anticonceptivos de urgencia

110. A mediados de enero de 2024, el Gobierno de Polonia impulsó una iniciativa legislativa para modificar la Ley Farmacéutica con miras a permitir que las personas mayores de 15 años pudiesen obtener la píldora del día siguiente sin receta. Con una celeridad sin precedentes, el 22 de febrero de 2024, el Parlamento aprobó la ley de modificación de la Ley Farmacéutica, si bien la iniciativa no prosperó, debido al veto presidencial del 29 de marzo de 2024.

111. En consecuencia, el Gobierno decidió intentar cumplir el objetivo usando un **método alternativo. Desde el 2 de mayo de 2024, las entidades que gestionan farmacias comunitarias en Polonia pueden solicitar participar en el programa piloto** ejecutado en virtud del Reglamento del Ministerio de Salud, de 29 de abril de 2024, relativo al Programa Piloto de Servicios Farmacéuticos en materia de Salud Reproductiva (Boletín Oficial de 2024, punto 662) y la orden correspondiente del Presidente del Fondo Nacional de Salud, **que permite al farmacéutico, tras entrevistarse con la mujer, siempre que tenga más de 15 años, expedir la receta farmacéutica del anticonceptivo postcoital (de urgencia)** que contenga una de las sustancias más utilizadas en estos casos (acetato de ulipristal), si así lo justifica el riesgo para la salud reproductiva de la mujer.

112. Por tanto, desde mayo de 2024, es posible obtener anticonceptivos de urgencia no solo con receta médica, sino también, en el caso del acetato de ulipristal, con receta farmacéutica. En consecuencia, esta sustancia se mantiene tan disponible en Polonia como en casi todos los demás Estados miembros de la Unión Europea.

113. Según los datos publicados por el Fondo Nacional de Salud el **28 de mayo de 2024, participan en el programa piloto 468 farmacias comunitarias**.

114. Aunque este programa piloto puede mejorar la disponibilidad legal de los anticonceptivos de urgencia para las mujeres de Polonia, es evidente que el efecto no es equiparable con el que se conseguiría si prosperase la iniciativa legislativa.

115. En Polonia, al parecer la demanda de este tipo de medicamentos es bastante elevada y se observa una tendencia al alza. Según los datos de 2023, en el país se expidieron más de 271.000 recetas médicas de medicamentos anticonceptivos de urgencia con las dos sustancias más frecuentes, el acetato de ulipristal y el levonorgestrel (que se prescriben casi con la misma frecuencia, si bien el levonorgestrel lleva una ligera ventaja). Estas cifras son superiores a las de 2020 (más de 127.000 recetas de este tipo), 2021 (casi 200.000) y 2022 (casi 245.000).

116. En 2023, se dispensaron alrededor del 90 % de las recetas de esta clase de medicamentos. En años anteriores también se observó una proporción similar, con ligeras diferencias.

1.3 Acceso a los servicios vinculados a la salud y los derechos sexuales y reproductivos

117. En Polonia, las embarazadas tienen derecho a utilizar los servicios de salud sin esperar turno. Si encuentran dificultades para acceder a los servicios, reciben asistencia del personal de las oficinas provinciales del Fondo Nacional de Salud. Esto es así tanto en el caso de las pacientes que sospechan que están embarazadas y no logran concertar una primera cita con un médico, como en el de las pacientes que necesitan someterse a una hysterectomía por motivos médicos y no encuentran quien la realice. Cabe señalar que los legisladores también han previsto un procedimiento para que el pagador remita a quien necesite atención de la salud a un servicio en el extranjero si este no puede prestarse en el país o si no puede prestarse en el plazo necesario debido al estado de salud del beneficiario.

118. Con respecto a la atención médica después de la interrupción del embarazo, la paciente, dependiendo del estado en el que se encuentre, podrá continuar recibiendo esta atención a cargo de la partera de APS o mediante atención secundaria ambulatoria (las recomendaciones sobre cómo continuar la atención deben incluirse en el informe de alta del hospital en el que se practicó la interrupción del embarazo). No obstante, el centro de APS donde la beneficiaria presentó su declaración tiene la obligación legal de garantizar que se le presten servicios de salud y coordinarlos.

119. En cuanto al prolongado tiempo de espera para concertar una cita con un ginecólogo, cabe señalar que el alcance y las condiciones de la prestación de servicios de salud y los principios de su financiación con fondos públicos, así como la obligación que tienen las autoridades públicas de garantizar la igualdad de acceso, se establecen en la Ley, de 27 de agosto de 2004, relativa a los Servicios de Salud Financiados con Fondos Públicos. Conforme a las condiciones y el alcance previstos en la Ley, el beneficiario de la atención recibe, entre otros, los siguientes servicios de salud financiados con fondos públicos: la atención a la embarazada durante el parto y el puerperio, la atención prenatal al feto, la atención al recién nacido y la evaluación preliminar de su estado de salud y desarrollo. Todas las mujeres pueden beneficiarse de estos servicios durante el embarazo, el parto y el puerperio. La Ley concede a las mujeres embarazadas el derecho a utilizar los servicios de salud sin esperar turno.

120. El derecho de las embarazadas a utilizar los servicios de salud sin esperar turno implica que:

- Deben recibir los servicios ambulatorios de atención secundaria y los servicios hospitalarios el día en que acuden al centro;
- Si es imposible, deben recibir la atención en otra fecha, al margen de la lista de espera que administre el proveedor de servicios de salud;
- Deben recibir los servicios ambulatorios de atención secundaria en un plazo máximo de 7 días laborables a partir de la fecha en que acudió al centro.

121. Además, la norma sobre la atención perinatal institucional prevista en el Reglamento del Ministerio de Salud, de 16 de agosto de 2018, define un modelo de atención perinatal en las entidades que prestan servicios de salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, y a los recién nacidos.

122. Por lo que respecta a la falta de financiación de los tratamientos de la esterilidad por medio de la **fecundación *in vitro***, cabe señalar que, en virtud de la Ley, de 29 de diciembre de 2023, por la que se modifica la Ley relativa a los Servicios de Salud

Financiados con Fondos Públicos, el Ministerio de Salud debe elaborar, aplicar, ejecutar y financiar un programa de políticas de salud que aborde el tratamiento de la esterilidad y comprenda los procedimientos de reproducción asistida, entre los que se encuentra la fecundación *in vitro* realizada en un centro de reproducción asistida conforme a la definición prevista en la ley sobre el tratamiento de la esterilidad.

123. El Ministerio de Salud destinará al programa al menos 500 millones de zlotys anuales con cargo a la parte del presupuesto estatal que está a su disposición. **El 10 de abril de 2024, el Ministro de Salud sancionó el programa de políticas de salud para el período comprendido entre 2024 y 2028 destinado a tratar la esterilidad mediante procedimientos de reproducción asistida, entre los que se encuentra la fecundación *in vitro* realizada en un centro de reproducción asistida.** El documento está publicado en <https://www.gov.pl/web/zdrowie/leczenie-nieplodnosci-obejmujace-procedury-medyczne-wspomaganej-prokreacji-w-tym-zaplodnienie-pozaustrojowe-prowadzone-w-srodoku-medycznie-wspomaganej-prokreacji-na-lata-2024-2028>. El objetivo general del programa es proporcionar a las parejas que sufren esterilidad un acceso igualitario al procedimiento de fecundación *in vitro* realizado en un centro de reproducción asistida y permitir que las personas que vayan a someterse o se estén sometiendo a un tratamiento oncológico que pueda afectar a su fertilidad conserven su material reproductivo para poder usarlo más adelante.

124. El programa se puso en marcha el 1 de junio de 2024.

125. En cuanto al diagnóstico y el tratamiento de la **endometriosis**, se ha de señalar que ya ha concluido su labor el Equipo para las Propuestas de Soluciones al Diagnóstico y Tratamiento de la Endometriosis, creado por el Ministerio de Salud.

126. Es oportuno subrayar que la **seguridad sanitaria de las mujeres figura entre los ámbitos de compromiso prioritarias del Gobierno de Polonia**. La salud reproductiva es un componente importante de la salud y debe entenderse como el conjunto del bienestar físico, mental y social y no como la mera ausencia de enfermedades o anomalías en lo que respecta al sistema reproductivo y la procreación de ambos sexos en todas las etapas de la vida. Entre otras cuestiones, abarca la pubertad y la menopausia, la fertilidad y la esterilidad, la planificación familiar y la salud durante el embarazo, el parto y el puerperio. La atención de la salud reproductiva determina la salud de los polacos en general y la buena salud de las generaciones futuras y respalda las medidas destinadas a mejorar los indicadores demográficos. Además, la atención perinatal es un elemento esencial de los servicios de salud que se prestan a las embarazadas. El alcance y la calidad de esa atención tienen repercusiones directas en la salud tanto de las parturientas y las puérperas como de los lactantes.

127. Por tanto, es crucial que un grupo de expertos analice los posibles obstáculos para el acceso a los servicios de salud reproductiva en sentido amplio y a los elementos específicos de la atención perinatal y proponga medidas que tengan probabilidades de potenciar la seguridad sanitaria de las mujeres. En consecuencia, en virtud de la Orden del Ministro de Salud de 6 de mayo de 2024 (publicada en el Boletín Oficial del Ministro de Salud, punto 35), se creó un **Equipo para la Mejora de la Seguridad Sanitaria de las Mujeres** (*Zespół do spraw poprawy bezpieczeństwa zdrowotnego kobiet*), al que se encomendó proponer medidas para fomentar la seguridad sanitaria de las mujeres, con especial atención a la salud reproductiva y la atención perinatal.

128. El Equipo se reunió por primera vez el 21 de mayo de 2024, ocasión en la que celebró una sesión inaugural para definir las cuestiones básicas que era necesario abordar y las medidas que debían adoptarse en un futuro próximo. Cada uno de los

miembros asistentes expuso sus prioridades en este sentido. Asimismo, se acordaron cuestiones de organización sobre el funcionamiento del órgano, como la disposición a invitar a reuniones concretas a expertos externos cuyos conocimientos y experiencia aporten una valiosa contribución a las áreas específicas de estudio y la posibilidad de hacerlo y su utilidad.

129. El programa de vacunación universal contra el virus del papiloma humano (VPH) cumple los objetivos de la Estrategia Nacional de Oncología para el período comprendido entre 2020 y 2030 y complementa el programa gratuito de vacunación de niños y adultos con una vacuna que protege contra las enfermedades causadas por el VPH. Este virus causa cáncer de cuello uterino y otros tipos de tumores.

130. Hay una vacuna que protege contra la infección por el VPH y es más eficaz cuando se administra antes de la posible exposición a esta infección, que suele producirse durante los contactos sexuales. Por ello, los programas de vacunación universal contra el VPH se dirigen sobre todo a niños y niñas de 12 y 13 años. En Polonia, el programa de vacunación universal contra el VPH incluye dos vacunas gratuitas: la vacuna bivalente Cervarix y la vacuna nonavalente Gardasil 9. En la actualidad, se ofrece a todos los niños de 12 a 14 años la posibilidad de vacunarse contra el VPH de forma gratuita. Está previsto que el programa de vacunación incluya también a niños más pequeños. Al 20 de junio de 2024, se habían administrado más de 275.000 vacunas.

2. Educación e información sobre la salud sexual

131. Con respecto a la conclusión de que el plan de estudios oficial no incluye educación sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (párrs., 58 y 59 del informe del Comité), el **Gobierno de Polonia** desea informar de que, a partir del **1 de septiembre de 2025**, se introducirá una nueva asignatura obligatoria: **educación para la salud, que sustituirá a las actuales clases optativas de educación para la vida en familia en todos los tipos de escuelas** (escuelas primarias, escuelas de formación profesional, escuelas secundarias, escuelas secundarias técnicas y escuelas infantiles y juveniles). Se centrará en la educación para la salud entendida en sentido amplio.

132. La asignatura de educación para la salud abarcará temas relacionados con la salud mental y física, la alimentación sana, la prevención, las adicciones y la educación sexual y abordará la salud humana de forma integral. La asignatura estará destinada a alumnos de 4º a 8º curso de las escuelas primarias y de 1^{er} a 3^{er} curso de las escuelas secundarias, los institutos, las escuelas técnicas superiores y las escuelas de formación profesional.

133. Los contenidos que se impartirán en la nueva asignatura incluirán, entre otros temas, las normas jurídicas consagradas en el artículo 4(3) de la Ley de 1993, en la que se basa el vigente Reglamento del Ministerio de Educación Nacional, de 12 de agosto de 1999, relativo al Método de Enseñanza Escolar y el Alcance de los Contenidos en relación con los Conocimientos sobre la Vida Sexual Humana, los Principios de la Paternidad y Maternidad Conscientes y Responsables, el Valor de la Familia, la Vida en la Fase Prenatal y los Métodos y Medios de Procreación Consciente Incluidos en el Plan de Estudios de la Educación General.

134. El Ministerio de Educación ha designado un equipo de expertos, compuesto por representantes de gran conocimiento sustantivo, así como por expertos que están muy familiarizados con la práctica escolar. Está previsto que el resultado de la labor del equipo constituya la base y el contenido de la nueva asignatura.

Observaciones a las recomendaciones (párrs. 107 a 109 del informe del Comité)

135. El Gobierno de Polonia desea reiterar su compromiso inquebrantable de proteger, respetar y hacer efectivos los derechos humanos de todas las personas, incluidos los de las mujeres, y de garantizar a estas la igualdad de trato en todos los ámbitos de la vida.

136. Asimismo, el Gobierno de Polonia reitera su dedicación a velar por la igualdad de acceso a los servicios de salud previstos por la legislación nacional, incluido el aborto. La accesibilidad del aborto es uno de los aspectos de la seguridad sanitaria de las mujeres en los ámbitos de la atención perinatal y la salud reproductiva entendidas en sentido amplio. Mientras continúa su labor con respecto a los cambios legislativos necesarios, pero a menudo oportunos (la labor en curso en el Parlamento polaco sobre varios proyectos de ley relacionados con la permisibilidad del aborto), **el Gobierno se ha centrado sobre todo en que los participantes del sistema de la salud observen la normativa aplicable, lo que conlleva velar por que se respeten los derechos de las pacientes y por que las entidades médicas cumplan sus obligaciones**. Las modificaciones prácticas y reglamentarias que se han incorporado al efecto ya se han señalado en el presente documento.

137. En consecuencia, debería producirse un cambio cualitativo tangible en el acceso real a los procedimientos de aborto permitidos en la actualidad.

138. Las modificaciones realizadas en virtud del Reglamento del Ministerio de Salud, de 8 de septiembre de 2015, relativo a las Condiciones Generales de los Contratos de Prestación de Servicios de Salud deberían contribuir de forma significativa a mejorar el acceso a los procedimientos de aborto. Para apoyar este afán, se han adoptado medidas para hacer cumplir los contratos celebrados con los proveedores de servicios de salud. Además, el Parlamento polaco está tramitando modificaciones a la normativa correspondiente.

139. Al mismo tiempo, con el fin de mitigar la incertidumbre denunciada con respecto a la aplicación de las disposiciones jurídicas vigentes y evitar el denominado “efecto disuasorio” tanto en el personal médico como en los órganos encargados de hacer cumplir la ley, se han elaborado los conjuntos de directrices necesarios.

140. El Gobierno tiene el compromiso de garantizar el pleno respeto de los derechos de las pacientes, en particular los derechos a los servicios de salud y a la información. Por consiguiente, las mujeres deben recibir información sobre los riesgos existentes para su salud y su vida en todas las fases del embarazo y también sobre las posibles soluciones dada su situación clínica, entre las que figura la admisibilidad de la interrupción del embarazo. Algunas de las medidas pertinentes ya se han adoptado o empezado a poner en práctica.

141. En cuanto al consentimiento de los pacientes a someterse a un procedimiento médico y la cuestión de la confidencialidad médica, se trata de asuntos que están regulados con claridad en la normativa polaca, en particular en la Ley relativa a las Profesiones Médicas y Odontológicas y la Ley relativa a los Derechos del Paciente y a la Defensoría de los Derechos del Paciente.

142. Con respecto a las campañas de concienciación, el Gobierno de Polonia desea señalar el paquete de soluciones que comparten el lema “Świadoma, bezpieczna ja” (“Informada y segura”) y que el Ministerio de Salud puso en marcha el 31 de enero de 2024 con el objetivo de aumentar la sensación de seguridad sanitaria de las mujeres. Las prioridades de este paquete de soluciones son las siguientes:

- Los anticonceptivos de urgencia (la píldora del día siguiente);

- La interrupción del embarazo;
- La fecundación *in vitro* y la oncofertilidad;
- La educación en atención preventiva de la salud, incluida la educación sexual.

143. Está previsto que, tan pronto como entren en vigor los instrumentos jurídicos correspondientes (leyes y reglamentos), se realicen campañas publicitarias en los servicios públicos para concienciar a los ciudadanos sobre estos temas. Debe respetarse esta secuencia, ya que, de acuerdo con el ordenamiento jurídico polaco, solo es posible destinar dinero público a estas campañas una vez que el Parlamento haya aprobado la norma correspondiente o, en el caso de las leyes, una vez que las haya sancionado el Presidente.

144. Con arreglo a lo anterior, el Ministerio de Salud ha puesto en marcha una campaña en la televisión y la radio a nivel nacional sobre la fecundación *in vitro* y la oncofertilidad. Además, la información sobre el programa se publica en el sitio web del Ministerio y se difunde a través de sus canales en los medios sociales Facebook, Instagram y X. Asimismo, se está preparando una campaña sobre los anticonceptivos de urgencia y la interrupción del embarazo. La información pertinente se envía de forma continua a los medios de difusión y comunicación especializados en atención de la salud.

145. Está previsto que haya más campañas en fases posteriores con vistas a promover las soluciones más recientes en materia de derechos y servicios reproductivos en Polonia y a informar y educar sobre ellas a las mujeres y la sociedad en general.
