



# DOSIER ESPECIAL

**INFORME DE LA COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COLEGIO  
DE MÉDICOS DE MADRID SOBRE LA LEY DEL ABORTO**

**JUEVES DÍA 01 DE MARZO DE 2012**

Informe de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Madrid

## **REFLEXIONES SOBRE LA LEY DE ABORTO Y LA IMPLICACIÓN DEONTOLÓGICA DE LOS MÉDICOS**

**Madrid, abril 2011**

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	3
2. LA LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO .....	5
3. LOS ANTECEDENTES DE LA LEY DE ABORTO PROMULGADA .....	7
4. LA CONTESTACIÓN INSTITUCIONAL DE LA MEDICINA .....	9
5. LA RESPUESTA DE LOS MÉDICOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.	23
6. EL STATUS QUAESTIONIS (2011).....	30
7. LAS CONVICCIONES MORALES DE LOS MÉDICOS: LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA .....	32
8. EL TRATAMIENTO DE LA LEY DE ABORTO POR LAS ALTAS INSTITUCIONES DEL ESTADO .....	59
9. EL ESTATUS JURÍDICO Y CONSTITUCIONAL DE LA LEY .....	73

## 1. Introducción

La Comisión de Ética y Deontología del Colegio Oficial de Médicos de Madrid, consciente de las implicaciones éticas y deontológicas y de los problemas prácticos que se derivan de la aplicación de la “Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo” (desde ahora ley del aborto), y tras un periodo de reflexión y examen de las múltiples reacciones que ha suscitado; teniendo presente que el 25 de junio pasado la norma fue en parte ejecutada por el Real Decreto 825/2010, denominado de Desarrollo parcial; y sin olvidar que determinadas comunidades autónomas han comenzado a redactar documentos en relación con esta materia <sup>1</sup>, se ha enfrentado a la tarea de poner en conocimiento de la Junta Directiva, y a través de ella de los colegiados madrileños y de la opinión pública, una serie de reflexiones ético-deontológicas sobre el particular, cumpliendo con su función asesora de cuantas cuestiones tengan que ver con la deontología y en la medida de lo posible coadyuvar a la resolución de los problemas que la citada Ley pueda generar en el normal actuar de los profesionales adscritos a este Colegio.

Las consideraciones que siguen reflejan las opiniones más ampliamente representadas en la Comisión, la cual ha tendido a recabar acuerdos y evitar cuestiones e interpretaciones rechazadas por algunos de sus miembros. Por tal acuerdo, el alcance del texto no abordará los aspectos polémicos sobre el principio de la vida humana, los conceptos científicos sobre las técnicas de aborto, los aspectos socio-culturales que lo hacen posible, las fuentes ideológicas que lo promueven y tampoco la contestación social en sus diversas manifestaciones. Ello no implica una posición neutral o meramente descriptiva de las distintas facetas deontológicas de la nueva ley de aborto. Muy al contrario, estas reflexiones expresan el rechazo más enérgico de la Comisión deontológica del Colegio de Médicos de Madrid a la ley, por las razones sobreentendidas en este documento, el grave daño deontológico que impone a la profesión y a los futuros licenciados, y las reservas sobre la seguridad jurídica de los profesionales que introduce.

Esta concreción no obsta, sin embargo, para incorporar al texto el parecer de las instituciones médicas más representativas y de las asociaciones de médicos y científicos de la biomedicina que operan en la sociedad, de los aspectos alusivos al interés de los médicos de los dictámenes de las más altas instituciones del Estado y de cuanto sea aconsejable sobre los aspectos científicos y técnicos recientes de la IVE a tal tenor y/o ignorados por la sociedad, sobre todo cuando esta inclusión modifica las perspectivas o contradice las

---

<sup>1</sup> La Comunidad Autónoma de Madrid, y concretamente el Servicio Madrileño de Salud ha elaborado un protocolo de aplicación sobre las gestantes que manifiestan su intención de interrumpir voluntariamente su embarazo, y un documento denominado de “políticas activas de apoyo a la embarazada”.

reflexiones de algunas de las instituciones convocadas a dar su parecer. En consecuencia, estas reflexiones pretenden un alcance básicamente profesional y deontológico de la ley <sup>2</sup>, con el objetivo de que puedan ser consideradas y asumidas por los médicos de la Comunidad de Madrid y especialmente por los más involucrados en algún paso del proceso del aborto (alternativamente “interrupción voluntaria del embarazo” o “IVE”).

La lectura de la ley y su proceso parlamentario; de las declaraciones de los distintos estamentos en las comparecencias ante la Subcomisión del Congreso creada al efecto en el seno de la Comisión de Igualdad y por acuerdo del Pleno del Congreso del día 16 de octubre de 2008; de las distintas instituciones representativas del Estado llamadas a dictaminar sobre la constitucionalidad de la ley y, finalmente, de las contribuciones al debate de algunas asociaciones y grupos de médicos impulsores de la ética, la deontología y la bioética, han puesto de manifiesto un insuficiente énfasis cuando no un preocupante soslayo, subestima o exclusión, de los aspectos deontológicos y morales de los profesionales médicos a los que se exige la ejecutoria de la ley, en algunas de estas declaraciones y dictámenes, es decir, una mínima atención a la respuesta moral de los profesionales, como si tales reservas éticas no existieran o fueran irrelevantes. En tal sentido, este documento incorpora la perspectiva deontológica de la inmensa mayoría de los médicos ante la nueva norma, bien las expresadas por sus Colegios, bien por las instituciones representativas de la Medicina más involucradas en la cuestión del aborto, a las que se añadirá la propia de esta Comisión.

Esta preocupante subestima de las cuestiones éticas y deontológicas del aborto, que infravalora la tradición moral médica y la catalogación del aborto por la Medicina como un mal social, explica la necesidad de un documento que refleje la respuesta del mundo sanitario institucional, corporativo y asociativo, que se ha elevado en el país frente a la ley, incluido su propio debate interior. Nunca la tradición moral y deontológica de la Medicina española había recibido un embate tan radical por parte del legislador, con imposición legal del aborto libre en el marco profesional, jurídico y universitario.

Sujeta la nueva norma a los avatares políticos del momento y en su devenir a la resolución de los recursos de inconstitucionalidad presentados ante el Tribunal Constitucional, la Comisión deontológica del Colegio de Médicos de Madrid, con la aquiescencia de su Presidenta y Junta Directiva, ha considerado la necesidad de estar presente en el legítimo y democrático contraste social de opiniones y convicciones en torno a esta polémica Ley, siempre desde el más sincero respeto al ordenamiento jurídico y en el deseo de contribuir a una mayor comprensión del impacto social de la Ley y que, como es sabido, ha dividido a gran parte del país. Pero, a la vez, con el deseo de que la colegiación y la sociedad dispongan de un texto representativo, esta vez comprensivo y deontológico, de la preocupación y

---

<sup>2</sup> La Comisión Deontológica agradece al Dr. Julián Vázquez, vocal de la Comisión, su aportación documental a la redacción de este informe.

herida a nuestros valores más profundos que tal legislación ha suscitado en la Medicina española.

## **2. La ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del Embarazo**

El 4 de marzo del 2010, se publicó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en la que, además de establecer los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, tal como se establece en el Art. 1 de la misma, se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y se establecen las correspondientes obligaciones de los poderes públicos. Y con posterioridad dos reales decretos orientados a desarrollar la normativa sobre la Ley. Por una parte, el Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley; y por otro el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.

En el Título II, Capítulo I, de la mencionada Ley se establecen las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo, que transcribiendo la norma dice:

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

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

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

### **Artículo 15. Interrupción por causas médicas.**

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

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

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

El conocimiento de la Ley ha supuesto una sorpresa para la generalidad de las instituciones representativas de la Medicina pues, tras el escándalo de las clínicas abortistas y la extraordinaria relajación e incumplimiento de la ley precedente -ley de despenalización del aborto en algunos supuestos- el legislador saltaba a una ley de plazos, es decir, a un práctico aborto libre en las primeras semanas de la gestación. Con independencia de las reservas jurídicas sobre la constitucionalidad de la Ley, que abordaremos más adelante, el impacto de la nueva norma vino a ser considerado por muchos no tanto como una reforma de la ley hasta entonces vigente -buscando su cumplimiento- cuanto una transformación radical del modelo de ley, ahora fundamentado en una perspectiva de género hasta entonces no visible, habida cuenta que tal transformación no estaba prevista en el discurso electoral del partido gobernante. La indiscutible mayor implicación de la colegiación en la práctica del aborto que la ley viene a imponer, fue interpretada pronto por muchos como una imposición legal que dejaba al margen todo diálogo o transacción previa con los médicos y sus representantes, democráticamente elegidos.

Con independencia de que la nueva norma ha dividido al país en dos mitades irreconciliables como consideramos en este documento -fenómeno que se habría debido de evitar- las críticas a la Ley vertidas desde el estamento profesional médico se han extendido por todo el país y han generado una indudable confusión en el seno de las corporaciones médicas. Tan erróneo nos parece ahora sobredimensionar tales inquietudes como pretender subestimarlas o ignorarlas, ya por representar antagónicas posiciones presentes entre los médicos -contrarios o partidarios del aborto, como cualesquiera otros ciudadanos-; ya cuando se es consciente, desde el marco de una Comisión deontológica, de la extraordinaria carga moral que, para los médicos, representa un ordenamiento que exige la implicación de miles de profesionales en el proceso del aborto y de un buen número de profesores de Medicina, obligados a la enseñanza del mismo a los futuros médicos.

Esta Comisión deontológica, precisamente por su condición de deontológica y por la exigencia de un legítimo Código que es nítido en el rechazo de las prácticas abortivas - representando un posicionamiento moral de siglos- ha preferido aflorar la situación del

problema a los seis meses de la promulgación de la Ley, con la finalidad antes aludida de proyectar entre los colegiados de Madrid y de todo el Estado unas reflexiones sobre los distintos aspectos de la nueva norma, aflorados hasta el momento, desde el disenso pero en el respeto a la ley, y especialmente en referencia a la repercusión que pueda tener y darse sobre los médicos involucrados.

### 3. Los antecedentes de la Ley de aborto promulgada

El debate suscitado en torno a la nueva Ley y los problemas y singularidades de su aplicación en base al carácter transferido de la Sanidad en nuestro país, no constituye una cuestión enteramente nueva para la Medicina, pues hace un cuarto de siglo que ya tuviera lugar una conmoción similar, con ocasión del entonces “Proyecto de Reforma del Código Penal en Relación con la Despenalización del Aborto” (1983).

Considerado un delito hasta entonces, el gobierno socialista preparó una reforma radical del modelo vigente que, tras un largo proceso parlamentario y jurídico, finalizaría con un modelo de ley de las indicaciones, al que no se va a aludir por ser, de todos, conocido. Sí interesa recordar en este momento el planteamiento radicalmente opuesto a la despenalización del aborto que, mayoritariamente, sostuvieron los presidentes de los distintos Colegios de Médicos del país. Un planteamiento íntegramente asumido también por las instituciones representativas de la Ginecología española. En efecto, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España (desde ahora “Consejo General”), aprobó por práctica unanimidad una declaración institucional presentada por el entonces presidente -el Dr. Ramiro Rivera- que rechazaba de pleno el citado proyecto y lo proveía de su argumentación. Un documento poco difundido que se hizo público el 19 de febrero de 1983, pero cuyo contenido contribuyó al recurso de inconstitucionalidad de la ley del aborto, presentado por la oposición ante el Tribunal Constitucional<sup>3</sup>.

No es posible reproducir aquí el contenido de aquella declaración -en algunos de sus puntos profética- pero sí ocasión de reproducir algunos de sus textos. Desde un primer momento el compromiso de los médicos a favor de la vida en su etapa pre-natal fue absoluto y la oposición al aborto de una unanimidad sorprendente. En el punto I del texto, el Consejo General deseaba “hacer patente a la opinión pública su preocupación por el sesgo que

---

<sup>3</sup> “La Ciencia y la Sociedad frente al aborto”, Colegio de Médicos de Madrid (1984), declaración del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España en defensa de la vida humana en su etapa prenatal, pp. 57-66. El libro incluye las declaraciones de la Real Academia de Medicina, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Real Academia de Doctores, Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, Acuerdo del Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, Dictamen de la Asociación Ginecológica española y otras diversas entidades.

adquiere actualmente el debate sobre el aborto en algunos medios de comunicación, anclado sobre bases científicas o sencillamente erróneas. Una peligrosa demagogia distorsiona la realidad biológica del aborto ante el pueblo español, induciéndole al error". El documento denunciaba luego la "corrupción semántica que pretendía presentar la realidad del aborto como un simple problema técnico, y que dulcifica, ante la sociedad, la cruel ejecutoria práctica que el aborto supone". El texto hacía mención a las gestantes y las presiones que soportaban -distinta quizá de las actuales- aludiendo "a las peculiares circunstancias, en ocasiones muy difíciles, que rodean a la madre embarazada, que hace emerger ante ella la idea de deshacerse de sus hijos".

Una declaración que cobra, por tanto, una indudable actualidad un cuarto de siglo después, como podremos estimar más adelante. Pues a los efectos de esta reflexión merece ser recordada, dando a conocer ahora a las generaciones más jóvenes la honda preocupación deontológica de la profesión, en aquel entonces, ante el cambio de perspectiva moral tan importante que aquella ley de aborto representaba. Remarcaba el texto: "la inquietud que se revela en la clase sanitaria española, a la que una modificación legal, ejecutada sin contar con ella, la enfrenta irremediamente contra sus más básicos principios deontológicos, no solo individual sino también corporativamente. Y proseguía, "en consideración a las obligaciones sociales de una profesión de intachable ejecutoria, y por lo que representa de tiránica conculcación de los principios éticos de nuestro ejercicio profesional, este Consejo General tiene la obligación de rechazar enérgicamente cualquier modificación de la legislación vigente llevada a cabo a espaldas de las instituciones representativas de la profesión médica. Y destaca ante la opinión pública que una ley de esta naturaleza aprobada al margen del mundo sanitario (Médicos, A.T.S., Farmacéuticos) podría constituir una permanente fuente de graves conflictos para la sociedad española".

El contenido de la declaración, como es notorio, vino a predecir la previsible fractura de la sociedad respecto a la cuestión -como así ocurriera- y la compleja ruta jurisprudencial que esperaba al proyecto de ley; y obviamente la inseguridad jurídica y corruptelas que generaría, con posterioridad, su propia aplicación. Una fuerte conmoción social dividió al país y una poderosa controversia escrita o pública, con grandes manifestaciones, recorrió todo el Estado, como puede fácilmente confirmarse en las hemerotecas.

De esta realidad precedente y en relación con la nueva norma, a esta Comisión le interesa destacar que sendas leyes de aborto, despenalización primero y radicalización del derecho al aborto ahora, fueron promulgadas en sede parlamentaria mediante el recurso a unas mayorías, pero sin contar con las instituciones médicas. Las leyes fueron aprobadas sin atender el parecer de los médicos y sin considerar sus reservas morales y/o, en todo caso, mediante contactos meramente formales para cubrir las apariencias. Una actitud o un modo de proceder que, para muchos profesionales sanitarios, constituye un modelo altamente clarificador de las instancias ideológicas -que no talmente correctoras- que subyacen en la

promulgación de estas leyes. Como así ha ocurrido en otros países, las democracias liberales, que dicen defender a todas las minorías, no parecen -a tenor de estas leyes- demasiado preocupadas por el colectivo de médicos, al que involucra decisivamente y en muchos casos contra la propia conciencia. Una convicción difícil de rebatir desde cualquier planteamiento personal o comunitario que pudiera pretenderse.

En suma, en aquel profético documento, que representa el primer antecedente corporativo frente a una ley de aborto (y sobre todo su punto III. “Repercusiones en la clase sanitaria española ante una eventual despenalización del aborto”) la máxima representación institucional de los médicos entró de forma directa y firme al desafío político que representaba, por aquel entonces, la despenalización del aborto; sin, por otra parte, dejar de aclarar conceptos científicos equívocos del principio de la vida de los seres humanos que se difundían y de corregir afirmaciones erróneas propias de la retórica política, cultural e ideológica, de aquellos años.

#### 4. La contestación institucional de la Medicina

La contestación colectiva de los médicos frente a la Ley actual ha partido siempre, como no podía ser de otro modo, del reconocimiento de la legitimidad de las leyes aprobadas por un parlamento elegido democráticamente; de la diferente sensibilidad de los profesionales involucrados a la expectativa de realizar abortos y, sobre todo, de la inutilidad de un enfrentamiento con el poder político. No menos evidente ha sido el reconocimiento de la realidad social española, de la creciente pluralidad ideológica de la sociedad, los cambios en el estilo de vida de las generaciones más jóvenes y la incesante alusión institucional y mediática en torno a la igualdad de la mujer y al ejercicio de su autonomía como *primer* derecho -en la relación entre los sexos- factores que han jugado un indudable papel ponderativo en esta contestación. Aunque tan objetiva capacidad de identificar la realidad social de nuestros días, no ha impedido a la mayoría de los médicos y sus instituciones distinguir los hechos en su realidad moral y reconocer que el incremento exponencial de los embarazos no deseados y de abortos en nuestro país, en las últimas décadas, representa un profundo “mal” en la Salud Pública del Estado y debe constituir una grave preocupación de la Sanidad, a la que se ha de afrontar con la mayor objetividad y el concurso de todos.

4.1 Desde el punto de vista institucional, con fecha 11-12-2009 la Organización Médica Colegial<sup>4</sup> (desde ahora OMC) emitió un comunicado o Declaración sobre el Proyecto de

---

<sup>4</sup> Consejo General de Colegios de Médicos. “Declaración de la Organización Médica Colegial sobre el Proyecto de Ley de la Salud Sexual y Reproductiva (Ley de Aborto)”. Madrid, 11 de septiembre de 2009. En la página de

Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo donde, refiriéndose a los médicos y en cinco claros puntos, establecía lo siguiente:

- 1) De acuerdo con el Código de Ética y Deontología Médica, la profesión médica está al servicio de la vida humana. Es decir —entiéndase la interpretación en estas reflexiones—: no está al servicio de acciones u operativas que impliquen la muerte del ser humano que es el embrión y el feto; 2) aunque los médicos aceptarán las leyes emanadas del Parlamento, éstas serán sometidas siempre al valor superior de la libertad de conciencia de cada médico, subrayando que la objeción de conciencia es un derecho fundamental e irrenunciable de los mismos; 3) los médicos rechazamos que esta Ley les dote de una mayor seguridad jurídica a la hora de realizar un aborto, como se ha mantenido desde la esfera del gobierno, porque “no se ajusta a la verdad”: Ni los médicos y menos aún el *nasciturus* estarán mejor protegidos que con la ley anterior; 4) el periodo de 14 semanas durante el cual la mujer será libre para abortar, establece un límite difícil de precisar con el rigor que las leyes exigen, por lo que la Ley introduce un aspecto subjetivo que aconseja establecer algunas cautelas; 5) la OMC considera necesario, a tenor de lo anterior, establecer unas mínimas garantías sobre : a) introducir criterios para impedir irregularidades y que avalen que el embarazo supone realmente un peligro para la salud psíquica y física de la embarazada; b) implantar un documento de consentimiento informado, a firmar por la gestante, que informe sobre la naturaleza de la intervención a la que va a ser sometida y sus riesgos; c) establecer un periodo de reflexión suficiente tras ser informada de las ayudas sociales, públicas y privadas, a que puede acogerse en el caso de continuar con la gestación; d) establecer en los centros habilitados para hacer abortos Comisiones técnico-éticas que establezcan o garanticen la legalidad de la interrupción del embarazo; y e) finalmente, además de probar que la menor de entre 16 años y la mayoría de edad —que demanda un aborto— lo hace con su pleno consentimiento y libremente, la OMC se congratula de que su sugerencia de informar a los padres o tutores sobre la decisión de la menor haya sido tomada en cuenta, modo de no privarla del apoyo y del consejo de sus padres.

Se adelantaba así la OMC, máximo órgano representativo de la Medicina española, a denunciar ante la sociedad las más objetivas insuficiencias de la Ley que, como fundamentamos más adelante, constituyen la base reivindicativa mínima de los médicos y que persiste sin ser plenamente reconocida.

---

OMC, de 16 de diciembre de 2009, se reproduce el citado comunicado aprobado por la Asamblea General de la OMC.

Con posterioridad a esta declaración la OMC ha puntualizado otros aspectos de la conflictiva norma, básicamente en el debate de la objeción de conciencia de los médicos al que hacemos mención más adelante.

4.2 A la rápida respuesta del máximo órgano institucional, seguiría por su importancia la primera declaración de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia<sup>5</sup> (desde ahora SEGO) sobre la interrupción legal del embarazo, la especialidad más involucrada por la nueva norma, emitida en el contexto de la intervención del Dr. D. José Zamarriego –entonces presidente de la Comisión de Bioética de la SEGO- ante la Subcomisión del Congreso creada al efecto<sup>6</sup>.

Comenzó el representante de los ginecólogos destacando dos aspectos esenciales de todo proyecto de aborto: Primero que: “Estamos ante una problemática trascendente por cuanto atañe a la vida humana en su desarrollo más incipiente”. Se adelantaba así el experto a reafirmar el carácter de vida “humana” del embrión y del feto que estaba destinado a morir por libre voluntad de su madre. Y con ello el anclaje jurídico al que más adelante aludiría. Destacó después algo que, difícilmente, puede reconocerse como evidencia en el comportamiento de la sociedad española: que la cuestión de aborto debería quedar al margen de ideologías políticas y de pertenencia o negación de cualquier creencia religiosa; la IVE debería quedar limitada al terreno de la ética personal.

Superado este primer juicio de intenciones, muy cercano a la mentalidad liberal de muchos profesionales sanitarios, el representante de la SEGO leyó la “Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo”, primera que se hacía pública. Una primera visión sintetizada de la misma permite decir que el documento “quiere expresar su postura a los socios de la SEGO, la administración sanitaria y la opinión pública”. Para luego establecer los ítems más representativos de su posicionamiento:

a) Se reconoce el poder legislativo que produce la norma legal, considerando que la Ginecología debe cumplir la legislación estatal y autonómica al efecto; b) entra luego a definir el aborto según los criterios de la OMS y de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), que responde, como sabemos, al concepto de viabilidad fetal. Según ello las condiciones de viabilidad fetal se alcanzan aproximadamente a las 22 semanas completas de embarazo; c) y pasa

---

<sup>5</sup> “Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre la interrupción legal del embarazo”.

<sup>6</sup> Comparecencia del Dr. José Zamarriego Crespo ante la Subcomisión creada en el seno de la Comisión de Igualdad por acuerdo del Pleno del Congreso de los Diputados de 16 de octubre de 2008.

luego a exponer que el concepto jurídico de aborto no coincide exactamente con el propio de la Medicina<sup>7</sup>, por un lado más amplio, por otro más restringido al no aceptar como aborto los productos de gestación carentes de vida humana o de identidad humana, como es bien conocido por los profesionales.

Más concluyente fue quizás lo siguiente: d) la firme identificación establecida por el entonces presidente de la Comisión de Bioética de la SEGO, entre esta institución - representativa de la deontología ginecológica- con la interpretación legal hasta ahora reconocida del artículo 15 de la Constitución, cuando proclama que *“todos tienen derecho a la vida”*; e igualmente con el artículo 29 del Código civil cuando establece que *“el concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables...”* y que el Tribunal Constitucional, en su sentencia 53/1985, confirmó en su Fundamento jurídico 12 al establecer que *“el Estado tiene la obligación de garantizar la vida, incluida la del nasciturus (art. 15 de la Constitución) mediante un sistema legal que suponga una protección efectiva de la misma, lo que exige, en la medida de lo posible, que se establezcan las garantías necesarias para que la eficacia de dicho sistema no disminuya más allá de lo que exige la finalidad del nuevo precepto”*. El representante de la Ginecología venía de forma indirecta a rechazar la nueva ley que se preparaba por no responder a la doctrina constitucional. Y a la vez subrayaba el acuerdo y la identificación entre la Ginecología española -por él representada- y la doctrina vigente del más alto Tribunal del país.

La declaración oficial de la SEGO continuaba expresando: e) su grave preocupación ante la evidencia de abortos de fetos viables; f) reiteraba lo que es del conocimiento médico universal, es decir, que el aborto realizado en el primer trimestre de la gestación *“no puede ser considerado como un procedimiento contraceptivo”*, considerando la necesidad de *“un importante esfuerzo por parte de los responsables sanitarios...para evitar los embarazos no deseados, facilitando la oportunidad de utilizar las distintas estrategias anticonceptivas”*.

Después, la SEGO hacía un llamamiento a los responsables sanitarios *“para que habiliten los recursos necesarios con el fin de realizar un diagnóstico pre-natal de anomalías genéticas lo más precozmente posible, dada la actual posibilidad de diagnosticar las alteraciones y malformaciones fetales mayores e incompatibles con la vida antes de la 22 semana de gestación”*. Y a este respecto pedía *“normas de acreditación”* objetivas que garanticen la seguridad de las pacientes”. La declaración de la SEGO finalizaba recordando a la Subcomisión *“el derecho de los ginecólogos a ejercer la objeción de conciencia ante los supuestos de la ley que iba a ser derogada”*, de acuerdo con la Constitución española y sus propios códigos deontológicos. Y finalmente, la petición de un adecuado *“soporte*

---

<sup>7</sup> Por entonces ya existía una Declaración pública de la SEGO, la *“Declaración Pública de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia sobre el concepto médico de aborto”*.

psicológico de la mujer que se somete a un aborto y de esta forma minimizar el impacto negativo del mismo”, una cuestión que debía ser contemplada al margen de la conveniencia de “una información previa sobre los riesgos potenciales de la intervención abortiva”. Era evidente en el sentir de la Ginecología el carácter en absoluto banal de cada intervención de esta naturaleza, desde la experiencia de los potenciales riesgos inmediatos de todo aborto y de las repercusiones sobre la salud mental de la mujer, del denominado síndrome post-aborto<sup>8</sup> a lo largo de los años, un cuadro clínico cada vez mejor reconocido por la investigación científica.

Concluida la lectura de la Declaración de la SEGO, el presidente de la Comisión de Bioética de la SEGO quiso añadir unas consideraciones personales y de la Comisión de Bioética por él presidida que, sin otras reservas, ofreció a la Subcomisión algunas estimaciones de gran valor. Bajo el epígrafe “Análisis sobre la IVE” el Dr. Zamarriego afirmó lo siguiente:

1º La interrupción voluntaria del embarazo o IVE es un *daño o mal* en sí misma, y ello por tres razones fundamentales: a) porque para al embrión o feto, por tratarse de un acto irreversible, se le priva de su derecho a la vida extrauterina; b) para la gestante que aborta, por los riesgos inmediatos de la intervención y posibles “daños psíquicos, bien conocidos, frecuentes y a veces muy duraderos” y c) para la sociedad porque “contemplado el aborto como la pérdida de un individuo que podría generar renta”, la sociedad, además de una pérdida económica, “pierde la riqueza social que supone toda persona”.

2º Las decisiones políticas deben tender a apoyar comportamientos sociales adecuados. Y el representante de la Ginecología lo fundamentaba con dos argumentos: a) el objetivo de un gobierno ha de ser el de “reducir el número de abortos”, que en nuestro país ya supera con creces los 100.000 abortos anuales: esto es lo que se hace con los accidentes de tráfico, el hábito de fumar o el fraude fiscal. Al tenor de ello: “¿por qué esto no con la IVE? ¿Es bueno para alguien?” “El éxito de la Ley no es aumentar el número de abortos. Eso es el fracaso de la Ley”. Era evidente en el declarante la idea de que, sobre la base de la experiencia de la ley que se quería derogar, una nueva ley como la que se preconizaba incrementaría el número de abortos. Y en consecuencia, b) solicitaba “la promoción de campañas informativas y sobre todo formativas para explicar las consecuencias del aborto”, principalmente dirigidas a las mujeres adolescentes y jóvenes, el colectivo más castigado por este drama del aborto.

---

<sup>8</sup> Es creciente la bibliografía del denominado *síndrome post-aborto*, sobre la repercusión mental a largo plazo de los abortos inducidos en amplios grupos de mujeres, una cuestión sometida a una reconocida influencia política. Para una introducción amplia del mismo véase: Vigneta E. Charles et al. *Contraception* 78 (2008) 430-450; David, Ferguson et al., *The British Journal of Psychiatry* (2008) 193, 444-451; Anne Nordal et al., *BMC Medicine* 2005, 3, 18; Priscilla K. Coleman et al., *Journal of Psychiatry Research* (2008) 10.009 Elsevier Ltd., entre otros.

3º El representante de la SEGO fue explícito: “el legislador tiene la obligación de analizar la situación actual para tratar de mejorarla en la nueva posible Ley”. Las razones de aquella obligación eran las siguientes: a) al momento de la declaración, las IVEs en España eran un acto radicalmente privatizado - hasta un 97% en algunas Comunidades- y carentes de todo control legal, como había quedado demostrado. Para el Dr. Zamarriego es en los centros públicos donde la mayor garantía de calidad asistencial estaría asegurada. Este fenómeno debería ser objeto, a su juicio, de una verdadera reflexión; b) por otra parte existe un “constatable fraude de ley en relación con la ley de IVE anterior a la ahora propugnada, principalmente en lo que establece su supuesto primero”: “que sea necesario (el aborto) para evitar un grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente distinto por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto”. Este supuesto, aplicado bajo tales condiciones de fraude, constituye ahora la primera causa legal de aborto. El declarante volvía, con la mayor de las disposiciones, a pedir una reflexión sobre el tema. Dos argumentos más añadió: c) se debería rechazar el concepto de consentimiento *expreso*, que exige la ley anterior y propone que se denomine *consentimiento informado*, de acuerdo con lo establecido en la Ley básica 41/2002 reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. Era evidente en la mente del declarante que la exigencia del consentimiento informado suponía una referencia documental de mayor entidad y capacidad de control legal. Finalmente, d) el representante de la SEGO recordó el fallo en que incurrió la Ley hasta entonces vigente y, ante la perspectiva de una nueva norma, demandó la necesidad de que una reforma de la Ley incluyera *alternativas a la práctica del aborto*, con la disposición por los poderes públicos de los medios que fueren necesarios; una petición relacionada indudablemente con la exigencia de reducir el número de abortos entre nosotros y en cualquier otro país.

En un tercer bloque reflexivo, el presidente de la Comisión de Bioética de la SEGO abordó la cuestión de una nueva ley, presumiblemente de plazos, en razón a la cual era convocado. Dos importantes afirmaciones hizo el ginecólogo:

- a) La ley de plazos otorga a la mujer el derecho a decidir sobre la continuidad del embarazo (y por tanto sobre la muerte de su embrión o feto) “en base al concepto de *propiedad* de la madre sobre su gestación, negando así todo derecho al *nasciturus*”. Esto “contradice la sentencia 53/1985 del Tribunal Constitucional que establece: *El derecho de la mujer no puede tener primacía absoluta sobre la vida del nasciturus, dado que esta prevalencia significaría la desaparición de un bien que encarna un valor central en el ordenamiento constitucional*”. Con gran sabiduría, el declarante continuaría: Además, “el derecho de propiedad nunca es ilimitado en

nuestra sociedad, sea sobre objetos, cosas o un simple árbol, y se interrogaba: ¿es un embrión o un feto menos valioso que una cosa?

- b) la segunda afirmación vino a plantear la contradicción que una ley de plazos genera en relación con nuestro ordenamiento jurídico, a través de la Ley de Dependencia: “una ley que trata de proteger a los seres más débiles afectos de enfermedades o situaciones que requieren la asistencia por otro para el propio bienestar o su supervivencia”. Una ley de plazos implica la *dependencia* plena de la gestación (y del hijo) subordinada a la decisión de la mujer, al menos hasta que el feto sea capaz de vivir fuera del claustro materno. Por tanto “toda intervención de embarazo más allá de la 22 semana...debería ser tratado de manera que el feto pudiera ser atendido médicamente por el especialista neonatólogo”. Finalizaba el declarante: “Ni el concepto de *propiedad* ni el concepto de *dependencia* justificaría una ley de plazos”.

La declaración del representante de la SEGO finalizó con 5 propuestas, que sintéticamente se enumeran a continuación: 1) El primer objetivo de una futura ley ha de ser el de *disminuir el número de abortos*; 2) la *privatización masiva de la IVE* debe ser controlada y disminuida, para garantizar la calidad asistencial de las gestantes; 3) la firma de un documento de *consentimiento informado* es indispensable; 4) imprescindible un *periodo de reflexión* de la embarazada entre el consentimiento informado y el acto del aborto; y 5) toda posible ley debe *ofertar alternativas y ayudas* de todo tipo para la embarazada que decida no abortar.

4.3. Con posterioridad a lo glosado, la Comisión de Bioética de la SEGO<sup>9</sup> -ahora presidida por el profesor Cabero Roura- emitió una nueva declaración institucional una vez aprobada la Ley, por entender la necesidad de considerar importantes aspectos técnicos que la norma no había establecido y que la Comisión de Bioética consideraba de importancia. En concreto el documento aborda: 1) la definición de qué se entiende por “anomalía fetal incompatible con la vida”; 2) el qué se entiende por “enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico”; y 3) analizar algunos aspectos metodológicos del funcionamiento interno de los Comités clínicos. Por último, la Comisión de Bioética recuerda que en su día ya se pronunció sobre algunos otros aspectos de la Ley, como el hecho de que “cuando la decisión de la finalización de la gestación sea una vez alcanzada la viabilidad fetal, lo aconsejable médica y éticamente sería la finalización del embarazo con los cuidados correspondientes al parto pretérmino”.

---

<sup>9</sup> Declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO sobre la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

No corresponde a estas reflexiones profundizar en los aspectos técnicos de la citada declaración, pero sí de interés considerar brevemente los aspectos deontológicos y/o axiológicos que, en general, subyacen en esta segunda declaración. Más aún cuando, en el seno mismo de la especialidad, aspectos concretos de esta declaración han sido contestados por ginecólogos del país, especialmente por la Comisión deontológica de la influyente plataforma “Ginecólogos DAV”<sup>10</sup> (“Ginecólogos por el derecho a vivir”, en adelante DAV) en septiembre de 2010. Del contraste entre ambas declaraciones, la institucional y la menos comprometida corporativamente, el lector puede inferir la complejidad en el cumplimiento de la ley que deriva de la inconcreción de la norma y las zonas grises que pueden enfrentar a muchos profesionales de la Obstetricia con sus propias conciencias, núcleo esencial del interés y del significado de nuestra propia reflexión.

Por representar a la inmensa mayoría de los ginecólogos españoles, en la presencia de una ley que les involucra tan directamente, tiene interés destacar los puntos en que ambas representaciones de ginecólogos, en cuanto visiones representativas de menor o mayor resistencia ante la Ley -ambas legítimas- coinciden o discrepan, o simplemente no se contempla por los unos o los otros. Y también, cómo no, las carencias que DAV, con una libertad de expresión respetuosa, encuentra en la reciente declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO.

a) Aunque gran parte del contenido de ambas declaraciones se concentra en el denominado “aborto eugenésico” –expresión no contemplada en la Ley– y en este caso en muchos abortos que, tras el diagnóstico pre-natal, podrían estar amparados por la nueva norma, el documento de DAV incorpora conceptos, valores y significados de los actos conducentes al aborto que no fueron considerados por la Comisión institucional. Y anima a la Comisión a proseguir en la línea marcada y a elaborar “un listado de enfermedades sobre las cuales los comités clínicos y los especialistas individuales nunca deberían facilitar el aborto como opción”. Una perspectiva que sugiere que DAV intenta prevenir la manipulación de la nueva norma, al modo como lo ha sido la ley de aborto derogada, en base a una interpretación abusiva del texto legal, donde de nuevo se alude con expresiones equívocas y polisémicas al “grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada”, coladero y fraude en el que se consumó la aplicación de la ley derogada. Y razón por la cual el legislador mantiene que ha sido necesario elaborar esta nueva ley de plazos.

El argumento de DAV es que, de cara a los obstetras, la Comisión de la SEGO trate de frenar mediante la cobertura de diversos listados de enfermedades la medicina defensiva de

---

<sup>10</sup> Comisión Deontológica de Ginecólogos DAV: “Informe sobre la declaración de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) ante la Ley de Aborto”, septiembre 2010.

algunos ginecólogos, y a la vez se reduzca la litigiosidad que puede disparar una interpretación errónea, por la sociedad, de la responsable actitud de los profesionales que no se pliegan a cualesquiera exigencias y se niegan a realizar un aborto por causa genética o malformativa injustificado; habida cuenta de los intereses extra-científicos y espurios que hoy día acompañan, con no poca frecuencia, a las demandas contra médicos.

b) Ambas perspectivas ginecológicas están de acuerdo en lo que no parece destacar la ley: que “es necesario poner en el centro de la atención prenatal el interés del nascituro desde su concepción hasta su parto, en tanto que bien jurídicamente protegido y necesitado de tutela”. Los ginecólogos todos están de acuerdo en que la ley no deja claro a qué se refiere el artículo 15.c, que regula el aborto por encima de las 22 semanas y sin plazo límite, cuando se refiere a una “anomalía fetal incompatible con la vida”, para cuya decisión legal basta solo el dictamen de un ginecólogo. Coinciden en que tampoco queda claro el citado artículo al referirse a una: “enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico” y que requiere la decisión de un comité clínico; comités, por otra parte, cuyo método de trabajo y designación no queda bien definida y se deja al arbitrio de la administración sanitaria de las distintas Comunidades Autónomas. Coinciden también en el acierto de la exigencia de que los comités clínicos puedan solicitar la ayuda y colaboración de otros especialistas, en especial de pediatras, cirujanos pediátricos, neurólogos, neurocirujanos y médicos rehabilitadores. DAV está de acuerdo con la SEGO en la necesidad de valorar las repercusiones del diagnóstico y del propio aborto sobre el feto; y aquí de nuevo en nuestra interpretación el deseo de los ginecólogos de frenar y/o reconducir las indeseables corruptelas que pudieran darse mediante la autopsia de los fetos abortados, como científicamente debe producirse en el caso de los abortos espontáneos, y también mediante las correspondientes pruebas de biología molecular de todo feto abortado en razón a una potencial causa genética. Pero además, DAV afirma que estas repercusiones del aborto sobre el feto se deben ampliar a las madres que sufrieron los abortos.

c) Pero DAV afirma también encontrar “carencias” en la declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO, que transmite a la misma con el mayor deseo de colaboración. Para lo cual aporta una serie de sugerencias que, por representar la realidad viva de los obstetras que se ven involucrados, contra sus conciencias, en la ley del aborto, la Comisión de SEGO no debería dejar de difundir: Todo colectivo de médicos que, apoyándose en la normativa deontológica vigente, reclame a su entidad más representativa un mayor esfuerzo en la prevención de errores o corruptelas en torno a una cuestión tan delicada como el aborto -en tanto eliminación de vidas humanas- ha de tener la cobertura de la SEGO, de su Colegio de Médicos, y en ellos, y de forma especial de sus Comisiones deontológicas.

- 1) ¿Qué demandan los ginecólogos de DAV a la SEGO? Crear una Comisión para precisar las causas médicas que hacen creer al legislador que puede existir “un grave riesgo para la salud y la vida de la embarazada”, causas que justificarían el aborto antes de la 22 semana de gestación. Es evidente para DAV, dada la experiencia en nuestro país, el fraude de ley que puede posibilitar el artículo 15-a de la ley aprobada, y que puede reproducir la falsificación del espíritu de la norma que ocurriera con la ley derogada pues, por su inconcreción, se abre a una interpretación dolosa del texto sin posibilidad de control, toda vez que la validación del presunto diagnóstico se deja a un solo médico distinto del que producirá el aborto.
- 2) Los citados ginecólogos consideran que el artículo 15-b, “que permite la interrupción feticida de la gestación” hasta las 22 semanas –cuando se dictamine “riesgo de graves anomalías para el feto”— debe ser objeto de atención valorativa por la SEGO; pues hablar de “riesgo” es distinto que hablar de diagnóstico cierto. Y afirman que se podría invocar un argumento científico teóricamente responsable de un daño severo sobre el feto -como posibilidad estadísticamente demostrada- sin que, en un caso concreto, se haya confirmado la presencia real de alteraciones en el feto provocadas por esas exposiciones de riesgo.

Por otra parte, consideran que la ley no define las “graves anomalías” de este grupo y que “hasta ahora bajo este supuesto se han venido abortando a la mayoría de los fetos con riesgo de o con diagnóstico cierto de síndrome de Down, debido a la promoción, por parte de la SEGO, de los cribados poblacionales de cromosomopatías, en un marco legal en el que la vida de estas personas no goza de protección penal hasta después de su nacimiento”. “Además de la clamorosa situación de los niños que nacerían con Síndrome de Down, también han sido abortados bajo este supuesto fetos con hallazgos ecográficos de labio leporino, de espina bífida, de focomelias, polisindactilias, cardiopatías tratables, hidrocefalias, ventriculomegalias, pies equino-varos, acondroplasias etc.”. DAV mantiene la necesidad de que, en el marco de los abortos eugenésicos -según impone la ley- la cooperación de al menos tres ginecólogos resulta jurídicamente necesaria: dos que participen con sus diagnósticos y dictámenes en la fase consultiva y otro que participe en la fase ejecutoria quirúrgica. Como es de prever que, en el proceso de estos abortos, se vean implicados otros ginecólogos, DAV recuerda a la Comisión de Bioética de la SEGO el deber ineludible de defender con firmeza el derecho a la objeción de todos ellos.

- 3) Los ginecólogos citados piden a su Sociedad un posicionamiento deontológico respecto del *aborto a petición* antes de la 14 semana y también sobre la “información” mediante *sobre cerrado* y sobre la suficiencia de los *tres días de reflexión (artículo 14 de la ley)*. Como abordamos más adelante, sobre alguna de estas exigencias ya existen posicionamientos de la justicia y del Consejo de Europa.
- 4) DAV se lamenta de la carencia de una “contundente declaración” frente al artículo 19.2, que restringe el derecho fundamental a la objeción de conciencia del equipo quirúrgico encargado de ejecutar el aborto. Una cuestión que estas reflexiones abordarán más adelante y a la luz de las más recientes tomas de conciencia de algunas audiencias y del citado Consejo de Europa. DAV estima necesario que la Comisión de Bioética de la SEGO reconozca y defienda el derecho a la objeción de conciencia y el apoyo a los ginecólogos objetores que, por motivos éticos y científicos o de conciencia, no deseen participar en cualquiera fase del proceso del aborto. Y que, con igual exigencia, se reconozca y reclame la objeción a no participar en los programas de cribado pre-natal, especialmente de los concebidos, para facilitar el aborto de los fetos con diagnósticos desfavorables.
- 5) Una novedosa exigencia de DAV alude a un debate de calado moral, pues sin citarlo nominalmente, viene a pedir un pronunciamiento de la Comisión sobre la realidad del síndrome post-aborto, sobre las potenciales consecuencias psíquicas negativas que para la mujer supone que participe, de forma voluntaria o condicionada, en la muerte de su hijo, sano o enfermo, antes del parto. Una cuestión que es objeto de un creciente interés científico<sup>11</sup> y en el que las neurociencias están aportando descubrimientos singulares.
- 6) Finalizan las sugerencias de DAV con una alusión a las directrices educativas de la ley, en torno a la inclusión en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la Medicina y las ciencias de la salud de la enseñanza del aborto, esto es, “de la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo” y otras cuestiones según la citada norma. Es decir, de la obligación de adiestrar a los nuevos ginecólogos en teorías y técnicas que solo persiguen la evacuación del contenido uterino cuyo objetivo es la muerte del ser humano en gestación. Algo “claramente contrario a la ética y la deontología médica” y que sugiere la necesidad del derecho a la objeción de conciencia de los estudiantes de Medicina y de los médicos residentes de Ginecología y

---

<sup>11</sup> op.cit.

Obstetricia, como algo que “debe ser protegido con especial celo por parte de la SEGO”.

- 7) En el capítulo de “discrepancias” los ginecólogos de DAV no comparten las definiciones en torno a las enfermedades incompatibles con la vida “que tratan de adaptar el lenguaje político al científico y que han sido propuestas por la Comisión de Bioética de la SEGO” y que ésta incluye en el listado de “circunstancias en las que no es necesario la evaluación por un CC”, decisión que rechaza. En el caso de estas enfermedades –mantienen- lo científico sería adscribirlas bajo el epígrafe de “enfermedades de corta esperanza de vida y enfermedades con grados de dependencia”, “precisando que el aborto bajo esta justificación no obedece a causas médicas sino de otro tipo”: ante enfermedades que determinan una muerte precoz el deber del médico debe ser el de paliar y apoyar tan dolorosas situaciones, pero sin acortar intencionadamente la vida de estos fetos –o, como DAV designa– “del paciente embrio-fetal”, incluido el apoyo a prevenir la repercusión negativa de estos abortos sobre la mujer.
- 8) Los ginecólogos DAV hacen luego un abordaje crítico de determinadas concepciones sobre la vida humana que se apuntan en la declaración de la Comisión de Bioética de la SEGO y que no es este lugar y ocasión para su análisis. Pero que, por representar un testimonio de adhesión al Código de Ética y Deontología Médica en vigor, la Comisión deontológica del Colegio de Médicos de Madrid entrará a considerar en este documento, por cuanto tales consideraciones revelan el nudo gordiano del conflicto moral en el que la nueva ley sitúa a los médicos involucrados. Y que es, en el fondo, la preocupación nuclear de nuestras propias reflexiones.

4.4 Merece atención aludir aquí a una encuesta planteada en páginas web de la SEGO, al inicio del proceso de la nueva Ley, publicada en el Boletín Informativo de la SEGO, e integrada después en una Carta al Director firmada por el Profesor José Antonio Usandizaga, titulada “Preocupación por el grave problema del aborto” (2010). El eminente ginecólogo expresaba en ella “la honda preocupación de la familia ginecológica” ante la aprobación del anteproyecto de la citada ley de aborto y lamentaba “la radicalidad de la propuesta que significaba en realidad una ley de aborto libre” y el “terrorífico número de abortos registrado en los últimos años”.

En el seno de la Carta el autor reproducía los resultados de un sondeo no oficial realizado en torno al proyecto de ley y destacaba, pese a lo muy limitado de las contestaciones, que el 61,9 % de los 154 ginecólogos concitados no creía necesaria una ley de plazos y más de la mitad de los que afirmaban tal necesidad la entendían

para que se restringiera la ley entonces vigente, en ningún modo para que la nueva ley ampliara el aborto. Un 27% de los ginecólogos que respondieron era radicalmente opuesto a cualquier ley de aborto. Pese a la escasa validez de los datos recogidos, con una respuesta inferior al 5% de la colegiación nacional, fue evidente el rechazo mayoritario de los ginecólogos a la ley de plazos que se avecinaba.

4.5 Algunas asociaciones de profesionales sanitarios, principalmente de médicos, y otros grupos, tuvieron una presencia destacada ante la Subcomisión del Congreso, a las que fueron convocadas. Incluimos aquí solo una de estas comparecencias dado el fuerte carácter asociativo de profesionales sanitarios que las caracteriza y su compromiso con la ética médica. Y también el testimonio de algunos grupos especialmente significativos.

Fue especialmente científica la intervención de la representante de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI), por sus novedosas revelaciones neurocientíficas vinculadas a la gestación, que pueden explicar los cambios psíquicos de las gestantes en el post-parto natural y tras un aborto. Tras establecer un calendario sobre el desarrollo del embrión, afirmó que, desde la semana 22, el embrión es viable fuera del seno materno, aunque precise de cuidados específicos. Es un paciente al que atender que no necesita a la madre para sobrevivir. Por tanto, “interrumpir un embarazo antes de la 22 semana es un aborto, pero después de la 22 es un infanticidio”. Fue reveladora su referencia a los recientes descubrimientos en torno a la profunda convivencia materno-filial que se establece en la gestante -más allá de lo meramente psíquico o mental- y que, además de los cambios corporales bien conocidos, induce un cambio en su cerebro, el cual ya no será igual al de antes de engendrar. Tras un sintético abordaje, la representante de la AEBI enfatizó que las modernas técnicas de neuro-imagen han permitido descubrir el entramado neurobiológico del denominado “vínculo de apego”, es decir, la demostración cuasi-fotográfica o física de las áreas cerebrales nuevas que se activan en la gestación, y que incorporan desde entonces profundas nuevas emociones y sentimientos que, irreversiblemente, ligarán a la madre con su hijo. De este modo, la tecnología ha fundamentado por qué el cerebro de las madres las convierte en siempre partidarias de sus hijos, siempre atentas y expectantes a las necesidades que demanda el hijo antes y después de incorporarse a la existencia. La profesora López Moratalla explicó a la Subcomisión del Congreso por qué la ruptura violenta del vínculo, que el aborto provoca, “representa siempre un drama para la mujer”, tanto el espontáneo como el provocado, y que explica las fluctuaciones anímicas del post-parto y de la mujer sometida a un aborto de algunas semanas.

La ruptura del vínculo de apego explica el aumento del riesgo de una amplia gama de alteraciones psíquicas de la mujer sometida a un aborto –a las que había aludido someramente el representante de la SEGO– que pueden sobrevenir en la cercanía del mismo o con el paso de los años. Es el denominado “síndrome post-aborto”, del que ya existe una amplia bibliografía. Como dijera el psicólogo Wilke –parafraseó- “es muy fácil sacar al hijo del útero de su madre pero muy difícil sacarlo de su pensamiento”. Según la científica, hoy no admite duda la conclusión de que “el aborto daña peligrosamente la salud psíquica de la mujer”. Daños o riesgos que se suman a los que pueden afectar a su salud física y reproductiva.

El informe de la científica de la AEBI abordó luego la cuestión de los trastornos genéticos del embrión y, tras subrayar el avance terapéutico en algunas enfermedades genéticas, afirmó que el denominado “cribado genético” carece de garantías de protección del embrión enfermo y de otras medidas garantistas del médico. Finalizó su intervención señalando que necesitamos de una mayor sensibilidad para la igualdad: La eliminación de los embriones no conformes a un “baremo de normalidad” les niega el derecho a vivir como son. Y conduce, además, a un desprecio de los nacidos y adultos portadores del mismo defecto.

Fue testimonial igualmente la declaración de “Académicos en defensa de la vida humana desde la concepción natural a la muerte natural” de 27-2-10, firmada por 157 académicos eminentes de distintas Reales Academias del país (Farmacia, Jurisprudencia y Legislación, Medicina, Ciencias Morales y Políticas, Veterinaria, Historia y otras diversas), donde se pide a los poderes públicos una reforma del artículo 15 de la Constitución donde al texto bien conocido “Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral” se añada “desde la fecundación a la muerte natural”.

Y de igual testimonio el “Manifiesto de 170 académicos y profesores de Universidades catalanas” contra el entonces proyecto de Ley de aborto del Ministerio de Igualdad, donde a los argumentos científicos y deontológicos los firmantes añadían una circunstancia agravante para Cataluña, pues en el Anteproyecto de Ley de Derechos y Oportunidades de la Infancia -que preparaba la Generalitat- las chicas desde 16 años podrían abortar sin el conocimiento de los padres. La voluntarista y artesanal recogida de firmas contra la ley de aborto promulgada entre profesores médicos y científicos que reflejan estas declaraciones –y que son continuación de otras previas, firmadas por profesores y científicos de las Universidades de Valladolid y Valencia y otras partes de España en los últimos años– han de tener, entre los profesionales sanitarios, el reconocimiento objetivo del amplio rechazo que, manifestado o no, público u oculto, producen estas leyes de práctico aborto libre en gran parte de los profesionales

docentes que, desde la clínica o el laboratorio, se sienten respetuosos y convencidos de su identidad moral de siglos.

## **5. La respuesta de los médicos en las Comunidades Autónomas**

La respuesta de los profesionales médicos en las distintas Comunidades Autónomas se ha expresado mediante distintas opciones de desacuerdo con la ley que no es ocasión de pormenorizar. En líneas generales, la mayoría o casi todos los Colegios de Médicos se han expresado en términos críticos y hostiles a la ley. Los responsables corporativos de la Medicina, colegiales o autonómicos, se muestran conscientes de que las leyes aprobadas en los parlamentos debe ser cumplidas gusten o no, pero a la vez se manifiestan muy sensibilizados en la defensa de sus colegiados en lo que estos puedan demandar. No se han producido declaraciones especiales, pero sí muy numerosas declaraciones verbales de sus presidentes o de sus órganos de comunicación.

En el caso de los médicos emplazados a realizar o a intervenir en el proceso del aborto, las reservas se han concentrado en el procedimiento de su aplicación, es decir, en el alcance y naturaleza de la información que se ha de dar a la gestante, en la objeción de conciencia de los médicos, en la inseguridad jurídica de los profesionales y en las limitaciones objetivas de los conceptos técnicos o médicos determinados en la ley, como el ya citado riesgo para la vida o la salud de la embarazada o la imperfección técnica que subyace en el diagnóstico pre-natal o en el carácter harto complejo de garantizar el concepto de incompatible con la vida en fetos con malformaciones severas.

Se puede afirmar que, en el marco de la representación corporativa, la Ley ha sido considerada de forma muy negativa y básicamente como una legislación innecesaria. No es exagerado decir que la “Ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo” ha sido mayoritariamente rechazada por los Colegios de Médicos de España, salvo contadas excepciones.

Sin la pretensión de reflejar todas las perspectivas, pero en la necesidad de ofrecer una panorámica de las primeras reacciones, parece evidente que el rechazo de los médicos a la ley se ha vehiculado no solo a través de los Colegios profesionales sino también por las Consejerías de Sanidad de las Comunidades gobernadas por la oposición, bien en sus sedes o en el seno del Consejo Interterritorial.

Directa o indirectamente por los propios Colegios de Médicos de Valencia, Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, Colegio de Médicos de Madrid, Junta de Castilla y León, Colegios de Toledo, Murcia, Navarra, Galicia, Segovia, Castilla-La Mancha, Canarias y otras, con declaraciones o reservas más o menos críticas sobre la aplicación de la ley, siendo frecuente el recurso a la creación de registros anónimos o secretos de médicos objetores en los propios

Colegios que, en su momento, pudieren garantizar ante la administración sanitaria o la justicia la voluntad cierta de estos médicos de no contribuir al proceso del aborto, acogiéndose a la Constitución. Sin pretender incorporar todas las declaraciones de los mismos aludimos aquí separadamente a algunas de ellas.

5.1 Así, el Consejo Andaluz de Colegios de Médicos (CACM), que representa a todos los Colegios de Médicos de la Comunidad de Andalucía, además del citado Registro de Objetores en previsión de cualquier posible vulneración del derecho a la objeción de conciencia -especialmente de los que participan en el proceso del aborto de forma indirecta- ha puesto a la disposición de los más de 30.000 médicos andaluces un equipo jurídico especializado en la objeción de conciencia, que se encargará de preservar los derechos de quienes no quieren tener ninguna clase de vinculación con el proceso del aborto, independientemente de su especialidad, e incluso de quienes rechazan su mera implicación en su trámite administrativo<sup>12</sup>.

En una entrevista al periódico ABC de Sevilla (11-9-10), el Presidente del Colegio de Médicos de la capital hispalense afirmó, respecto del Registro aludido que, puesto que estaba abierto y ya se habían inscrito médicos de familia -primer eslabón en el proceso del aborto- si la Junta de Andalucía persistía en rechazar que los médicos de familia pudieran objetar, sería un juez el que finalmente dirimiría la cuestión, aludiendo así al recurso a los tribunales que planteaba seguir el Colegio sevillano. Preguntado sobre la iniciativa del Ayuntamiento sevillano y de la Junta de Andalucía, de acoger y patrocinar un congreso de profesionales del aborto, el edil contestó que, si en pocas horas, una asociación había recogido por internet más de 10.000 firmas contra ese congreso, en octubre era casi seguro que se habrían pronunciado todas las organizaciones contrarias al aborto de la Comunidad, desde hermandades y cofradías a muchas otras organizaciones de tipo ético, de conciencia y deontológicas; ante cuyo clamor sendas instituciones patrocinadoras deberían meditar.

En esta Comunidad es significativa la “Solicitud de amparo dirigida al Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cádiz” por un grupo de facultativos gaditanos en un serio documento, donde denuncian la entrada en vigor de la Ley del aborto, entendiendo que “supone una violación de la deontología profesional y del derecho fundamental a la objeción de conciencia del médico”. Rechazan la creación de “listas de objetores” por parte de los Colegios, con una sólida argumentación en orden a sus convicciones; siendo especialmente incisivos al sostener el derecho esencial a “rechazar la

---

<sup>12</sup> El CEAM crea el Registro de Objetores de Conciencia en Andalucía. Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla. <http://www.comsevilla.es/>.

participación en la fase consultiva, preparatoria y ejecutiva de semejantes actos contra la vida...”

5.2 Por otra parte, según se desprende de las informaciones, ninguno de los complejos hospitalarios públicos de Castilla y León, que suman 24 centros, aplicará la citada ley de aborto. Fuentes de la Consejería de Sanidad informaron el 6-7-2010 que en todos los hospitales públicos de la Comunidad autónoma alguno de los colectivos que forman parte del equipo que ha de intervenir en la interrupción del embarazo -médicos, enfermeras y anestesistas- había alegado la objeción de conciencia y por tanto no se podrían constituir<sup>13</sup>. Por tanto, como ocurría ya en aplicación de la ley anterior, en esta Comunidad solo se podrá abortar en tres centros privados acreditados, los ubicados en León, Salamanca y Valladolid. La Consejería de Sanidad aseguró, sin embargo, que la ley de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo se cumplirá en esta Comunidad y que se había elaborado una completa información general sobre las cuestiones alusivas al aborto de acuerdo con la ley.

5.3 En Castilla-la Mancha la respuesta de los profesionales médicos ha sido similar. En unas declaraciones a la prensa, el presidente del Colegio de Médicos de Toledo manifestó que la postura mayoritaria de los colegiados era contraria a la Ley del aborto. Además, este Colegio ha rechazado el carácter restrictivo de la objeción de conciencia al aborto según la orden publicada por la consejería de Salud y Bienestar Social, publicada en el diario oficial de Castilla-La Mancha, aunque eran muchas más las reservas frente a la Ley de este Colegio. El enfrentamiento con el gobierno de la Comunidad se ha trasladado a los tribunales. En el auto previo el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha denegó las medidas cautelares contra la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores en la Comunidad, que planteó el Colegio Oficial de Médicos de Toledo mediante recurso contencioso-administrativo frente a la norma promovida por la Consejería de Salud y Bienestar de la Comunidad de Castilla-La Mancha, donde el Colegio se pronunciaba contra el registro legal por entenderlo como una agresión frente al derecho a no declarar la propia ideología, religión o creencias y por otros argumentos. Pero la importancia del auto radica en las dos decisiones cautelares que incorpora en sus conclusiones: 1ª, el TSJ-CM acuerda la suspensión cautelar del párrafo de una orden del 21 de junio por el que la Consejería de Salud y Bienestar Social establecía el procedimiento de la objeción de conciencia a practicar la interrupción voluntaria del embarazo; 2ª, e igualmente acuerda la suspensión cautelar de los efectos de una nota interior de la Gerencia del Servicio de Salud Sescamp, de 2 de julio, en la que se establecía que “no existe la posibilidad de

---

<sup>13</sup> “Ningún hospital público practicará abortos por objeción de conciencia” ([elmundo.es/elmundo/2010/07/06/castillayleon/1278404817.html](http://elmundo.es/elmundo/2010/07/06/castillayleon/1278404817.html))

objeción de conciencia por parte del profesional sanitario” en el cometido de informar sobre el aborto, en evidente alusión a los médicos de Atención Primaria que rechazan intervenir en el proceso del aborto. Pues en la orden se obligaba al profesional a cooperar de modo indirecto con el espíritu, procedimiento y proceso de la Ley del aborto.

En suma, el Tribunal suspende la aplicación de la orden según la cual el derecho a la objeción de conciencia solo pueda ser ejercido por los médicos que intervienen directamente en la realización técnica de los abortos -ginecólogos, anestesistas, matronas y licenciados en Enfermería- como planteaba la citada Consejería de Salud y Bienestar. Desde ahora y en tanto no se produzca la sentencia definitiva todos los médicos de la Sanidad pública pueden objetar. Sobre el particular volveremos más adelante.

Puesto que son mayoría los médicos objetores, todo indica que en esta Comunidad las gestantes serán enviadas a las dos instituciones privadas acreditadas para la realización de los abortos. Así pues, las mujeres castellano-manchegas que deseen acogerse a la ley no serán intervenidas en ningún centro del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), pues en ninguno de ellos se realizarán abortos voluntarios, dado que todos los ginecólogos de la sanidad pública de esta Comunidad se han declarado objetores de conciencia. Los cuales sí deberán inscribirse en un registro creado por la Junta de Castilla-La Mancha. Con gran sentido de la realidad, el Consejero de Salud y Bienestar social aceptó el auto del TSJ y ha informado que comparte el contenido del mismo, sobre el cual ya existían conversaciones con los médicos, y que la Junta no va a recurrir.

5.4 Por su parte, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB) ha rechazado la creación de un Registro de objetores en el seno de la corporación, al contrario que Madrid, Castilla y León y otros colegios, y ha delegado en los centros de Atención primaria (CAP) y en los hospitales públicos la creación de un Registro de objetores de conciencia que, por razones religiosas, ideológicas y morales, se opongan a realizar un aborto. Argumenta el Colegio que, de ser el Colegio, los centros no conocerían los médicos que han decidido objetar, con el consiguiente conflicto en torno a garantizar el derecho reconocido a la mujer de abortar. Según el COMB habrán de ser los servicios de Ginecología y Gerencia los que gestionen el registro. En todo caso, el COMB se ofrece para dirimir en los conflictos que puedan presentarse en las instituciones catalanas.

5.5 El Colegio Oficial de Médicos de Madrid constituyó desde los primeros momentos el Registro de objetores y ha tenido a bien llevar a su Comisión deontológica la consideración de la deontológica de la norma. La Comisión consideró llevar a cabo

estas reflexiones una vez objetivada la reacción de las distintas corporaciones médicas del país y de acuerdo con las indicaciones que se consideran en el prólogo de este documento. La Comisión siempre ha tenido claro cuál es la posición oficial de su Junta Directiva al respecto, aunque en razón a la pluralidad de su colegiación y ser asiento - como capital de España- de las Sociedades y Asociaciones más involucradas, ha optado por proporcionar a sus colegiados y al resto de los colegiados del Estado un documento reflexivo que, en todo momento recuerde, cuál ha sido y es la respuesta corporativa española a la Ley. En ausencia de una operatividad jurídica rectificadora de la Ley, la opción de recuperar las objeciones más significativas de todos los organismos involucrados, contribuyendo así a completar al debate social, puede jugar un papel clarificador ante todo el país de la oposición mayoritaria de la Medicina española a la citada ley –considerada innecesaria– y proporcionar a los órganos jurídicos una perspectiva más profunda desde dentro de la institución a la que se impone esta norma.

En nuestra Comunidad, la Consejería de Sanidad ha emitido dos documentos en torno a la aplicación de la ley. Uno primero, denominado “Protocolo de actuación en la solicitud de interrupción voluntaria de embarazo con cargo a los presupuestos del Servicio Madrileño de Salud”<sup>14</sup>. Y otro de “Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad establecidas por la Comunidad de Madrid”<sup>15</sup>.

El primer documento ordena el circuito establecido en Madrid para cumplir la Ley, en la que el médico de familia deriva directamente a toda mujer que solicita una IVE al trabajador social y éste informa sobre las técnicas y los centros para abortar. A los efectos del modelo legal, la única función para el médico que se describe en el citado desarrollo es, textualmente, “comprobar su situación” antes de derivarla al trabajador social. Como consideramos más adelante (págs. 79-86) la relevante cuestión de “la información” a la gestante constituye un elemento conflictivo desde el punto de vista jurídico, administrativo y deontológico. Ante la vaguedad y polisemia del término “información”, la Comunidad de Madrid utiliza la expresión “comprobar su situación” sin entrar a fondo en su significado, para seguidamente proceder a derivar a la mujer cumpliendo la ley estatal. Comprobar su situación parece decir “hacerse cargo” de la situación de la mujer, no solo de los aspectos administrativos de su derecho legal

---

<sup>14</sup> Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid: “Protocolo de actuación en la solicitud de interrupción voluntaria de embarazo con cargo a los presupuestos del Servicio Madrileño de Salud, en los supuestos contemplados en los artículos 14 y 15 de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y del Interrupción Voluntaria de Embarazo”.

<sup>15</sup> “Políticas activas de apoyo a la mujer embarazada y a la maternidad establecidas por la Comunidad de Madrid. Información sobre la IVE”.

según la norma, sino también si clínicamente es apta para tal ejecutoria. El legislador no ignora la polisemia del término en la ley estatal, y tampoco la implicación de los médicos de Atención primaria –que no desea- a que se aventura si redefine y reinterpreta el concepto de “información” aisladamente y en un sentido opuesto a la ley estatal; pero sorteja la dificultad ante la necesidad imperiosa de ordenar el circuito de la gestante que solicita una IVE. Opuesta a la ley de aborto promulgada, la Consejería de Sanidad, en una inteligente ponderación de los intereses de la gestante y de los médicos, resuelve alambicadamente lo que, en un documento administrativo interno, no puede especificar mejor en estos momentos.

Al respecto, esta Comisión se planteará a lo largo de este documento la naturaleza de esta relación médico-gestante, a la que la ley parece atribuir una función meramente informativa, para que, en caso de que sea un médico el designado por la Sanidad de la Comunidad correspondiente como “informador”, los propios médicos elaboren sus conclusiones una vez conocida la complejidad interna del término cuando, en la práctica, se traslade al ámbito de una consulta y de una relación interpersonal. Pero esto será más adelante.

En el segundo documento, la Comunidad de Madrid establece los derechos, ayudas, beneficios y prestaciones públicas para el embarazo, parto, postparto, nacimiento, cuidado y atención de los hijos e hijas, a que puede acceder una gestante ante la expectativa de una IVE si decide continuar su embarazo. En un bien extractado texto documenta los diferentes apoyos a la maternidad al que tiene acceso en la Comunidad de Madrid como alternativa al aborto. El documento indica lo legislado por la Comunidad a efectos asistenciales y fiscales y de apoyo a la maternidad, desde un programa de ayudas que aborda las más importantes necesidades de la mujer gestante ante el difícil trance. En un anexo añade todas las entidades especializadas en la atención profesional y urgente a la mujer embarazada y madre en la Comunidad de Madrid. El lector interesado queda gratamente impresionado ante el despliegue de las 34 entidades privadas y públicas radicadas en la Comunidad, orientadas al asesoramiento y ayudas de todo tipo a las gestantes abocadas a tan grave decisión, y revela la sensibilidad e inquietud de grandes sectores de la población ante el drama del aborto.

- 5.6 Una actitud más beligerante ha sido la presentada por las Consejerías de Sanidad de los gobiernos de la Comunidad de Murcia y de Navarra, detrás de las cuales opera el colectivo mayoritario de médicos opuestos a la ley. La Comunidad de Murcia por boca de su presidente mantuvo públicamente que, por el momento, no hay razones para acatar la Ley del aborto, porque todavía no se ha resuelto todo y no hay sentencia del Constitucional ante los dos recursos presentados.

La Comunidad Foral de Navarra acordó, antes ya de aplicarse la Ley, un recurso de inconstitucionalidad frente a la Ley orgánica 2/2010. Sabido es que en Navarra no se realizan abortos y que la objeción de conciencia se ejercita en toda la red sanitaria, tanto pública como privada. Las peticiones que llegan son derivadas a las clínicas abortistas de otras Comunidades particularmente y por proximidad al País Vasco, siendo así que, tras la aprobación de la ley, las derivaciones de gestantes se han multiplicado por cinco, según informaciones de la Consejera de Salud en su comparecencia ante el parlamento foral. La Comunidad rechaza que no se esté cumpliendo la norma, aunque subraya la inseguridad jurídica que pesa sobre los profesionales. Además, Navarra no concierne con las clínicas abortistas, sino que la mujer navarra que se propone abortar elige un centro acreditado para la IVE ubicado en otra Comunidad, desde donde se remiten las facturas al organismo correspondiente. En realidad con menos ruido y apariencia, además de Navarra otras Comunidades como La Rioja, las provincias de León, Salamanca y Segovia y Soria, también actúan de igual forma.

5.7 Otras diversas Comunidades han confrontado las convicciones de sus médicos y de sus responsables sanitarios sobre la ley. No pretenden estas reflexiones abundar en los planteamientos individuales de las mismas. El rechazo o las reservas ante la Ley está presente en una inmensa mayoría de los colegiados y especialmente en los profesionales más vinculados, aunque las expresiones de rechazo han sido más visibles en algunas Comunidades y así ha ocurrido en la Comunidad valenciana y en Galicia, donde al igual que en Madrid, los responsables políticos no han ocultado sus profundas discrepancias con la ley, interpretando el sentimiento mayoritario de sus médicos y más acertado abordar el grave problema del aborto a través de un eficaz apoyo a las madres embarazadas, en vez de incentivar –como hace la Ley- la terminación del embarazo. Semejantes planeamientos han sido visibles en la Rioja o Cantabria y otras comunidades. Solo los responsables de las Comunidades regidas por mayorías próximas al legislador han acogido sin reservas la Ley.

5.8 Con todo y ante la aplicación de la ley, el comportamiento de los médicos involucrados, de los Colegios y de las Consejerías, ofrece una manifiesta diversidad de respuestas y contenidos. Así, en una rueda de prensa, el presidente de la Asociación de Clínicas Acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo (ACAI), el Dr. Santiago Barambio (en su día miembro de la Subcomisión del Congreso de los diputados que atendió las declaraciones de los representantes de las instituciones convocadas) tras un estudio realizado por las clínicas abortistas hecho público el 4-10-10 (El Mundo.es) afirmó que Madrid y Cataluña eran las Comunidades autónomas que más obstaculizaban la implantación de la ley de aborto y que el amplio poder que se dio a las Comunidades autónomas, a la hora de desarrollar esta ley, había hecho que

cada Comunidad tuviera una norma propia. Afirmó también que en el primer trimestre de 2010, ya antes de que se aprobara la ley, los abortos habían experimentado una reducción respecto al mismo periodo del año anterior.

## 6. El status quaestionis (2011)

La noticia del proyecto de reforma de la ley hasta entonces vigente, vehiculada por el Ministerio de Igualdad en 2008 y recientemente promulgada, ha generado un indudable desconcierto y rechazo en la clase médica y especialmente en las especialidades más involucradas. No era previsible que las corruptelas a floradas en la aplicación de la legislación previa (casos Morín, etc.) fueran abordadas por el legislador con la finalidad e ideología radical con que se ha pronunciado. También la sociedad ha experimentado una nueva sacudida y son muchas las manifestaciones de rechazo a la Ley que se han producido: especialmente a la sustitución de un “sistema de indicaciones” refrendada por el Tribunal constitucional por un “sistema de plazos”. Primero, porque tal objetivo no estaba presente en la declaración programática del partido gobernante y segundo por el vuelco jurídico y la re-interpretación de la doctrina constitucional y de la *mens legislatoris* que tal norma parece representar.

Para los médicos, la interpretación abusiva y falaz de la indicación sobre el “riesgo para la vida y salud de la embarazada” –que había venido sirviendo de escaparate para legitimar abortos y otras irregularidades– constituía el punto central a corregir en cualquier proyecto de reforma de la ley del aborto ahora derogada. De ser mínimamente racionalizada, mediada por protocolos adecuados y sometida a un verdadero control judicial, la ley entonces vigente habría influido positivamente para una mayor responsabilidad de las conductas sexuales y nuestro país habría experimentado una sustancial reducción del número de abortos.

El mundo médico no entiende de reinterpretaciones, redefiniciones semánticas o términos polisémicos –tal vez legítimas en otros ámbitos– a que puede alcanzar la transformación de una ley y menos a lo que puede conducir la voluntad política de revertir una norma constitucionalmente protegida. Ha entendido, tal vez de forma ingenua, que la polémica del aborto libre (que es lo que básicamente viene a promover la nueva ley) estaba zanjada: Tras la jurisprudencia del Tribunal Constitucional España quedaba amparada contra el aborto libre, el aborto siempre sería delito y el alto Tribunal solo habría permitido a los legisladores tres campos de indicaciones que despenalizaban la interrupción voluntaria del embarazo, y sobre los que legislar si fuere de nuevo necesario.

Superada la sorpresa y con harta preocupación el amplio colectivo médico involucrado asiste a los primeros pasos de la Ley en medio de una protocolización del proceso, no precisamente

uniforme, por las diferentes Comunidades autónomas, que en unos casos aminora la implicación de los médicos y en otros la impone en grados diversos. Además, a una ya polémica aplicación del principio de libertad de conciencia y de la posibilidad de objetar según la jurisprudencia constitucional -cuya aplicación selectiva según el grado de implicación del médico se discute- se suma la incorporación de la Sanidad Pública y la aplicación administrativa y gerencial de la nueva Ley del aborto, en un marco de diversificado e inseguro mecanismo de contratación de los médicos, abierto a un potencial daño para el profesional que objete ante los órganos de gobierno de una Sanidad transferida.

Con todo, desde una perspectiva deontológica no deja de sorprender el escaso debate público en torno al amplio colectivo de la Atención Primaria que se ha apreciado, cuyos médicos pueden verse involucrados en una cooperación indirecta en el proceso del aborto. Pues el rechazo moral a participar en el proceso administrativo y clínico del aborto, aunque no a su ejecución, suscita una lógica repulsa en muchos profesionales, al considerarse piezas articuladas, pero necesarias, para consolidar la *ingeniería* social del cambio y facilitar la “normalización” del aborto en el mundo sanitario y en la sociedad. Sobre la cuestión y sus claves éticas y jurídicas estas reflexiones se ocupan más adelante.

Como ya hemos podido colegir de lo expuesto, a los problemas deontológicos graves sobre la enseñanza del aborto a los estudiantes de Medicina y a los médicos integrados en el sistema MIR, particularmente a los futuros ginecólogos, se viene a sumar ahora la inseguridad jurídica de los médicos en casos de abortos teóricamente legales pero recurribles ante los tribunales, por la propia capacidad de error que subyace en muchos diagnósticos prenatales. Y, en fin, aspirando unos y rechazando otros, la necesidad o no necesidad de una potencial ley de objeción de conciencia que clarificase mejor las responsabilidades de los profesionales, cuestión discutible y tal vez negativa dada la firme interpretación constitucional, sobre la que polemizan algunos concedores de la doctrina.

Esta es, a finales de 2010, una expectativa real en torno a la situación de los profesionales sanitarios involucrados en el revuelo disparado por la nueva ley: preocupación, confusión e inseguridad laboral y jurídica en los médicos involucrados, como elementos catalizadores del desconcierto aludido y una norma que cada Comunidad Autónoma parece abordar de modo diferente. En las secciones siguiente nuestra reflexión abundará en la cuestión de la objeción de conciencia y sobre todo en su fundamento, la repulsa a cooperar en una cuestión que conmociona la conciencia de los profesionales (sección 7); después sobre el tratamiento del proyecto de ley por las instituciones del Estado, donde se afloran algunas interesantes rectificaciones a la norma, después promulgada, con indiscutible validez actual (sección 8); y finalmente una aproximación a la cuestión jurídica de la ley y a su presumible inconstitucionalidad desde una gran identificación con el dictamen del Consejo Fiscal.

## 7. Las convicciones morales de los médicos: La objeción de conciencia

Las convicciones morales de los médicos tienen un arraigo histórico extraordinario, particularmente el rechazo a las intervenciones voluntarias y directas de los médicos para producir la muerte de los fetos en el seno materno y/o de los pacientes por cualquier causa, del aborto y la eutanasia. Arraigo que se remonta al Código hipocrático y a los códigos médicos más antiguos. Tradicionalmente, la ética médica consistió, en gran parte en la afirmación de aforismos morales más que en su argumentación...La propia historia de la Medicina era parte de la historia de las éticas de la virtud –la que se esperaba que fuera practicada por el buen médico tal como se define en el código moral hipocrático y sus posteriores enmiendas y enriquecimientos, especialmente por el estoicismo, el cristianismo, la teología y la filosofía<sup>16</sup>. Esta tomó forma más adelante en el movimiento ético anglo-americano del *ethos* del médico “gentleman” representado por Thomas Percival y por los Gregory, padre e hijo, en Inglaterra y por Benjamin Rush y Samuel Bard en América<sup>17</sup> Sin duda, este arraigo tuvo, durante muchos siglos de influencia cristiana, el apoyo de la religión, de la sociedad y de las leyes civiles. El reconocimiento social de estas convicciones fue, paralelamente, un poderoso aliado del prestigio humano de los médicos. Aunque esto no permite afirmar, para su descalificación, que no hubiere profesionales que, de forma ocasional, llevaran a cabo intervenciones occisivas de esta naturaleza; y tampoco que el fuerte riesgo muerte para las madres, que conllevaban las prácticas abortivas, no contribuyera a su ocultamiento y autolimitación.

Pero es desde la consolidación de la Medicina como profesión con reconocimiento científico a partir del siglo XIX y la difusión de los Códigos deontológicos, cuando el rechazo de las prácticas contra la vida adquirió una dimensión corporativa más generalizada en el mundo occidental. Llevando siempre la delantera, fueron los médicos norteamericanos de los primeros en defender la vida humana *per se* como algo absoluto y la vieja condena hipocrática del aborto, considerada como norma moral durante siglos, se convirtió en parte destacada de la deontología de los Estados Unidos: de hecho se convirtió en una pieza integrante de la ética política de la Medicina norteamericana<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> P. Laín Entralgo, *El médico y el enfermo*, Triacastela, Guipúzcoa, 2003

<sup>17</sup> Una excelente aportación puede encontrarse en E. Pellegrino: “Percival’s Medical Ethics: The moral Philosophy of an 18th-Century English Gentleman”, *Archives of Internal Medicine* 146 (november 1986) 2265-2269. También en Albert R. Jonsen: *Breve historia de la ética médica*, Universidad Pontificia Comillas 2011.

<sup>18</sup> Albert R. Jonsen: *Breve historia de la ética médica*, Universidad Pontificia Comillas 2011.

Tras la prohibición del aborto en el Reino Unido (1861), en Canadá (1869) y por la ley Comstock en Estados Unidos (1873) un proceso legal de criminalización de las prácticas abortivas se extendió por diversas naciones del continente europeo, aunque la práctica ilegal del aborto nunca llegó a desaparecer y el coste en muertes de las mujeres sometidas a un aborto un drama nada excepcional. Después, tras la introducción del aborto por Lenin en la Unión Soviética (1920), ya por los años treinta, en algunos países occidentales la prescripción del mismo fue aliviada en casos de violación y de grave peligro para la vida de la madre (entonces aborto “terapéutico”). El aborto eugenésico o por riesgo de transmitir enfermedades hereditarias fue promovido en la Alemania nazi en 1935 y es a partir de entonces cuando, con argumentos del tipo de las indicaciones, las leyes lo acaban por legitimar en el Reino Unido, Suecia y otras naciones. Ya en 1961, California rompe con el modelo estatal de ley -que permitía alguna forma excepcional de aborto- disparando un cambio de mentalidad en la sociedad norteamericana que se fragmenta de forma radical, y hasta hoy, entre favorables y opuestos al aborto. *The abortion Act* en el Reino Unido de 1968 y la sentencia del Tribunal Supremo norteamericano en el mismo año, iniciarían sobre los años setenta la difusión de leyes de aborto permisivas en numerosas partes del mundo, siempre impuestas por vía política y limitadas, por lo general, a determinados supuestos del mismo.

De entonces acá el número total de abortos legales o reconocidos oficialmente ha superado todo lo imaginable y en la sociedad la IVE -como eufemísticamente se le denomina- va progresivamente adquiriendo una dimensión de legalidad de difícil retroceso. De modo paralelo a los cambios culturales, los médicos y en especial los ginecólogos del mundo occidental, se han visto involucrados -lo quisieren o no- en la cuestión del aborto. Aunque muchos códigos deontológicos no conceden al aborto la legitimidad moral que esperarían sus partidarios, en buena parte del mundo occidental la profesión se ha visto impelida, aunque en grados distintos, a una cooperación más o menos obligada a la ejecución de estas leyes. La participación o cooperación al aborto pasa así de ilegal a legal y a ser objeto de la sensibilidad moral individual y de la conciencia de los médicos.

En nuestro momento histórico, las transformaciones sociales acaecidas, los cambios en la relación hombre-mujer y el mimetismo de los comportamientos, la difusión de la llamada ideología de género y la eficaz cobertura que la Medicina puede proporcionar, han convertido al aborto en un producto de cambio en la sociedad, justificado para unos y denostado para otros, pero con una indudable presencia social. Singularmente y a modo reacción desde la propia sociedad una poderosa contestación a favor de la vida, cada vez más estructurada, es patente en muchos países del mundo occidental, especialmente en Estados Unidos y algunas naciones del sur de Europa -como es el caso de España- con una creciente influencia en las decisiones políticas y en las consultas electorales.

## Divorcio entre deontología y legalidad

Centrando la reflexión en nuestro país y en el mundo médico, es evidente el divorcio entre deontología médica y legalidad que se ha producido en las últimas décadas, con la consiguiente repercusión negativa sobre la primera. En lo que respecta al aborto la ruptura de la armonía entre deontología y legalidad se produjo en España hace ya un cuarto de siglo, al promulgarse la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, que reformó el artículo 417 bis del Código Penal, introduciendo la conocida ley de las indicaciones, vigente hasta su derogación en el pasado 2010 y la promulgación de una nueva ley de aborto a la que responden estas reflexiones. Mirando atrás, tras el laborioso proceso legislativo y las sentencias del Constitucional respecto a la ley de 1985, cabe pensar que las instituciones corporativas aceptaron finalmente el mal menor de no incoar un proceso de resistencia que les hubiera sido adverso, y asumieron las conocidas “indicaciones” que despenalizaban el aborto quizá porque extendían un mecanismo de situaciones extremas, *tolerables* desde una perspectiva de *moralidad* civil que, aunque anti-deontológicas, perfilaban una ley en su conjunto restrictiva que, de ser controlada por la justicia, podría reducir las tasas de aborto que, en cifras escandalosas y falseadas, se difundían por entonces. Como ha ocurrido ahora con la nueva ley, el legislador ignoró la poderosa reacción popular que, por entonces, se extendió por el país, mayoritaria, y que se ha mantenido latente hasta nuestros días. La casi sistemática desviación de los abortos al ámbito privado de las clínicas de aborto, la exclusión de muchas instituciones sanitarias públicas en la práctica del aborto y el tenor de los cambios culturales, acabó por aplacar las protestas sociales a la ley de despenalización ahora derogada.

Como ya hemos aludido, la promulgación de la nueva Ley ha constituido un brusco revulsivo en la sociedad y la repulsa de la profesión sanitaria, que ha vuelto a disparar protestas y manifestaciones en todo el país. También, como hemos considerado ya, ha removido las reservas morales de los médicos, un colectivo respetuoso con las leyes y nada proclive al enfrentamiento social. Pero la implicación que la nueva ley induce en amplios sectores de la profesión ha alentado nuevos mecanismos de resistencia que, velados o no, comienzan a hacer su aparición. No habría sido así de mediar un diálogo franco y constructivo, público, entre la Administración y las instituciones médicas.

En este sentido es en el que estas reflexiones pretenden expresarse, mediante la reflexión y el diálogo, sin repulsas doctrinales en lo discutible, sin fundamentalismos, pero abiertas a juicios de valor sobre la implicación ética de la clase sanitaria y especialmente de los médicos más involucrados por nueva Ley. Esta publicación, si bien carece de animosidad axiológica, pretende en primer término aflorar desde dentro de la profesión –y sobre todo desde las Comisiones deontológicas– reflexiones orientadas hacia los propios médicos en torno al daño a la identidad de la Medicina y a la profesión que induce la ley y el atentado a la libertad de conciencia que provoca en los profesionales más involucrados: obstetras,

especialistas en Medicina de familia, anestesistas, especialistas en diagnóstico prenatal, directores de instituciones y otros. Pero apunta también al objetivo de concienciar a la sociedad sobre la necesidad de una reflexión mayor sobre este delicado asunto del aborto y sobre el daño sobre todo psíquico que hace recaer sobre la mujer, para muchos la verdadera víctima de una presión irresponsable que minimiza el daño moral que hace bascular sobre ella. Daño físico y moral sobre ella, mentalidad de *derecho* al aborto y autonomía de decisión desde edades precoces, son pesos muy duros que gravitan sobre la mujer en las diferentes sociedades liberales. Esta Comisión rechaza que, para tan importantes decisiones, la mujer deba verse sola ante la presión social que frecuentemente la empuja, por muy autónoma que parezca su decisión. La sociedad y la Medicina tienen la exigencia moral de promover su apoyo y el respeto a su dignidad agredida, buscando medidas preventivas reales y ofertando alternativas a la decisión de abortar. El aborto no es un bien ni un progreso social sino un mal desde la perspectiva de la salud pública, que debe ser reducido en cualquier sociedad que se precie de proteger a sus ciudadanos. La necesidad de explorar nuevas dimensiones para tal apoyo a la mujer en tales circunstancias es manifiestamente evidente.

Nuestra reflexión se impone, por otra parte, el deber de transmitir a la sociedad la ruptura interior que el cumplimiento de la Ley produce en la mayoría de los profesionales a quienes se les impone, conminatoriamente, la práctica del aborto; y ello con independencia de que unos -los menos- estén dispuestos a su realización, otros duden y otros la rechacen, y al margen de sus legítimas opciones culturales o políticas siempre respetables. Ruptura, también, en el valor constitutivo histórico que ha fundamentado la razón de ser de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, siempre al servicio de la vida humana prenatal, de los cuidados a las madres gestantes y en tan crucial momento de la vida en el nacimiento de los seres humanos; todo a la luz de la gratificación y recreación moral que supone, para cada obstetra, haber traído a la existencia a tantos hombres y mujeres durante su vida profesional. Valores y experiencias que dan unidad y sentido a la profesión de ginecólogo y la configuran. La ley les dice ahora, por contraste, que es la mujer -esa madre a la que él siempre ha cuidado en su proceso gestacional- la que quiere que elimine al hijo por venir y que es lo que está obligado a hacer; y con kafkiana afirmación le conmina a asumir que el aborto es, además, un *derecho*<sup>19</sup> de la mujer.

---

<sup>19</sup> Aunque en la sección 9 de estas reflexiones volvemos sobre la cuestión del *derecho* al aborto, recordamos aquí que, en el Memorandum (17-10-2010) realizado a petición y disposición de los Miembros de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa por el *European Centre for Law and Justice (ECLJ)*, en respuesta a una propuesta de resolución contra la objeción de conciencia de los médicos presentada por la diputada laborista McCafferty, el prestigioso gabinete argumentó contra el uso del término “derecho” aplicado al acceso a servicios sanitarios legales, tales como el aborto o la eutanasia. Según el ECLJ “el derecho fundamental a la objeción de conciencia y religión de un individuo amparado por el Convenio Europeo de Derechos Humanos,

El debate entre derecho y moral y entre ley y deberes deontológicos está lejos de ser superado. Muy al contrario, dentro de la aceptación del ideal democrático de convivencia, constituye un permanente y destructivo motor de confusión y fricción. Es cierto que, dado el individualismo y la fragmentación de las sociedades modernas, las reacciones unitarias y solidarias con los diferentes colectivos en riesgo permanecen muchas veces silenciadas - como *enlatadas*- en tanto no repercuten en los grupos en peligro de verse afectados; más no tanto por indiferencia cuanto por la carencia de eco que habitualmente las protestas morales encuentran en el legislador, un Leviatán moderno poco sensible a las cuestiones éticas e inamovible cuando impone su ideología. Ello conduce a que las leyes anti-deontológicas, que enfrentan al médico con el poder político, crispén al colectivo y su repulsa finalice por canalizarse a través de mecanismos políticos, con una rechazable politización de las cuestiones; como recientemente ha podido comprobarse en el Consejo de Europa con la votación sobre la objeción de conciencia de los médicos ante leyes anti-deontológicas, a la que más adelante hacemos mención.

No debiera ser así. Las leyes anti-deontológicas lo son al margen del partido que las ataque o las defienda; y los médicos deberían jugar un papel de consulta estelar en las leyes y normas que les afectan, a través de un diálogo franco y abierto, cualquiera fuere el legislador de turno. Por el contrario, en todo el mundo, las leyes civiles que enfrentan las convicciones deontológicas de los médicos con la sociedad se han venido imponiendo vía parlamentaria -a veces por mínimas mayorías- con el subsiguiente desdoro de las representaciones corporativas y de las exigencias de la ética médica. Privada de potestad e influencia legislativa y recortada su autoridad corporativa, la profesión médica, pese a su aprecio por la sociedad, es víctima en nuestros días de un reconocido dirigismo social y político -de una "construcción social" muchas veces antagónica a la esencia de la Medicina<sup>20</sup>- que dispara el problema de una "doble lealtad" entre la conciencia y la ley en muchos profesionales.

El Código de Ética y deontología médica de 1999 ya se vio obligado a modificar el artículo 25.1 del Código de 1990 donde se afirmaba que: "*no es deontológico admitir la existencia de*

---

no puede estar subordinado a ningún derecho o libertad *inexistente*, como es el caso del acceso a tratamientos, tales como el aborto o la eutanasia".

<sup>20</sup> La cuestión de la "construcción social" de la Medicina en las décadas precedentes, sobreañadiendo a los fines esenciales de ésta funciones nuevas -a veces antagónicas de la ética médica tradicional- es aludida directa o indirectamente por Edmund D. Pellegrino a lo largo de su obra, véase por ejemplo, "*La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años*" (en *Bioética para Clínicos*, Azucena Couceiro (ed) Triacastela, 1999, pp 73-78) y "*Deber social y complicidad moral. Conflicto de lealtades para los médicos*" (en *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, nº 4, 1997, pp 69-101) y sobre todo, en "*Medicine today. Its identity, its role and the role of physicians*" (en *Itinerarium* 10 (2002) 22, pp 57-59). Sobre estos trabajos volvemos más adelante.

*un periodo en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo. No obstante no se sancionará al médico que, dentro de la legalidad, actúe de forma contraria a este principio.”* En la revisión aplicada, la misma convicción se recondujo a una redacción menos patentizada y así en su artículo 23 se dice: *“El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.* Pero se mantuvo en esencia el artº 25.2 del Código del 90 - ahora convertido en 24.1- que reconocía el carácter de enfermo al ser humano embrio-fetal y, desde esta convicción, su acceso al tratamiento como cualquier paciente adulto. Y se introdujo además un importante articulado sobre tal respeto, confirmando la prohibición de las intervenciones sobre el genoma humano -de todas- salvo de aquellas que tuvieran un carácter terapéutico y que, a través de las técnicas de reproducción asistida, se orientaran exclusivamente a evitar la llegada al mundo de un niño con una grave enfermedad hereditaria. En el sentir deontológico del momento era evidente la idea de Herranz en su libro de Comentarios al Código<sup>21</sup>, de que “ningún ser humano sano de mente considera inocente y conforme a la ética que otro pueda matarle deliberadamente y por cualquier motivo, cualquiera que sea el momento de su existencia que aquel escogiera para hacerlo”. Una convicción que hoy es ignorada por un significativo sector de la sociedad.

En suma, puede advertirse la soterrada tensión entre la ley civil y la deontología que viene experimentando el Código de los médicos a este respecto. Ante la legislación de la Ley de aborto de 1985, el Código de 1990 seguía manteniendo “que el deber ético de respetar la vida prenatal está por encima de la permisividad introducida” por la norma despenalizadora “pues no depende de la calificación jurídico-penal de las acciones”<sup>22</sup>. Y sigue vigente y vivo el fundamento que el artículo establecía, aquello de que “los abortos legales no serían perseguidos deontológicamente, no porque se mantuviera que todo aborto es deontológicamente condenable, sino porque la pena deontológica por practicar un aborto despenalizado sería anulada ante la jurisdicción contencioso-administrativa, que todo médico puede interponer contra las resoluciones de los Colegios”<sup>23</sup>

### **En la antesala de la objeción: Las tres esferas normativas**

Veinte años después de esta firme doctrina deontológica, las instituciones corporativas mantienen sus principios éticos esenciales frente al aborto, pero en una situación social y cultural diferente que ha experimentado las consecuencias de la ley de despenalización de

---

<sup>21</sup> Gonzalo Herranz, “Comentarios al Código de Ética y deontología medica”, Eunsa, 1992, pág. 117.

<sup>22</sup> Gonzalo Herranz, op.cit. pág. 119

<sup>23</sup> Gonzalo Herranz , op.cit. pág. 119

1985, en su control legal y en los comportamientos de la población, con la consiguiente espiral de embarazos no deseados y abortos<sup>24</sup>. Y es evidente el desencanto de muchos médicos ante la difusión del aborto que, desde tantos ámbitos, se viene estimulando; y con tan insuficiente énfasis sobre el dilema moral que representa para cada mujer que aborta, para los médicos involucrados y para la sociedad. Tal desencanto ha llevado a potenciar el debate sobre el último recurso que cabe ya a los profesionales sanitarios, sobre la conveniencia de una ley de objeción de conciencia que protegiera a los médicos que se niegan, por razones de conciencia, a cooperar en el proceso del aborto o a practicar abortos. Una perspectiva inicial de lo que viene ocurriendo a este tenor, a nivel de las distintas Comunidades Autónomas, ha sido esbozada en una sección anterior.

La objeción de conciencia de los médicos involucrados por la ley ha centrado dos ámbitos del debate público, el debate jurídico y el debate político, nacional y europeo, sobre estas legislaciones. En pleno apogeo la discusión sobre los límites de la libertad de conciencia de los profesionales en su colisión con las normas legales en el marco del aborto, nuestra reflexión abordará ahora, resumidamente, la perspectiva deontológica de la cuestión, dejando para un momento posterior el análisis de los argumentos jurídicos que se están manejando.

Desde la perspectiva de la defensa de los profesionales que se experimentan objetores a la ley, mediado o no el cauce administrativo, las cuestiones abiertas son varias: 1) si es o no conveniente demandar una ley de objeción de conciencia; 2) si procede o no estimular la creación de un “registro de objetores” en los Colegios de Médicos o en las administraciones públicas; 3) si, apartándose de la doctrina, las instituciones corporativas podrían impulsar reformas jurídicas contrarias a la naturaleza individual de la objeción, al modo de un derecho consuetudinario de los médicos; y finalmente 4) si por vía indirecta cabe estimular nuevas medidas de apoyo a las gestantes que se ven, por diversas causas, abocadas a la decisión de abortar: sobre cuál es el papel de los médicos corporativamente, al riesgo, tal vez, de dividir a su propio colectivo de profesionales.

La conveniencia de una ley de objeción de conciencia es objeto de debate. En primer lugar conviene recordar que la objeción de conciencia no es estrictamente un deber u obligación de origen deontológico, aunque se aluda a ella en el Código, sino una figura procedente del Derecho, un recurso legitimado en las constituciones de la mayoría de las naciones occidentales, que permite al objetor eximirse de cumplimentar una ley que directa o indirectamente le atañe y al que muy pronto la Medicina hizo suyo o propio. Un amplio abanico de revisiones y aportaciones a la cuestión, desde la perspectiva jurídica está a la

---

<sup>24</sup> La información del Ministerio de Sanidad sitúa en 111.482 el número de abortos voluntarios durante 2009, con una reducción del 4% respecto a 2008; de los cuales el 57,21% se practicaron en mujeres españolas. Cataluña (16%), Murcia (14,99%) y Madrid (14,49%) son las autonomías con mayor tasa de abortos.

disposición de los lectores. En segundo lugar procede enfatizar que la figura de la objeción, si bien constituye un recurso legal frente a una ley, es esencialmente una respuesta moral individual o corporativa de rechazo -para el Derecho solo individual y personal- y por tanto que su aplicación legal ha de concebirse cuando integra el conocimiento pleno de lo que se objeta y la razón que la impulsa, es decir, la convicción moral que verdaderamente la determina.

Por tanto, procede considerar previamente las tres esferas normativas que gravitan sobre el profesional sanitario, las tres fuentes de normas que conforman la respuesta ética individual que, queramos o no, han de ser contempladas por el médico ante la perspectiva de objetar. El deber de objetar pasa por un procedimiento de reconocimiento previo del objeto legal que se rechaza. Es decir, el médico debe profundizar en las acciones que se le piden, sobre su objetivo científico y lo que vendrá a ser la realidad en el medio en el que ejerce; y reflexionar sobre las expectativas y consecuencias a que su implicación le puede llevar, mirando no solo a su prestigio e imagen cuanto y principalmente al daño en conciencia que le puede sobrevenir, al constituirse la aplicación de la ley en un hábito regular de su quehacer profesional. Debe analizar la retórica que suele acompañar a las leyes contra la vida: estar alertado y desconfiar de los fundamentos *humanizadores* que suelen acompañar a estas normas: las alusiones a la autonomía del enfermo con prevalencia sobre la del médico, a la que no se suele hacer mención; sobre la exigencia legal de cumplimentar los cuidados de salud de la población por encima de sus intereses o valores; la frecuente apelación a la carga insuperable que una vida humana con extrema limitación representaría para una madre, de la que el médico ni es culpable ni es responsable. Esto es, a la descarnada colisión moral que pueda darse entre su conciencia y la ley. Así, en nuestro país, la idea del legislador de que el aborto es un *derecho* de la mujer, dejando en manos del objetor la responsabilidad de oponerse a una ley y su argumentación consiguiente, la carga de la prueba y las dificultades y riesgos profesionales a los que se hace acreedor.

La capacidad de argumentar por parte de los partidarios del aborto y de gentes que no proceden del mundo sanitario es diversa, siendo frecuente que el significado objetivo de la actividad que se exige al médico, clínico y deontológico, se desdibuje entre los argumentos políticos, jurídicos y culturales. No cuenta demasiado la percepción del obstetra de que su acción, si así la estima en conciencia, es repudiable y carece de justificación para él; una percepción que, en la práctica real, discurre entre la indiferencia más o menos aparente a la certeza de que, en el aborto, se elimina una vida humana en crecimiento y hasta aquella otra, más rotunda, de que se lleva a cabo un homicidio. Para los partidarios del aborto y entre estos de los que rechazan la objeción de los médicos -o la subordinan a la demanda social del sistema público- la objeción de conciencia introduciría en el Sistema Nacional de Salud ineficiencia e inequidad. Los argumentos son variados y en ocasiones de una impostura manifiesta. En todos ellos, la autonomía de decisión del médico queda siempre subordinada

al ordenamiento legal externo. El médico es como un soldado al que se exige participar en una ejecución bajo pena de juicio sumarísimo. Si está en posesión de convicciones morales fuertes como si no lo está, su papel es el de obedecer a la ley impuesta por los legisladores; pues el servicio que han de recibir sus pacientes, sobre todo en la sanidad pública, no puede quedar al albur de los valores del médico que las trata. "This inequity is unjustifiable" llega a afirmar un filósofo, alineado en planteamientos antagónicos a la tradición moral médica. Según este modo de pensar, para ser médico o para ser ginecólogo se habría de exigir a los estudiantes de Medicina y a todos los médicos la habilidad apropiada para llevar a cabo estas intervenciones, en la medida que son legales, beneficiosas y deseadas por las enfermas; algo que en parte *justificaría* la existencia de un Sistema Nacional de Salud. Aunque tales exigencias quedarían superadas en el ejercicio privado de la Medicina -se afirma desde la misma visión-, donde los médicos y las instituciones dispondrían de la mayor libertad en el manejo de sus valores en relación con tales leyes, bastando entonces el consentimiento informado y la advertencia a la paciente de los riesgos y beneficios o de las alternativas entre las que ella puede decidir; pues cualquier ginecólogo podría libremente excluir el aborto, si así lo entiende, de su práctica profesional.

En el fondo de algunos de los planteamientos contrarios a la objeción late un prejuicio anti-religioso, la eliminación en la sociedad de unos valores en los que no se cree y/o soterradamente se persiguen. Esta perspectiva sostiene en algunos la idea de que, aunque los valores religiosos son tratados en las sociedades de forma especial, no debieran serlo de forma diferente al resto de los valores seculares, pues se daría así si no un trato discriminatorio hacia estos últimos; una realidad que estiman no infrecuente en la aplicación de la ética médica. Quienes así piensan fácilmente confunden la objeción al aborto con una convicción religiosa impositiva, con un supuesto valor heterónimo que reduciría la consistencia fundante de la autonomía moral del médico en cuanto ciudadano.

Además de incierta, la posición pro-aborto parece ignorar que la resistencia a la práctica del aborto tiene también un poderoso fundamento secular y científico, de tradición genuinamente médica y de "moralidad común" -por utilizar un término al que suele recurrir esta posición- al que se accede sin una convicción religiosa determinante. Así ocurre en muchos objetores cuando su práctica no está amenazada de un peligroso daño personal. El médico responsable, incluso el favorable a la IVE, debería distanciarse de estos tópicos. Y ello con independencia del totalitarismo ideológico que supone enfrentar en cada ciudadano sus valores y creencias, y calificarlas como buenas o malas según se identifiquen o no con una ley, una ideología concreta, el Estado, la patria o la raza, como la historia demuestra palmariamente. O el error de pensar que la única fuente de moralidad de los ciudadanos de

un país libre radica en el nivel de la política y en los votos de un Parlamento democráticamente elegido, que sería infalible<sup>25</sup>.

Reconocida y analizada la realidad de una normativa legal en lo que respecta a su cumplimiento y a los valores en juego, los médicos deben tener claro las tres fuentes normativas que gravitan sobre sus personas -de modo intransferible- en la cuestión de la objeción de conciencia. Por tanto, debemos preguntarnos en qué medida a mí como persona la participación directa o indirecta en un proceso de aborto me daña y conmueve moralmente. En qué medida puede quebrar mis principios o mis convicciones, mi autoestima, o las del colega más cercano que bien pudiera ser un día yo mismo. En qué medida, en fin, puede hacer irrespirable el ámbito de trabajo en el que me muevo, donde me siento recompensado y feliz. También si mi cooperación a una ley que rechazo tendrá un débito irrecuperable en mi hogar, en mis relaciones familiares o de amistad.

Para responder a estas interrogantes hay que distinguir tres planos o esferas de nuestra vida y de nuestra profesión de médicos. El primero es el ámbito de nuestras convicciones morales, religiosas o no religiosas. Si participamos de unas creencias porque me veré ya irremisiblemente removido por la práctica regular de acciones que la fe repudia de forma contundente, roto entre mis convicciones y mi cooperación a lo que estimo un grave mal moral. Los ateos y muchas mentalidades estatistas a través de la historia han tendido a radicalizar la desvinculación de la ley civil de las creencias individuales, depositando toda la fuerza coercitiva del Derecho en las leyes positivas; no siendo necesario aquí recordar las dramáticas experiencias políticas del pasado siglo y el recurso a la razón de Estado como excusa de todo tipo de atrocidades.

Sin embargo, la Constitución española es taxativa al depositar en las creencias religiosas el fundamento de la objeción, como posteriormente consideraremos. Por otra parte, si no se es observante o creyente, pero se actúa con una conciencia sensible y fuerte –como es frecuente entre profesionales de la Medicina– las cosas son igual de graves, pues el médico puede verse atrapado y con igual intensidad en la repulsión de tales actos que, de ejecutarse de modo regular, acabarían produciendo un grave daño en su autoestima.

El segundo ámbito es la ley deontológica que, aunque subordinada a la ley civil, obliga moralmente en cuanto deber corporativo: la norma identificadora de una profesión como la Medicina, heredera de un modo de ser y actuar, que se rompe al plegarse a las leyes anti-deontológicas. Supera a la índole de estas reflexiones abordar el tratamiento de la objeción

---

<sup>25</sup> Así por ejemplo, entre nosotros, la “Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública” que, en unión con otras asociaciones ha firmado un manifiesto en el que piden al Gobierno que impida por ley la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. A su parecer el “supuesto” derecho constitucional de incumplimiento de una obligación legal por motivos de conciencia “no puede anteponerse al derecho de la ciudadanía “a tener acceso a las prestaciones sanitarias legalmente reconocidas” (Europa Press, 09-11-2010).

de conciencia en los diferentes códigos deontológicos y normas del mundo occidental<sup>26</sup>, pues mientras unos lo silencian -dando por sentado que la regulación legal de la objeción elimina la necesidad de abordarla- otros la incorporan y otros, quizás los más, lo hacen de forma indirecta al proclamar en su articulado el derecho del médico a rechazar su participación en determinadas intervenciones clínicas.

Por otra parte, aunque con menor fuerza coactiva y sin especificación, la *lex artis ad hoc* para la realidad del aborto, distingue bien la responsabilidad moral inherente a una ley de las indicaciones claramente verificable y la más grave ante una ley de aborto libre. Ley deontológica y *lex artis* por una parte y dimensión administrativa de la práctica del aborto en el propio ámbito de trabajo por otra -libertad real de objeción y libertad condicionada o pseudo-libertad- pueden jugar un papel indudable cuando la propia continuidad en el trabajo pudiere estar en juego. Es obvio que la fuerza determinante de este conjunto de obligaciones morales es menor que la del ámbito anteriormente glosado; pero no debería minusvalorarse, pues es el que juega de un modo real en el caso de muchos colegas, donde una aparente menor sensibilidad ante el aborto legal pueda estar presente.

Finalmente, ningún profesional de la Medicina puede hoy día argüir de ignorancia ante la realidad de las leyes sanitarias, nacionales o autonómicas entre nosotros. Es su obligación conocerlas y su deber someterlas al cribado de la conciencia cuando ésta se rebela contra ellas. A este respecto cabe adelantar aquí la concepción de base deontológica a que hace alusión Pellegrino de la “complicidad moral de la Medicina” en el mundo actual, cuya práctica puede hacer colisionar los deberes profesionales y los intereses, dignidad o derechos de los ciudadanos, a la que hacemos referencia más adelante<sup>27</sup>. En realidad, la creciente *juridificación* del acto médico en el mundo occidental, contra la que muchas veces nos quejamos, es el resultado de no resolver adecuadamente en el seno de las profesiones los propios dilemas internos; y de la inconsecuencia de ignorar que la democracia verdadera se construye con el aporte de los valores de toda la ciudadanía y, en consecuencia, con una vigorosa presencia pública sobre las convicciones médicas que mayoritariamente guían nuestra práctica desde siglos y que no se desliga del respeto más profundo, por otra parte, a los valores individuales de cada profesional.

Además, la superación del dilema entre los valores que como profesionales de la Medicina debemos defender y nuestras propias e individuales posiciones culturales o políticas es

---

<sup>26</sup> Una recopilación de la objeción de conciencia en los diferentes códigos y normativas legales de la mayoría de los países occidentales puede encontrarse accediendo al Memorandum on the PACE Report, Doc. 12347, 20 July 2010, titulado “Women’s access to lawful medical care: The problem on unregulated use of conscientious objection”, del *European Centre for law and justice (ECLJ)*, descargable en [info@eclj.org](mailto:info@eclj.org)

<sup>27</sup> Edmund D. Pellegrino, “Deber social y complicidad moral, conflicto de lealtades para los médicos”. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, nº4, 1997, pp 67-101.

también un debate abierto, que frena o rompe la unidad de acción de la Medicina corporativa en las sociedades democráticas. Una fractura que solo es posible afrontar desde una gran altura de miras, una voluntad de acuerdo sobre la voluntad de ruptura y una reflexión profunda –imprescindible– en torno a la identidad de la Medicina y a la más deseable condición del médico, entre lo que es un acto médico que responde a los fines de la Medicina y lo que no lo es. Obviamente que desde dentro de la Medicina, desde el propio pensamiento médico y sin la interferencia de ninguna creencia, ideología, visión política o cultural, y sin ingenuidad obviamente, lo que no es ciertamente fácil.

### **La responsabilidad individual de los médicos objetores**

La objeción de conciencia sanitaria posee ante el resto de los profesionales sanitarios y ante la sociedad una significación ética especial y un poderoso valor simbólico. Como ha destacado Herranz “más allá de la dimensión genérica, religiosa o ética, de toda actitud objetante por la que el objetor quiere defender su identidad como persona moral, la objeción incluye una declaración específica acerca del carácter intrínsecamente ético de las profesiones de la salud<sup>28</sup>. Afirma el bioeticista que, en el profesional íntegro, existe un vínculo indisoluble que entrelaza su habilidad técnica con sus convicciones morales: “El objetor no solo se niega a ser una marioneta moral accionada por quienes legislan o mandan, sino que, mientras objeta, proclama que la ética es el corazón de su trabajo”<sup>29</sup>. Como en su día afirmaran Pellegrino y Thomasma<sup>30</sup> la objeción de conciencia es una manifestación privilegiada de la virtud humana y médica de la *integridad*, fundamento tanto de la confianza como de la autonomía en la relación médico-paciente y del crédito público de la profesión médica<sup>31</sup>.

Aquí procede destacar dos versiones aparentemente contradictorias en la apreciación individual y social de la objeción. Por una parte la idea de la responsabilidad moral individual enfrentada a determinadas acciones técnicas y a la vez legales, llevadas a cabo por profesionales sanitarios, tales como la práctica del aborto o la cooperación necesaria al mismo; y, en su desdoro, la utilización espuria de la norma objetora por un profesional para eludir, sin base moral, unas intervenciones que molestan a su crédito social y que, sin embargo, llevaría a cabo si algún poderoso interés utilitario andara presente.

---

<sup>28</sup> Gonzalo Herranz, *La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias*, Scripta Theologica 27 (1995/2) pp 545-563.

<sup>29</sup> Gonzalo Herranz, op.cit.

<sup>30</sup> Edmund D. Pellegrino- David C. Thomasma, *The virtues in medical practice*, New York, pp 130-131

<sup>31</sup> Edmund D. Pellegrino, “*La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica*” discurso pronunciado en el III Congreso sobre Ética en Medicina, Conferencia Nobel, Instituto Karolinska, 13-9-1989.

Por otra parte, el ideal de la preservación de la esencia de la Medicina vinculada al marco de sus fines específicos<sup>32</sup>, la prevención de las enfermedades y la curación de los enfermos (*curing*) en íntima asociación con el cuidado (*caring*), y ambos constituyendo la sanación (*healing*), el cuidado integral de la salud buscando la primacía del bien del enfermo, incluyendo su autonomía de decisión. La ética médica clásica se configura sobre un ejercicio práctico de excelencia de estas actividades, en un ejercicio práctico de virtudes médicas, cuyas acciones específicas son los “actos médicos” más verdaderos.

Fuera de este concepto, sirviendo a las inquietudes y necesidades del siglo, en algunos países se viene devengando de la Medicina, de los médicos, por la sociedad, funciones nuevas, adicionales, de toda naturaleza, como, por ejemplo, la colaboración con el Estado en actividades de equívoca eticidad, vinculadas al trato con los detenidos, con los terroristas, con adversarios políticos, etc., unas veces en base a criterios del tipo de la seguridad nacional; otras mediando prácticas discutibles en los peritajes judiciales, psiquiátricos, militares o en el seno mismo de la Medicina institucionalizada, como pueda ser una injusta contención del gasto o la imposición de prácticas anti-deontológicas como el aborto o la eutanasia. Este conjunto de actividades de los médicos, ajenas al acto médico esencial –sobre lo que no podemos extendernos– es parte de lo que podríamos llamar la “construcción social” de la Medicina, cuyos actos constitutivos pueden a veces refutar el concepto de ética médica. Se producen entonces situaciones complejas y médicos en posición de lealtad dividida: pues por una parte, como agentes de una institución determinada, se requiere de ellos el cumplimiento de algunos roles legales o socialmente legitimados; pero a la vez, como médicos, están simultáneamente comprometidos con la ética del cuidado de los pacientes y con la responsabilidad del cumplimiento de las normas deontológicas de su profesión, democráticamente aprobadas. Se produce así un verdadero conflicto de lealtades, y junto al cumplimiento del deber social una auténtica “complicidad moral” en acciones que, sobre el papel, han sido positivamente impuestas al médico.

La cuestión aludida fue abordada por el bioeticista médico Pellegrino muy precozmente<sup>33</sup> aunque desde una perspectiva norteamericana; pero evidentemente se reproduce con objetivos parecidos o diferentes, en mayor o menor grado, en cualquier nación del mundo occidental. La cuestión de fondo en nuestros días es el reto de la sobrevivencia de la esencia de la Medicina, de su identidad histórica, vinculada a un singularizado modelo ético mayoritario de proceder que se concreta en los códigos. La necesidad imperiosa de mantener lo esencial de la identidad de la Medicina vinculada a su tradición moral, frente a

---

<sup>32</sup> Edmund D. Pellegrino y David C. Thomasma, *Helping and Healing*, Georgetown University Press, Washington D.F. 2007, pp 26-38

<sup>33</sup> Edmund D. Pellegrino, “Deber social y complicidad moral, conflicto de lealtades”, op.cit.

las modas, las exigencias sociales contradictorias, las presiones de los gobiernos y las ideologías, siempre cambiantes.

En este sentido, el modelo de Medicina y su ética clínica acompañante aquí referenciado, concibe la objeción de conciencia como una necesidad imperiosa, un recurso legal individual y a ser posible colectivo de los médicos y sus instituciones, cuando todo un escenario de coacciones está presente y la autonomía moral de los profesionales sanitarios un parecer mal visto por parte de la sociedad o meramente nominal y casi inerte ante la voluntad del legislador. Un último recurso de la conciencia médica ante las leyes contrarias a la deontología.

Frente a esta concepción, la Medicina afronta hoy día un planteamiento antagónico que, reconociendo a duras penas la objeción de conciencia de los médicos en el ejercicio de la profesión, considera que el aborto es un tratamiento sanitario más y un derecho de la mujer y por tanto exige de los Estados una regulación que, en el marco de la sanidad pública, restrinja el derecho a la objeción de conciencia a los meros ejecutores del aborto y penalice a cuantos otros se nieguen a participar en el procedimiento administrativo-técnico del mismo, ya sea a la información de la gestante ya a la realización de exploraciones instrumentales orientadas a la libre decisión abortiva de la mujer u otras. El planteamiento demanda la constitución oficial de registros de objetores y que se asegure una adecuada disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la terminación del embarazo.

Tal posición mantiene rígidamente el criterio jurídico de que, en todo caso, la aplicación del derecho a la objeción de conciencia al aborto es un derecho individual de los profesionales y nunca de las instituciones médicas, tales como clínicas y hospitales, de manera que las instituciones sanitarias del Estado tienen el deber y la obligación de proveer servicios públicos para atender a estas demandas legales. La cuestión ha aflorado en toda su dimensión en el Consejo de Europa, a petición de la diputada inglesa McCafferty, a la que más adelante se aludirá con detalle dada la importancia, sin duda extraordinaria, que para la deontología médica representa. Un amplio abordaje de este planteamiento puede encontrarse en el *Memorandum* explicatorio aportado por McCafferty, con ocasión de su demanda de Resolución ante la Asamblea Parlamentaria de esta importante institución política<sup>34</sup>

Respecto de la instrumentación irregular de la objeción por algunos médicos en el caso de España, la cuestión fue objeto de una reciente publicación de la Fundación de Ciencias de la Salud, en colaboración con la OMC, denominada “Ética de la objeción de conciencia”

---

<sup>34</sup> Women’s access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection. Report of Ms. Christine McCafferty. Doc. 12347, 20 July 2010.

(Madrid, 2008), un texto que introduce al profesional en los distintos aspectos y escenarios de la objeción aunque, como se indica en su Introducción, no se propone dar soluciones resueltas de los conflictos éticos cuanto introducir al profesional en un método o un procedimiento de análisis de los mismos. No se apela pues al espíritu de la norma deontológica, a la validez de sus principios ordenadores como prioritario “deber” a seguir, cuanto a la búsqueda de una solución prudencial mediante la *deliberación* de los casos conflictivos, sin pretender que todos y cada uno de los intervinientes –de los médicos– hayan de adoptar la misma decisión en los distintos casos concretos. Desde una perspectiva generalizadora y entendiendo que la objeción de conciencia representa una respuesta jurídica para resolver conflictos, de otra forma insolubles, la guía aboga por huir de las posiciones extremas en tales conflictos de valores, entendiendo que las soluciones prudenciales suelen ser siempre intermedias, en la medida de que ninguno de tales valores en conflicto tiene carácter de absoluto. Los textos cuidan de establecer los cursos de acción posibles, extremos e intermedios, estableciendo luego el que pudiera concluirse óptimo y las recomendaciones subsiguientes.

Muy acorde con el tiempo histórico y la carencia de absolutos morales que propugnan determinadas corrientes, el texto se sitúa en un planteamiento de bioética antes que deontológico, que será del gusto de algunos profesionales en la medida que articula bien el proceso de toma de decisiones y escapa a los firmes pronunciamientos deontológicos, transformando en prudenciales o lícitas las diversas posiciones –incluso contradictorias– ante los dilemas “fuertes” de la actividad médica, sobre todo en el tratamiento del principio y fin de la vida de los hombres.

Ambas perspectivas en el abordaje de los conflictos morales de la moderna Medicina representan dos formas de entender el papel del médico ante esas realidades. La perspectiva fuerte a la que primero hicimos mención propone defender el legado histórico de la Medicina y su identidad vinculada a la ética médica y a la deontología, en un pacto interno entre colegiados y un reforzamiento de la estructura corporativa colegial. La perspectiva bioética del ejercicio profesional se abre a un marco de dependencia multidisciplinar y también extra-médico y no determinado corporativamente, donde las decisiones morales de los médicos se individualizan y se alejan en la práctica de un proyecto identitario común, y con una inevitable mayor adherencia a la construcción social de la Medicina y a las leyes civiles. El primero, más clásico y atento a conservar la esencia de la Medicina y sus fines, en la primacía del bien del enfermo, cercano a un código único y menos dúctil ante las quiebras morales de la sociedad y su influjo político sobre la Medicina; el segundo más atento a las resoluciones individuales de los médicos y de limitado aprecio por la deontología, más *flexible* con los comportamientos irregulares de la sociedad y abierto a un código múltiple en alta dependencia de la autonomía del enfermo, de los cambios sociales y más “políticamente correcto”.

## **Ley de objeción de conciencia: ¿sí o no?**

Considerado lo anterior, procede reflexionar sobre la conveniencia o no conveniencia de una Ley de objeción de conciencia. En la antesala de estas reflexiones parece obligado abundar sobre el carácter complejo de esta emergente doctrina jurídica y las distintas perspectivas - jurídica, política, deontológica y filosófica- que la configuran. Una extensa bibliografía está a la disposición del profesional interesado, sobre la que estas reflexiones no pueden extenderse.

Por otra parte, las alusiones y consideraciones que siguen se concretan, salvo excepciones, al ámbito de nuestro país y siempre de forma obligadamente sintética. En esta sección, esta Comisión intenta contemplar básicamente la perspectiva deontológica, sin perjuicio de las ocasionales alusiones al Derecho. Como otros dilemas éticos de la sociedad, el interés por la objeción se revela más patente en las especialidades o corporaciones involucradas por la norma contestada, y más atentos a ella los más implicados y cercanos a la cooperación con la ley.

No debiera ser así en materias que cambian o pueden cambiar la esencia de una profesión como la Medicina, pero es obvio que este no es el lugar para un análisis de la adherencia y sensibilidad de los profesionales a su dinámica histórica; una cuestión que no obsta para abundar en la necesidad de fomentar la lectura de los libros y estudios en torno a la identidad de la Medicina como profesión, durante siglos quizá superfluo pero profundamente necesario hoy, cuando la salud es un valor tan apreciado y tan sujeto a los cambios sociales y a la influencia de los entes más diversos, ajenos, en su mayoría a la conciencia médica universal.

Parece que la Constitución española podría proteger la objeción de conciencia de los médicos, pues así se deduce de sendos dictámenes del Alto Tribunal, una cuestión que desde la perspectiva deontológica ha suscitado reflexiones excelentes, entre ellas una reciente de Altisent<sup>35</sup>, expresidente de la Comisión Central de deontología de la OMC; una clarificadora Declaración previa por parte de la propia Comisión Central de 1997<sup>36</sup>, que debería ser recuperada y difundida, y otra reciente de 2009<sup>37</sup>, y otras de indudable interés<sup>38</sup> que recomendamos al profesional interesado.

---

<sup>35</sup> Rogelio Altisent, "*Objeción de conciencia y deontología médica*", disponible en <http://www.cgcom.es>.

<sup>36</sup> Declaración sobre la Objeción de conciencia, Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial, Revista de la OMC 52, junio 1997.

<sup>37</sup> Declaración sobre la Objeción de conciencia. Comisión Central de Deontología (6-6-2009), disponible en <http://www.cgcom.org/sites/default/Declaración>.

<sup>38</sup> Por su indudable interés, recordamos la Sentencia Campbell y Cosans, de 25 de febrero de 1982, de la Corte Europea de Derechos Humanos.

En cualquier caso, la petición ahora de una ley de objeción de conciencia para resolver el conflicto entre la conciencia médica y las exigencias conductuales de la sociedad, en cuestiones tan graves y de consecuencias tan poco mensurables, no parece suficiente. Excluyendo de nuestro análisis los aspectos jurídicos de la misma -que se consideran en la sección 9- parece evidente que al legislador le interesaría configurar una ley de objeción que salvara los intereses de las mujeres que desean un aborto, subordinando al cumplimiento de la norma en las instituciones públicas las objeciones individuales de los médicos; siempre en el caso de que la estructuración de los servicios o departamentos de la Sanidad implicados dificultara o impidiera la demanda social de abortos. Cuestión que una ley de objeción haría extensiva a otras intervenciones clínicas igualmente amenazadas por las reservas de los médicos como, por ejemplo, la eutanasia u otras prácticas de contenido análogo; aunque a nadie se oculta que los ámbitos de objeción reales en la práctica actual de la Medicina pueden ser muchos más.

Parece también natural que al legislador interesado en el cumplimiento de la legalidad le preocupe el fraude de ley que pueda discurrir en el proceso del aborto -ésta vez por parte de los profesionales- mediante declaraciones de objeción que no respondieran a la verdad ni al espíritu de la doctrina constitucional y obstaculizaran de *facto* la aplicación de la ley. Por tanto, lo que realmente se pone en evidencia ahora es algo más que el cumplimiento de una ley sanitaria o su control por la autoridad; lo que aflora es un dilema ético complejo y generalizado de las democracias liberales, esto es, el dilema sobre los límites de la libertad de conciencia de amplios grupos de la población -por ejemplo, los médicos y otros profesionales sanitarios- y el carácter positivo e impositivo de determinadas leyes emanadas desde el sistema político; que les enfrenta, pero no sobre diferencias políticas, ideológicas o culturales, sino con las creencias más profundas de los pueblos, religiosas, éticas o científicas, más irrenunciables<sup>39</sup>. Dilema que nace y se fundamenta precisamente en el valor real y operativo de esas mismas libertades que el sistema promueve y que ahora se ven comprometidas. Como es sabido, el debate ha sido llevado recientemente al marco político de las naciones europeas, al Consejo de Europa, y ha conducido a un importante reforzamiento doctrinal y político de las libertades individuales e institucionales de los profesionales médicos ante el aborto, sobre el que abundamos más adelante.

Desde la perspectiva deontológica, la mejor opción moral para los médicos y la identidad de la Medicina ante leyes como la vigente del aborto, sería su reconducción parlamentaria por

---

<sup>39</sup> Como escribió Ortega y Gasset: Estas "ideas" básicas que llamo "creencias" -ya se verá por qué- no surgen en tal día y hora dentro de nuestra vida, no arribamos a ellas por un acto particular de pensar... todo lo contrario: esas ideas que son, de verdad, creencias constituyen el continente de nuestra vida y, por ello no tienen el carácter de contenidos particulares dentro de ésta. Cabe decir que no son ideas que tenemos, sino ideas que somos (en "Ideas y creencias", Austral, Espasa-Calpe, 1995, pp 16-17). En suma, la brillante afirmación de Ortega: las ideas se tienen, en las creencias se está.

otra mayoría; pero de faltar aquella una regulación que determinara por ley sin el más mínimo asomo de falsía, estrategia coercitiva o finalidad oculta, la máxima libertad de los médicos a objetar siempre y en todo momento, en conciencia y con plena autonomía de decisión, frente a toda y cualquier cuestión o dilema moral profesional de la práctica médica, que les involucrara directa o indirectamente en el proceso clínico, técnico, gerencial, directivo y político, de la norma objetada. Esto es, la única y verdadera libertad de conciencia. Ley ajustada a derecho y con todas las cautelas necesarias que garantizaran la objetividad de los comportamientos.

Cosa distinta es que la profesión no deba caer en la ingenuidad de ignorar que el legislador –cualquiera sea– pretende garantizar el cumplimiento de *sus* leyes, del tipo de leyes por él democráticamente promulgadas. Y que, alternativamente, en la indiscutible tensión entre la conciencia ética y el Estado, la corporación médica deba contemplar y reflexionar sobre la conveniencia de si procede o no demandar una ley de objeción de conciencia. Este es el caso concreto de las profesiones sanitarias en la coyuntura de nuestro tiempo.

Desde el mirador de las ideas y de la doctrina, a distancia de los riesgos personales, algunos juristas rechazan la necesidad de una ley y también de los registros de objetores en cualquier ámbito, incluido el colegial, al dar por concluyente la interpretación constitucional sobre la objeción de conciencia y por entender que el registro siempre segregaría a un grupo de médicos, auto-condenados de por vida a ser los *malos* o los disidentes frente al poder legislativo. Pues para muchos expertos, frente al conflicto de intereses, el legislador nunca tenderá a aprobar leyes que obstaculicen o compliquen el normal desenvolvimiento de otras leyes propias, desde su lógica necesarias. Así pues a una ley de aborto de plazos siempre correspondería una ley de objeción de conciencia con segura restricción de determinadas libertades que, en este momento, aparecen defendidas por la propia Constitución. Es, sin duda, una forma legítima de pensar aunque no cerraría heridas. Por lo demás, si la corporación médica carece de instrumentos razonables y de los apoyos necesarios para asegurar el tipo de derecho a la objeción de conciencia a la que aspira, mejor parece prescindir de una ley.

En nuestra tesitura parece difícil que una ley de objeción de esta naturaleza se limitara a regular solo el aborto y otras reservas éticas de los profesionales sanitarios, pues se está ante una cuestión de calado político más amplio, en dependencia de indicadores y posibles normas de la UE, que vendría a exigir del legislador una gestión de notable complejidad política. La renuncia del gobierno español a promulgar una ley de objeción de conciencia en esta legislatura, en las actuales circunstancias, es testigo de estas dificultades. Por otra parte, no se ha de olvidar que la ley del aborto ha sido recurrida ante el Tribunal Constitucional, como consideramos más adelante, y de tal guisa abierta a cambios que podrían influir de un modo u otro en la redacción de una hipotética ley de objeción.

## Resolución del Consejo de Europa

Así las cosas, el meollo de la cuestión parece traspasar el ámbito de un Estado soberano de la Unión europea. El problema de los médicos españoles ante este tipo de leyes pasa a ser el problema de los médicos europeos. Aunque la cuestión centra un gran debate político, incorporamos a esta reflexión deontológica, por el horizonte de esperanza que proyecta, la reciente Resolución de la Asamblea del Consejo de Europa<sup>40</sup> sobre la cuestión, aunque la misma no represente más que los primeros pasos del previsible debate y proceso legislativo que, antes o después, aflorará en la Unión Europea. En esencia, la Resolución del Consejo de Europa ha puesto de manifiesto las dos perspectivas ético-culturales que se configuran en la política europea, a tal tenor, en este principio de siglo. Por una parte, la de los defensores de los derechos de las personas -en este caso de los médicos y las instituciones sanitarias- o si se quiere la conciencia ética individual frente al Estado; por otra, la de defensores de los intereses del Estado representando a la sociedad: simplificando, el *cómo quiero ser y vivir* de la tradición moral y el *cómo debe ser* post-ilustrado de la ética filosófica.

En efecto, frente al Informe *Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection*<sup>41</sup>, de la diputada laborista inglesa McCafferty -centrado en el campo de la salud reproductiva y principalmente en el aborto- que demandaba al Consejo de Europa “una restricción del derecho a la objeción de conciencia de todos los proveedores de atención médica y la obligación de proporcionar el tratamiento deseado al que la paciente tiene el derecho legal a pesar de su objeción de conciencia”, incluida “la creación de mecanismos de denuncia eficaces contra los profesionales de la salud objetores”, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, constituida por 100 diputados de 47 naciones, rechazó primero el Informe McCafferty y tras un encendido debate aprobó -en lo que se ha calificado de giro histórico- una diferente y antagónica Resolución en castellano denominada “El derecho a la objeción de conciencia en la atención médica y legal”,<sup>42</sup> cuyos puntos principales se resumen así: a) Se afirma, defiende y promueve el derecho a la objeción de conciencia del personal médico. b) Se aplica no solo a médicos sino a todo el personal que, directa o indirectamente, rechace participar en el acto del aborto o en su procedimiento. c) La resolución se aplicará no solo a los individuos sino también a las instituciones, hospitales y clínicas privadas; y d) protege contra la discriminación y la presión

---

<sup>40</sup> Parliamentary Assembly, “The Right to Conscientious Objection in Lawful Medical Care”. Resolution 1763 (2010), aprobado por la Asamblea el 7-10-2010.

<sup>41</sup> Council of Europe, Parliamentary Assembly, “ Women's access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection”. Report, doc. 12347.

<sup>42</sup> Consejo de Europa, op. cit; descargar en <http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtsiteview.asp?ID=50>

en contra de la objeción de conciencia de los profesionales. La resolución invita a los Estados miembros (...) a desarrollar los reglamentos (...) que garanticen el derecho a la objeción de conciencia, relacionados con el procedimiento en cuestión; tras afirmar que la gran mayoría de los Estados miembros del Consejo de Europa tiene adecuadamente regulada la objeción de conciencia, y que hay un claro y exhaustivo marco legal y político que regula la práctica de la objeción de conciencia.

Tras esta Resolución, de gran importancia ante la Unión Europea y el propio Consejo de Europa, las instituciones sanitarias y los médicos europeos involucrados reciben un apoyo de inestimable valor. El apoyo de la institución política que alberga a más países del continente -la más representativa- tiene la virtud de establecer de forma amplia la objeción de conciencia de los médicos, de las instituciones, los hospitales y clínicas (...) o, dicho de otro modo, que “ninguna persona, hospital o institución, podrá ser obligado, demonizado como responsable o discriminado en su contra, como consecuencia de rehusar a realizar, concertar o proveer, asistir o someterse a un aborto, a la realización de un aborto, de una eutanasia o de cualquier acto que pueda causar la muerte de un embrión o feto humanos, por cualquier razón”.

Esta resolución podría constituir el punto de partida de un debate profundo primero y de una normativa de la UE después en torno a la objeción, que definiera los términos del conflicto conciencia-ley al que someramente hemos hecho alusión. Pero sobre todo mantiene en su espíritu y redacción el abordaje real del conflicto de intereses actual, el enfrentamiento de la conciencia del objetor, como persona de convicciones insobornables, con el cumplimiento de una ley política que concede la legitimidad y primacía del aborto a la mujer: el objetor no es ya un ciudadano singularizado por unas determinaciones morales raras e incomprensibles para algunos –muchas veces religiosas– que pone trabas u obstáculos a la práctica de decisiones sanitarias legales, obstruyendo así al Estado. Tampoco al hacer legítimo uso de la objeción se convierte en un insumiso o en un promotor de la desobediencia civil, al que la sociedad ha de tolerar como un mal menor. Ni su objeción se debe considerar en la deliberación interna de los Servicios -ni en la toma de decisiones para cumplimentar la ley- como un curso de acción “extremo”, presumiblemente erróneo y nunca óptimo, al que se debe buscar una solución estratégica que, de no ser posible, conduciría al imperativo cumplimiento de la legalidad por el médico objetor. Contrariamente, su objeción es apoyada mayoritariamente por la más representativa de las instituciones políticas europeas.

La radicalidad del texto de la Resolución, cuyo análisis profundo escapa a estas reflexiones, viene a reconocer un valor estelar<sup>43</sup> y consuetudinario respecto de la objeción y del médico

---

<sup>43</sup> El Tribunal Federal Norteamericano denominó a la libertad de conciencia la “estrella polar” de los derechos. Disponible en [www.bioeticaweb.com/com/content/view/1279/48](http://www.bioeticaweb.com/com/content/view/1279/48).

objector: la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios y de las instituciones sanitarias ante el fenómeno del aborto. Es mayoritaria en la Europa que tiende a formulaciones éticas y políticas de consenso, la convicción de que la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, tanto individual como institucional, prevalece por encima de cualesquiera otras determinaciones legales; reconociéndose así, indirectamente, que el aborto es una salida a un problema social pero nunca el origen de un derecho. Los Estados deben buscar la solución adecuada a los desarreglos que el reconocimiento de esta prioridad pueda determinar en el seno de los centros habilitados para la práctica de los abortos. Más que acumular sospechas de falsificación de los móviles de la objeción por parte del profesional -que deben ser adecuadamente resueltas- la resolución afirma que se debe respetar la libertad de las personas e instituciones, tanto para la práctica o como para la objeción al proceso del aborto por razones éticas o de conciencia, bien desde una convicción religiosa asumida de forma libre y autónoma, bien desde una convicción científica y ética, que rechaza insobornablemente destruir una vida humana en cualquier etapa del proceso de su gestación.

Puesto que la Resolución del Consejo de Europa no tiene carácter vinculante para los Estados ni para la Unión Europea, se debe tener claro, por el momento, que los médicos y sus instituciones no pueden considerarla hoy al modo de un punto final sobre el debate del aborto, cuanto como un punto de partida que se presume laborioso en el reconocimiento de un derecho moral de raigambre histórica en el seno la profesión: la libertad de conciencia. Un punto de partida que abre un portillo de esperanza al conflicto ontológico más antiguo entre la conciencia personal y las leyes civiles que se estiman moralmente rechazables.

### **Objeción de conciencia y ley de aborto**

Las reflexiones que anteceden permiten abordar ahora el dilema de los médicos objetores ante la ley recientemente promulgada. Es claro a estos efectos que, en el momento actual, buena parte de los dilemas éticos a los que vamos a hacer mención son estadísticamente escasos, dado que el 98% de los abortos realizados en el Estado se siguen practicando en las clínicas autorizadas. Solo un 2% parecen tener lugar en las instituciones públicas. El dato de que los 111.000 abortos anuales de 2008 se llevaran a cabo en clínicas privadas, pese al esfuerzo por reconducir esta práctica al marco de la red pública, no parece un fenómeno casual. Los 113 abortos realizados en 2011, con un incremento de 1,3%, no han cambiado sensiblemente la misma percepción. Más bien podría interpretarse como un inconsciente o consciente recurso de los administradores sanitarios por evitar el conflictivo asunto de los abortos en sus centros y transferirlos al ámbito que mejor absorbe, hace anónima y opaca, la complejidad de su procesamiento y lo preserva de la opinión pública. Y al decir “absorber” queremos incluir también la repulsa no aflorada de muchos profesionales sanitarios y sus corporaciones, y de muchos administradores sanitarios y burócratas de las

diferentes instituciones que, de alguna forma, se ven involucrados en el proceso del aborto. Ha sido, y parece seguir siendo, una forma sin duda inteligente de evitar las consecuencias enojosas que el aborto crearía en las instituciones públicas y su apertura a un renuente debate.

La nueva ley se adelanta a prever la tensión entre la conciencia individual de los profesionales y el Estado mediante el recurso a la objeción de conciencia. El legislador reconoce así la realidad del conflicto de valores presente en las sociedades liberales y aporta un cauce legal al conflicto de derechos entre el médico objetor y la mujer que demanda el cumplimiento de la ley. Pero, con independencia de su tramitación en el Constitucional y a reservas de su decisión normativa, con la redacción de la actual ley han emergido nuevas reservas y rechazos que, por su evidencia, no podemos ignorar. Haciendo abstracción del espíritu de la Resolución del Consejo de Europa y centrándonos en la ley -que más adelante abordamos con mayor detalle-, los problemas que laten de fondo aluden básicamente a los límites interpretativos de la objeción considerada legal y a la organización interna de los Servicios en el seno de las instituciones públicas. También a la cuestión del amparo corporativo al objetor.

El problema de los límites a la objeción de conciencia viene caracterizado en la ley en la medida que reserva este derecho solo y exclusivamente a los profesionales médicos que participan “directamente” en la ejecutoria clínica del aborto, esto es, en la intervención occisiva. No tendrían derecho a la objeción los demás médicos y profesionales sanitarios que de, algún modo, cooperen necesariamente al proceso clínico y administrativo del aborto legal pero no lo practiquen. Lo que también recibe el nombre de “cooperación indirecta”. Tendrían derecho a objetar los ginecólogos y los anestesiólogos, por su participación directa y necesaria en la intervención abortiva. También los profesionales de la Enfermería sujetos a la exigencia de una cooperación técnica directa. No vendrían asistidos de legitimidad para objetar cuantos otros profesionales hayan de cooperar, en el establecimiento de la indicación, en la ordenación e información a la mujer, es decir, de forma indirecta, al margen de su personal aprobación o reprobación de la ley. Es el caso de los médicos especialistas en Atención Primaria, a los que se puede obligar a participar en la cadena administrativa del proceso del aborto. También de otros sanitarios -o no sanitarios- a los que se fuerza a realizar funciones subsidiarias de mediación administrativa en relación directa con las madres gestantes o sin relación directa. Así el papel de los gerentes y directores de hospital, que han de organizar los servicios y procurar su eficiencia clínico-administrativa.

En todos estos casos se plantea de algún modo lo que Pellegrino ha denominado el conflicto entre el deber social y la complicidad moral de los médicos al que hemos aludido con anterioridad. La complicidad respecto de un proceso o de una acción final que se estima gravemente inmoral, y que tiene lugar en el mundo médico cuando el poder político obliga o

instrumentaliza al profesional a poner sus conocimientos y capacidades al servicio de un interés ajeno, rechazable a la luz de los fines verdaderos de la Medicina.

Aunque el bioeticista no hace mención de la cuestión del aborto en USA –donde el médico es libre de intervenir– es interesante para todos su lectura por las analogías que puede suscitar. En su conocido artículo “Deber social y complicidad moral. Conflicto de lealtades para los médicos”<sup>44</sup>, el eminente clínico aborda la cuestión desde una perspectiva muy norteamericana, pero establece algunos criterios aplicables a muchas otras situaciones, respecto al análisis moral de la cooperación directa o indirecta a la consolidación de unos hábitos, de una ideología, reconocimiento social y político, de algo que el agente médico rechaza moralmente. No parece pues inadecuado resumir su pensamiento en interés de la situación española.

Para ordenar el conflicto entre un deber patriótico -o simplemente social- que moralmente se rechaza, pero cuyo incumplimiento devengaría serios compromisos profesionales al médico reacio a tal colaboración -situado éste entre una convicción de rechazo insobornable y un riesgo profesional y/o familiar indudable- Pellegrino aporta 4 criterios en orden jerárquico para el cumplimiento de la obligación moral: 1) seguir lo promulgado por la profesión; 2) seguir la conciencia profesional del médico; 3) seguir lo dictado por la cultura o la ley; y 4) seguir aquello que es posible concluir mediante el análisis racional de la naturaleza misma de la Medicina, es decir, si la acción a que se le induce u obliga responde o no a los fines esenciales de la Medicina.

En realidad, la pregunta que ejemplifica la reserva a participar de forma indirecta en el proceso del aborto es: ¿hasta qué punto la ética médica ha de ser independiente de los designios de la ley civil o de las costumbres de las comunidades extremadamente cerradas? ¿Es la ética médica un artefacto cultural y el resultado de una mera construcción social o, por el contrario, la Medicina posee una verdadera moralidad interna, propia y específica? El bioeticista responderá a estas interrogantes con una reflexión de extraordinario valor, imposible de incluir en estas reflexiones<sup>45</sup>. Existe –afirma- un núcleo duro del acto médico que, en la medida en que se atiene a los fines auténticos de la Medicina, al arte de curar, fundamenta moralmente a la Medicina desde su propia interioridad. Fuera de este núcleo básico, muchas de las funciones atribuidas por la sociedad o por una ley a la Medicina -en cada momento histórico- no están fundamentadas moralmente y pueden ser rechazadas por una conciencia sensible y bien formada, más aún si reflejan el mayoritario sentir corporativo. La cooperación a estas funciones sociales determinadas por ley plantea un

---

<sup>44</sup> Edmund D. Pellegrino, op. cit.

<sup>45</sup> Edmund D. Pellegrino, “Medicine Today. Its Identity its Role and the Role of Physicians”. op. cit.

verdadero conflicto de lealtades primarias que, en muchos casos, solo se resuelven en la conciencia personal del profesional sanitario.

Entre nosotros, aunque la ley no lo especifique, los especialistas de Atención Primaria pueden ser introducidos en el proceso clínico-administrativo de la norma en términos de una “cooperación necesaria”, pues sobre ellos no se duda que recae o recaería bastante más que el mero proceso informativo o la función de entregar por escrito y en sobre cerrado la información sobre el aborto y sus posibles consecuencias<sup>46</sup>. No parece que, en caso de denuncia del médico, éste pueda argumentar en ausencia de una historia clínica y de un consentimiento informado de la gestante. Y tampoco que un juez pasara por alto la ausencia de un mínimo reconocimiento de la solicitante, que descartase una grave lesión o enfermedad que pusiera en gran riesgo su vida en caso de someterse a un aborto. Así pues, todo apunta a que la naturaleza intrínseca de la acción llevada a cabo por un especialista de Atención primaria en el curso del procedimiento del aborto legal es más un acto clínico que no un acto formulario y administrativo, de trámite, una cuestión conceptual sobre la que volveremos más adelante.

Desde esta perspectiva, la cooperación del médico de cabecera en el proceso clínico-legal del aborto es una cooperación “indirecta”, pero necesaria para asegurar la prevención de daño en la persona de la gestante, con independencia de la obligación y responsabilidad que corresponda al médico abortador. Por lo tanto, en los médicos sensibles a esta cooperación, es lógico el esfuerzo de acotar los límites de su responsabilidad técnica y moral y los argumentos que pueden eximirle en caso de cooperar. Una forma de evaluar la responsabilidad moral de un acto de cooperación en particular podría hacerse, siguiendo a Pellegrino<sup>47</sup>, estimando la “distancia” moral que existe entre el acto de cooperación y el daño real o potencial a la persona objeto de la intervención rechazada. Esta “distancia” se mide en términos morales por el grado de participación intencional del médico para contribuir a lo que se entiende como daño moral, por el *status* moral del acto en cuestión, por la severidad del daño que podrá producirse y por hasta qué punto la acción del participante es necesaria o causante del daño y, finalmente, por la proporción entre el daño y el beneficio de la acción prevista.

---

<sup>46</sup> La complejidad de la información a la gestante, si se pretende real, queda evidenciada por la resolución de la Corte Suprema de Estados Unidos de prohibir la información a la mujer por considerarlo un atentado al derecho a la privacidad de la mujer, y un desfile de “atrocidades” la información que el médico puede llegar a dar a la gestante que demanda un aborto, al afirmar que “el niño no nacido es una vida humana desde el momento de la concepción” o cuando ofrece “una descripción de las características anatómicas o fisiológicas del niño no-nacido, incluyendo su aspecto, movilidad, sensibilidad táctil y al dolor, su capacidad de percepción y de respuesta”. Una amplia información al respecto puede encontrarse en GJ Annas, H Glantz y WK Mariner, J.A.M.A, 263 (1990) pp. 858-86.

<sup>47</sup> op. cit.

Parece obvio que no hay un procedimiento estricto de medir la gravedad del acto moral de una cooperación indirecta. La regla general vendría a ser: cuanto mayor sea la distancia moral de la acción indirecta y el acto rechazado, menor ha de ser la justificación para participar; y mientras más corta la distancia moral más sólidas y poderosas habrán de ser las razones para justificar la cooperación indirecta. La distancia moral se refiere al conjunto de argumentos que vinculan al cooperante con el sujeto y con el objeto de la acción que se estima maleficente: en el caso del aborto se trataría del derecho a la vida del no nacido y la gravedad o no gravedad del acto técnico del aborto y su significado para la vida moral del cooperante. Así, sin pretender más que una aproximación al juicio, la cooperación puede ser “formal” siempre que el cooperante esté moralmente de acuerdo con la acción del aborto que otro, con el respaldo de la ley, va a realizar, aunque sea a petición de la madre. La acción del cooperante es así formal y también material; y la “distancia” moral del acto que se va a realizar se diría que es pequeña y la cooperación, en el fondo, una verdadera colaboración voluntaria en el mismo acto de abortar. Al identificarse con la destrucción de una vida humana naciente la calificación del acto de cooperación indirecta sería la de una acción maleficente y contraria a la tradición deontológica aunque fuere legal.

Por otra parte, si se está en completo desacuerdo con la intención de la madre que desea abortar y obviamente con la intención de la ley, la cooperación será solo “material” y su juicio más benévolo; y si algunas otras razones importantes están presentes, la acción real de cooperar mediante la información podría llegar a ser lícita moralmente. ¿Qué otras razones? Pellegrino sugiere responder a algunas otras preguntas: ¿cuán de necesaria es la cooperación del médico para el logro de los propósitos maleficentes? En nuestro caso, el médico de Atención Primaria lleva a cabo una cooperación material que otro colega de Primaria podría también realizar; y la distancia moral es relativamente grande. Si la institución le concede la objeción debe solicitarla o buscar siempre la colaboración de un colega cuando ello sea posible. Si sus gestiones resultan negativas *puede llevar a cabo* la cooperación. La relación de causa-efecto en la cooperación indirecta de este médico de cabecera no se da, no es inmediata, puesto que la madre prosigue el trámite del proceso y se verá en su momento con el médico abortador, y dispone de un tiempo adicional de reflexión y de otras opciones reflexionar y para rectificar. Si, por otra parte la relación con el médico de Atención Primaria es “deliberativa”, como más tarde veremos, la justificación se ampliaría considerablemente.

Finalmente, a la pregunta ¿existe una buena razón para permitir la cooperación? El argumento más sólido es la difícil permanencia de muchos médicos en el lugar de trabajo, el riesgo de ser destituido, la necesidad de contribuir al sostenimiento de la propia familia y los riesgos que pudiera acarrear llevar el asunto de la objeción ante los tribunales, incluso si tal recurso permite alcanzar un final feliz. Por fin, el bioeticista avanza una última pregunta: ¿El acto de la cooperación es consistente con los propósitos éticos de la relación médica? El

médico comprometido moralmente con la vida –convencido de su identidad como *servidor de la vida*– respetará la opinión y el deseo de su paciente pero le habrá de exponer su punto de vista y las razones por las que ella podría reconsiderar su grave decisión. La relación médico-paciente ha de ser del todo punto intachable, prudente y cargada de comprensión. Pero a la vez, el médico no debe ser agente de la *tiranía de la normalidad*<sup>48</sup>: para él todas las vidas son dignas de respeto y tiene la obligación moral de darlo a conocer a su paciente.

Como puede verse, el tema de la complicidad moral en las sociedades multiculturales y de pluralidad moral es, de forma creciente, un acompañante rutinario de la práctica médica, que es perceptible en la medida en que el profesional sea sensible a los dictados de su conciencia, a sus valores y a su nivel de identificación con los auténticos fines de la Medicina, con la sanación de los enfermos (*healing*), esto es, con la curación (*curing*) y el cuidado (*caring*)<sup>49</sup>. Más allá, la práctica clínica puede convertirse en problemática y desidentificadora, tanto si se adopta una posición de superficial tolerancia ante cualquier petición del paciente como si se opta por ser un crítico radical del Estado, al que se sirve. Dos posicionamientos poco recomendables. Es por esto que, dada la naturaleza moral del acto médico, sea importante tener claro en cada momento de nuestra actividad esa “distancia” moral respecto de las acciones que reprobamos, que ha de llevar a una permanente atención en conciencia de nuestros actos y a reconducirlos, si fuere el caso, con la prudencia y la integridad que ha de caracterizar siempre la intervención de los médicos.

Otro ámbito de especial complejidad y de indeseada cooperación al aborto alcanza a ser el diagnóstico pre-natal. Una cuestión donde la figura del objetor puede ser controvertida, por considerarse que el papel del ecografista finaliza al realizar un buen diagnóstico y que no es responsable moral de la utilización ulterior de ese diagnóstico ni de las acciones maleficientes a que ese diagnóstico pudiera conducir. Un ámbito profesional que, contrariamente a lo pensado, puede abrirse a una ética de la responsabilidad y aún más a un choque de las conciencias más sensibles; y donde más puede y debe llegar el apoyo corporativo. En efecto, la práctica de la ecografía para el diagnóstico pre-natal –apoyo de considerable utilidad para el obstetra– puede aportar información sobre posibles malformaciones fetales, severas o leves, cuya trasmisión a los padres podría inducir a un aborto doblemente injustificado, es decir, desde el punto de vista científico y desde el punto de vista deontológico. Pensemos, por ejemplo, en el síndrome de Down. De esta guisa, y en determinados ámbitos de la actividad profesional, su finalidad diagnóstica podría orientarse en la práctica al aborto sistemático. Cuando esta finalidad es prevalente por desinformación

---

<sup>48</sup> G.Herranz, *La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias*, página 554, op. cit.

<sup>49</sup> Edmund D. Pellegrino, “Medicine today, its identity, its role and the role of physicians”, op. cit.

culpable o banalidad de los padres y/o por carencia de medios o equipos para un abordaje terapéutico de los daños fetales, son muchos los autores que mantienen que “los médicos pueden elegir no practicar el diagnóstico pre-natal por motivos de conciencia, si se oponen al aborto<sup>50</sup>.

El ejemplo anterior abre así el ámbito de la cooperación indirecta al aborto eugenésico. Pues si los diagnósticos prenatales se vehiculan a su resolución terapéutica y la información a los padres sobre la levedad o severidad de los daños fetales es correcta, la distancia moral de los diagnósticos respecto a su nivel de cooperación indirecta al aborto es teóricamente grande, y por tanto la actividad diagnóstica cumple con su objetivo terapéutico en el espíritu deontológico del respeto a la vida. Más cuando el entorno clínico y profesional no cumple con estos requisitos y la actividad diagnóstica prenatal es causa-efecto inseparable de una alta correspondencia de abortos eugenésicos –científicamente injustificados– la distancia moral entre el autor del informe y la realidad de este aborto, cuasi sistemático, es corta: La responsabilidad moral que adquiere el médico es alta y, si sus convicciones son las de un *servidor de la vida* –como demanda el Código– la objeción de conciencia está plenamente justificada. Y las instituciones corporativas tienen la obligación de proporcionarle el apoyo deontológico, legal y moral, posible; aunque obviamente el objetante asume los riesgos de la libertad y la incertidumbre y zozobra inevitables de toda apuesta por las soluciones administrativas o el ámbito de la justicia<sup>51</sup>.

Por la creciente banalización del aborto eugenésico y su justificación utilitaria por amplias capas de las sociedades abiertas, el dilema moral del aborto eugenésico se extiende hoy al ámbito de los responsables institucionales de la Ginecología y Obstetricia. Por la naturaleza de estas reflexiones, nuestro común respeto a todas las opiniones bien intencionadas y la amplia representatividad de los planteamientos éticos de nuestra Comisión, es nuestro parecer la necesidad de reflexionar y/o cuestionarse la incorporación de las diversas técnicas de “cribado genético” también desde un punto de vista ético y deontológico; pues su aceptación como mero cientifismo de comportamientos, dando por válidos todos los potenciales *avances* que la industria de la *tecnociencia* pueda ofertar, es cuestionable, en la medida en que se pueden estar sentando las bases de nuevas y peligrosas formas de eugenesia, en otras épocas tan denostada<sup>52</sup>.

---

<sup>50</sup> D.Werz, J. Fletcher y K. Berg, Review in Ethical Issues in Medical Genetics, 2003.

<sup>51</sup> Es conocido el caso del Dr. Esteban Rodríguez, ginecólogo andaluz, que se ha declarado objetor de conciencia al diagnóstico pre-natal y ha aportado información científica fundamentada a la judicatura. A reserva de la decisión de la justicia, el objetor ha obtenido el respaldo judicial cautelar.

<sup>52</sup> La Resolución del Foro Europeo de Discapacidad (Atenas, 2003) titulada “El diagnóstico pre-natal y el derecho a ser diferente”, suscrita por el Comité Español de Representantes de Minusválidos, ha destacado el carácter discriminatorio del aborto eugenésico. Para el Foro, “el diagnóstico prenatal de las malformaciones

El argumento de que, detrás de un diagnóstico genético no se abre de *facto* la finalidad esencial de “curar” de la Medicina y los medios para su aplicación si existen –como ocurre en algunas instituciones sanitarias– y sí solo la finalidad de “abortar”, hace válida la objeción de conciencia e incluso su base jurídica; y debe llevar a los responsables de las instituciones y los Servicios ante el denominado “cribado genético” a una actitud prudencial e incluso crítica. Con una objetiva ponderación, en cada caso, en torno a los riesgos morales en juego y al beneficio real para las personas de los no nacidos y de los padres, que pueda derivar de la incorporación de algunas técnicas. Ni estas reflexiones son el lugar ni es su pretensión abundar en los riesgos de un hipotético “mundo feliz” o en la ideología del *amejoramiento* humano y la eugenesia que, desde algunos foros, se comienza a legitimar; pero sí es nuestro deber alertar sobre las consecuencias a que puede llevar, en cualquier ámbito sanitario, la precipitación y la superficialidad de dar a todo supuesto *progreso* de la ciencia el valor de tal; y especialmente en las aplicaciones de la genética más allá que su estricta finalidad curativa. Toda una amplia bibliografía documental está a la disposición de los médicos interesados.

## **8. El tratamiento de la ley de aborto por las altas instituciones del Estado**

A juicio de esta Comisión es preocupante la poca presencia de la reflexión sobre la repercusión ética y deontológica de la promulgada ley sobre el estamento sanitario, especialmente en las declaraciones de los más importantes entes institucionales al servicio del Estado, el Consejo de Estado y la Comisión de Bioética de España, aunque aportaron un esfuerzo técnico y científico respetable a la calificación de la ley, en puntuales concordancias con la deontología médica. Y dolorosos los silencios de otras instancias institucionales que preferimos no especificar. Por desgracia, el Consejo Superior del Poder Judicial, por su singular composición, no pudo consensuar un informe, dictamen o declaración sobre la ley. Y admirable sin duda, por su independencia, la profundización de la Fiscalía General del Estado en el análisis de la ley, que esta Comisión deontológica asume de forma ampliamente mayoritaria. Aún así, a todos los estamentos que contribuyeron al análisis y enjuiciamiento de la ley con sus dictámenes, al margen de nuestra mayor o menor identificación, esta Comisión les expresa su más sincero reconocimiento.

Nuestras reflexiones tratarán ahora de ilustrar sobre los aspectos positivos de estos dictámenes, a los efectos deontológicos y científicos, sin otra pretensión que la de aflorar ante los profesionales la crisis de la perspectiva deontológica de nuestros Códigos en el juicio

---

genéticas, que está basado en el juicio de valor de que una vida vale menos que otra, no debería llevar a la interrupción del embarazo. Ni tampoco las presunciones sociales erróneas sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad o los factores de coste de las provisiones sociales deberían justificar el aborto por motivos de discapacidad”. Disponible en: [www.cermi.es](http://www.cermi.es) y [www.edf-feph.org](http://www.edf-feph.org).

de estas instituciones y la soledad creciente de la Medicina como institución identitaria ante el Estado. El análisis jurídico de la ley, al que accedemos más adelante, completará esta interesante perspectiva del conflicto ético provocado por la citada Ley.

La lectura de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, ley del aborto promulgada, y el Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de Desarrollo parcial de la citada ley, ofrece la oportunidad de enjuiciar las determinaciones finales del legislador y su apertura o rechazo de las objeciones que, al proyecto de ley, hicieron antes de su promulgación las tres más altas instituciones del Estado y/o convocadas al proceso legislativo por razón de ley: sin orden de prelación, el Consejo de Estado, el Consejo Fiscal y el Comité de Bioética de España. La lectura reflexiva de sus informes o dictámenes permite a esta Comisión y a todos los médicos interesados acceder a las deficiencias y contradicciones de la ley aprobada, al margen del juicio valorativo individual que pueda hacerse y del que, por parte de esta Comisión, se elabora a lo largo de estas reflexiones.

Aunque esta Comisión no participa integralmente de las conclusiones de estos dictámenes –particularmente de aquellos del Consejo de Estado y del Comité de Bioética– por estimarlos distantes de incorporar la carga moral que la ley hace gravitar sobre los médicos –y el daño a la identidad de la Medicina y su deontología– sí estima y se congratula de la voluntad de sus autores por destacar las contradicciones de la ley respecto de la doctrina del Tribunal Supremo o del Constitucional, que el legislador parece ignorar. De modo parcelar, tales contradicciones y las correcciones sugeridas por las instituciones, adecuadas al escenario real del aborto, revelan aspectos claves de la aplicación administrativa y técnica del mismo y son de interés para los profesionales involucrados por la ley.

Por su parte, el Informe del Consejo Fiscal no puede menos que sorprender gratamente, pues a la impecable profundización jurídica que aplica a la ley promulgada, incorpora diferentes interrogantes en torno al proceso de su práctica; y su lectura puede ser útil para entender el sentido de la ley y la ideología que la subyace y determina.

En suma, puesto que los aspectos estrictamente jurídicos y los fundamentos de la ley serán considerados en el punto 9 de estas Reflexiones, en esta sección solo abordaremos los aspectos de relevancia científica y deontológica aflorados por las instituciones, que conviene conocer por los médicos y, en general, por todos los profesionales sanitarios. Sucesivamente y de modo sintético abordaremos: 1) Las precisiones científicas en torno al aborto por las instituciones; 2) las características del proceso de información a la gestante en la tesitura de la objeción de conciencia; y 3) lo que aportan las instituciones del Estado.

### **Precisiones científicas**

Las alusiones y/o valoraciones científicas –en el sentido biológico– afloradas en los documentos se centran en los aspectos jurídicos de la identidad del embrión y del feto por

una parte, y en el abordaje del aborto eugenésico y su procesamiento técnico-administrativo por otra. Las referencias esenciales aluden a la condición del embrión humano y del feto como “bien jurídico protegido” y/o a la protección constitucional del *nasciturus*, cuya consideración se contempla, más adelante, en el apartado 9 de estas reflexiones.

El dictamen del Consejo de Estado, supremo órgano consultivo del Gobierno, no aborda ni toma posición sobre los aspectos científicos del concebido ni sobre los éticos y políticos del proyecto de ley, entendiendo que la decisión sobre los mismos compete al gobierno que dirige la política nacional y en último término al legislador, esto es, a las Cortes Generales. Pero alude al carácter polémico del comienzo de la vida, recordando las apreciaciones del Grupo Europeo de Ética de las Ciencias y de las Nuevas Tecnologías en 1998, sobre las dos grandes concepciones sobre el embrión vigentes, una que afirma que no es un ser humano y por ende no merece una protección ilimitada y aquella otra según la cual el embrión goza del estatuto moral de todo ser humano y debe beneficiarse de una amplia protección. Esta confrontación lastra, según el dictamen (página 23) “el planteamiento de la constitucionalidad del anteproyecto consultado”.

Obviamente, tampoco el Consejo Fiscal entra en consideraciones sobre la identidad biológica y/o filosófica del embrión y del feto. A esta importante definición sí hace alusión, por el contrario, el Comité de Bioética de España, en cuyo dictamen (punto 3, página 6) y bajo el título “El estatuto biológico del embrión” sus autores exponen de forma descriptiva y clara las diferentes opiniones sobre la identidad del embrión humano, donde ya, a la perspectiva estrictamente biológica, se añade otras argumentaciones que implican a los posibles estatutos, ontológico, antropológico y ético del mismo. Es para esta Comisión Deontológica relevante que el Comité de Bioética de España reconozca que “la diferente valoración de los datos biológicos no es irrelevante cuando se trata de elaborar una solución desde otras perspectivas”, pues esta valoración influye –en suma– en las aproximaciones subsiguientes. Frente a determinadas opiniones erróneas en torno al embrión humano el Comité afirma que, desde la fusión de los pronúcleos del espermatozoide y del óvulo hasta el parto el desarrollo embrionario y fetal es un *continuum* y “su vida biológica puede identificarse en todo momento como una vida humana”. Es decir, el embrión pre-implantatorio, el embrión implantado y el feto, en ese proceso de continuidad que le caracteriza es y son una misma vida humana y, por tanto, especie humana.

En suma, el concepto de “vida prenatal” al que el derecho alude identifica la vida de un ser humano y por lo tanto de un ser de la especie humana, concepto nunca equiparable a “un objeto” o a “una cosa”, como de hecho establecen las vigentes leyes españolas sobre la interrupción voluntaria del embarazo, la fecundación asistida y la investigación con embriones congelados. Estas precisiones son destacables por razones bien conocidas. A partir de ellas, el documento sintetiza las divergencias respecto a la relevancia ontológica y

antropológica de determinados “momentos” de ese *continuum* biológico y de las etapas cualitativas que representan y “su trascendencia en términos éticos y jurídicos<sup>53</sup>”. Como se considerará más adelante, el conflicto deontológico que alcanza a los médicos no es sólo la repugnancia a provocar abortos o a cooperar en su procesamiento clínico, sino la responsabilidad jurídica que asumen también al eliminar de la existencia a una vida, a un nuevo ser de la especie humana, al que la norma suprema considera un “bien jurídico protegido”.

Para concluir, en este apartado la Comisión destaca la validez de los argumentos recogidos en el voto particular emitido por uno de los científicos del Comité de Bioética en contra del informe final del mismo, esto es, por el profesor César Nombela Cano, para quien la vida humana —la de cada individuo de la especie humana— es titular de una dignidad que debe ser respetada y protegida. “La dignidad humana no es parcelable y no puede estar sujeta a una gradación ni a condicionantes temporales”—afirma. Y en consecuencia el reconocimiento del derecho a la vida de “todos” incluidos los humanos no nacidos - concluye el científico- es un imperativo ético, anterior a las prescripciones que pueda establecer el derecho positivo. En estas reflexiones hemos considerado los nuevos planteamientos de la eugenesia que retorna, ahora en el contexto de la detección de daños fetales y del cribado genético, aludidos por la SEGO y por Ginecólogos DAV de cuya preocupación participamos y a los que nos remitimos.

Para esta Comisión el contenido del artículo 15.b) y 15.c) resulta de una superficialidad legislativa y de una radicalidad ideológica sorprendente, pues a la mentalidad eugenésica que difunde a la sociedad suma la inseguridad jurídica objetiva que deposita sobre los hombros bien de unos médicos expertos en el diagnóstico pre-natal, bien de un comité clínico, y de ambos sometidos a la presión política y a la presión social, como ya se está experimentando. La ley cambia el sentido de la indicación eugenésica de la primera ley y lo amplía hasta sus límites máximos. La sospecha diagnóstica de discapacidad extrema convierte a la vida del embrión y feto en una vida sin valor y, sobre todo, sin derecho a la vida, es decir, deja de ser un bien jurídico protegido. Es paradójico que, cuando mayor conocimiento se va adquiriendo sobre la etapa embrionaria y fetal de la vida y más abordajes terapéuticos se ensayan —y la consolidación de una verdadera Medicina fetal es una realidad— más visible es el desapego al sufrimiento de estas vidas y el rechazo a la carga que puedan representar para sus familias. La fractura entre el discurso moral y deontológico y el comportamiento social y político, que se difunde en la sociedad, se percibe más profunda e irreparable; sin con ello dejar de apreciar y comprender el sufrimiento de los padres de un hijo gravemente afectado y la angustia por su porvenir que está siempre presente, en medio

---

<sup>53</sup> Comité de Bioética de España, Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del Proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo” 7 de octubre de 2009.

de los precarios recursos que la sociedad puede asignarles y que la profesión médica bien conoce. Sobre las dimensiones deontológicas y jurídicas de la cuestión volveremos más adelante.

### **Características del proceso de la información**

Respecto del proceso de información a la gestante que propugna la ley, es importante conocer la interpretación jurídica que de la norma dieron a conocer las tres instituciones aludidas, precedidas de la formulación establecida *a posteriori* de la promulgación de la ley en el contenido del Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la citada ley.

- a) La dilemática ponderación de valores a que se enfrenta el legislador, entre la libertad de conciencia de la gestante -aceptemos que *ilustrada*- para optar por el aborto y la defensa de la vida del embrión como bien jurídico protegido –como estableció el Constitucional– en el nuevo escenario de un sistema de plazos, plantea problemas prácticos en el procesamiento y en la práctica del aborto, que serían insolubles en ausencia de los recursos del derecho positivo y de la razón instrumental y, por supuesto, de una mayoría parlamentaria. Dos de estas problemáticas graves aluden específicamente a la “información a la gestante” y a la “cooperación de los médicos” en tal proceso de información, sobre las que abundamos seguidamente.

Ciñéndonos al Real Decreto de Desarrollo Parcial de la ley, éste contempla la exigencia de un proceso o procedimiento de la información a la gestante cuyo fin es asegurar la determinación de abortar de la mujer, que le ha llevado a demandarla del sistema sanitario al que tiene libre acceso. Además de ello, el proceso de la información permite proteger lo que el Real Decreto denomina “los intereses en presencia”, es decir, desde la vida pre-natal a la salud de la mujer gestante, a la que garantiza en su intimidad y confidencialidad.

En la ley el proceso de la denominada información a la gestante está previsto en tres fases sucesivas, cuyo conjunto *garantiza* –según el Real Decreto– tal información, entendida esta en los términos en que se expresan tales normas, como veremos en seguida no exentos de un significado no fácilmente asumible por una relación médico-paciente convencional. Según el legislador cada una de estas fases persigue una finalidad distinta. La primera de ella (artículos 17.1 y 21.1 de la ley) pretende una información general de la mujer gestante sobre los métodos del aborto, los centros acreditados para su realización y los trámites que ha de seguir para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente. La segunda fase, una vez la mujer ha optado definitivamente por el aborto –que se regula en el artículo 14 de la ley– se orienta a la protección de la maternidad y en ella el informador ha de dar a conocer a la mujer las

ayudas públicas y los derechos vinculados al embarazo y a la maternidad y los centros donde puede solicitar asesoramiento, se supone que si opta por proseguir su gestación volviéndose atrás de su decisión de abortar. Y una tercera y última fase que se identifica con la información médica inmediatamente anterior a la firma del consentimiento informado, en los términos fijados por los artículos 4 y 10 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y documentación Clínica”.

El citado Real Decreto regula igualmente el Comité clínico y la información previa al consentimiento, regulado por los artículos 148 y 149 de la Constitución española. E igualmente (artículo 8) el deber de información establecido en el artículo 13 de la ley para el consentimiento de las mujeres de 16 y 17 años.

Retornando ahora al primer caso, el Real Decreto 831/2010, de redacción confusa, dedica los artículos 4, 5, 6 y 7 al proceso de la información de la gestante, donde especifica el contenido de la ley a tales efectos. En el 4 aborda lo que denomina “información general” donde se establece que esta información general será facilitada por la autoridad competente de la Comunidad Autónoma o por los centros sanitarios acreditados, y que lo podrá ser, además de por escrito, verbalmente, bien de forma directa, bien a través del teléfono o por medios electrónicos o telemáticos, incluidas las páginas web de las Consejerías o de los Centros de que se trate.

De esta lectura no se desprende quién es el mediador responsable de esta preciosa información inicial, cuando aún podría no haber cristalizado la decisión del aborto y en los momentos de mayor incertidumbre y desconocimiento sobre sus consecuencias de la gestante. Parece claro que el legislador deja en manos de la Comunidad Autónoma la estructura de este primer acto de “información”, incluido si quién informa es un médico, un profesional sanitario no médico u otra persona a juicio del centro acreditado. Todo el proceso administrativo induce a pensar que el legislador prevé la figura de un profesional sanitario -médico o licenciado en Enfermería- para tal labor de información, pero talmente así no consta en las normas publicadas. Aunque, ciertamente, en el caso de los abortos por causas médicas o fetales tal tarea parece atribuida por entero a un médico.

Al observador podría sorprenderle que el Real Decreto no especifique que ha de ser un médico o un licenciado en Enfermería, quien deberá informar sobre los métodos del aborto verbalmente o por teléfono –decisión que obviamente atribuye a la Comunidad Autónoma–; pero más, que esta información previa a la opción abortiva pueda realizarse sólo por escrito (i) u otros modos ajenos a una verdadera relación médico-paciente, tesitura donde queda anulada toda deliberación con la gestante y en la cual no se podría responder a sus preguntas. Es por eso quizá que el legislador añade la

posibilidad de que, además de escrita, la información pueda ser verbal o telefónica, o abre la posibilidad a una más amplia información técnica a través del ordenador. No parece pues que el acto de la información revele en la norma la condición de un acto clínico más sino más bien administrativo, lo cual –caso de serle atribuida tal función– en modo alguno garantiza la seguridad jurídica del médico que intervenga, como más adelante abordaremos.

- b) Porque la cuestión se abre a unos conceptos previos: ¿Qué significa exactamente “información”? En efecto, parece evidente en un primer momento la necesidad de desentrañar el significado de un término, no solo a efectos legales, sino también y principalmente integrado en la realidad del acto médico donde tal información debe aflorar, a la realidad de una entrevista entre médico y gestante, esto es, reconduciendo la exigencia de una correcta información al escenario de una consulta médica. Desde esta perspectiva, las reflexiones que siguen solo alcanzan su significado específico cuando la aplicación de la norma informativa involucre a un médico, profesional que se mueve en un determinado entorno sanitario, que conoce de lo que va su participación en el procedimiento del aborto, tiene su opinión sobre el mismo y su cooperación viene determinada por su pertenencia a un determinado puesto de trabajo en el sistema público. En un segundo momento del análisis se procederá a contemplar la interpretación que, de los aspectos informativos de la ley, han hecho las instituciones del Estado.

A tal efecto, se aceptan hoy cuatro modelos de relación médico-paciente bien delimitados<sup>54</sup>. Aunque la gestante que demanda un aborto no responde al perfil esencialista de lo que la tradición moral entiende por “paciente” o por “enfermo”, la distinción de los mismos le es aplicable: Tales cuatro modelos serían el “paternalista” aplicado a las personas competentes, el “informativo”, el “interpretativo” y el “deliberativo”.

Desterrado el modelo “paternalista” en las personas competentes, el modelo “informativo” o técnico (también llamado “modelo del consumidor”) se reconoce por el objetivo de proporcionar al paciente toda la información relevante de su proceso, para que él, sin influencia del médico, elija entre las diferentes opciones. El médico informa sobre hechos técnicos y radicalmente evita todo influjo personal sobre los valores o las decisiones previstas del paciente. Solo la autonomía de la mujer está presente. En el caso del modelo “interpretativo” todo es igual o muy parecido, salvo

---

<sup>54</sup> Ezekiel J. Emanuel y Linda L. Emanuel, *Cuatro modelos de la relación médico-paciente*, en “Bioética para clínicos”, de Azucena Couceiro (ed.), Editorial Triacatela, 1999, pp. 109-126

que el profesional ayuda a su paciente a articular sus propias decisiones y valores en torno al proceso, y ayudarle así a la mejor elección según sus deseos. El médico nunca juzga los valores del paciente, oculta los propios, y le ayuda a que, desde aquellos, decida lo que juzgue mejor para él. Es obvio que el modelo “interpretativo” no es determinado semánticamente por la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, que se limita a hablar de “información”, aunque no es ilógico pensar que sería el modelo preferido por el legislador, pues como ocurre con el informativo ambos parten de la radicalidad de la autonomía de decisión de la paciente, y de la obligación del médico de no enjuiciar y mucho menos de desaprobare la IVE en términos que puedan convencer a la gestante y ésta cambiarse de decisión.

Finalmente, en el modelo “deliberativo” la relación discurre en un plano de apertura y de confianza mutua y entre ambos, paciente y médico, discuten las diferentes opciones y los valores en torno a ellas y sus daños consecuentes. El profesional no debe ir más allá de la persuasión moral y, en última instancia, ha de evitar toda coacción sobre el enfermo. El médico es aquí un amigo que busca el bien para su enfermo y como tal debe sugerir lo que estima mejor y aconsejar en tal sentido. En un horizonte deontológico de la relación paciente-médico, el modelo “deliberativo” es el preferido del médico y de la mayoría de los pacientes verdaderos, pues es en su seno donde la relación médico-paciente permite cristalizar en una relación de confianza entre dos personas y entre dos conciencias, del paciente y del médico. La deliberación sobre la cuestión clínica aflorada en un clima abierto de búsqueda del mejor bien del enfermo, permite al médico añadir a los datos técnicos su valoración personal en torno a lo más aconsejable para esa persona concreta. El esfuerzo por parte del profesional no tratará de imponer su opinión, pero aportará la imperativa necesidad de sentido común que tantas decisiones clínicas exigen. Puesto que la decisión de opinar es libre para el médico, si éste es contrario al aborto -ya desde una experiencia científica, ya de ambas, científica y moral- con el tacto y la delicadeza adecuadas el médico podría argumentar e incluso disuadir de una decisión previa insegura de la mujer en torno a abortar. La decisión final de la paciente sólo habría incorporado a la presión abortista previa -que seguro habría experimentado- los argumentos y la perspectiva de una decisión alternativa; y obviamente que su decisión final sería, sin duda, más informada y libre, más ponderada.

Pero por la naturaleza también moral del acto médico, el profesional opuesto al aborto pero enfrentado a un proceso informativo -que al final también puede ser clínico- encontraría en el modelo “deliberativo” un fundamento ético quizás suficiente, frente a la opción alternativa de objetar o de cooperar al proceso del aborto contra sus convicciones. Se atenuaría aquella cooperación indirecta pero material a la que hemos hecho mención, ampliándose esa distancia moral a la hicimos mención.

Condición que podría seguirse de las ulteriores decisiones a que aludimos. Como ya reflexionamos, el modelo “deliberativo” de la información previa de la gestante, por un presunto médico objetor, si bien abre la puerta a una “cooperación indirecta” en el proceso del aborto, ésta es sólo material y no formal; pues de otro modo —a través de una entrevista meramente informativa o interpretativa— participaría con una cooperación fácticamente “formal” y “material” incorporada ya en su actividad diaria; y dañosa para la conciencia del profesional identificado con los valores deontológicos.

No queda definido en tal Real Decreto ni en la ley de aborto qué significa exactamente el concepto de “asesoramiento” al que se hace alusión en el artículo 17.2 de la ley, pues la mujer que acude a esta segunda fase de la información ya ha optado por la IVE y porque, a las finalidades sanitarias y sociales orientadas a la defensa de la maternidad antes aludidas, se suma el asesoramiento sobre los medios de prevenir los embarazos futuros y los centros donde puede ser informada después de abortar. Se entiende así que esta información en sobre cerrado no constituye un auténtico asesoramiento orientado a que la mujer no aborte y en tal sentido a una finalidad verdaderamente defensora de la maternidad, como se afirma en el Real decreto; sino de una mera información adicional a la gestante que ya ha optado por la IVE, sin una real y obligada interlocución deliberativa que realmente transmita convicción a la mujer sobre la bondad de proseguir el embarazo. En suma, más bien sugiere un trámite donde el Estado teóricamente cumple los requisitos mínimos para sostener la existencia, en la ley, de un mecanismo ponderativo entre la autonomía de la mujer y el embrión hijo como bien jurídico constitucionalmente protegido.

Es evidente que, en este segundo caso, la asunción plena del objetivo asesorador sin reservas, por un profesional, adquiere la condición de cooperación indirecta al aborto aunque al médico repugne; y con ello al correspondiente conflicto legal al no estar este “asesoramiento” abierto a la objeción de conciencia legal<sup>55</sup>.

---

<sup>55</sup> Un verdadero asesoramiento a favor de la maternidad no está garantizado en la ley, como viene a ser una experiencia reconocida en otros países, aunque de forma teórica se cumpla el requisito legal: y que, en los casos en que la decisión de no abortar aún quedare abierta en la mujer, la lectura de algunos beneficios en el texto informativo pueda darle un empujón definitivo. Como enfatiza el bioeticista Daniel Callahan —no opuesto al aborto legal— la dificultad intrínseca de la toma de una decisiones de la mujer es manifiesta: “Hay tres obstáculos principales para tomar seriamente una decisión. El primero... es el miedo y el rechazo a discutir abiertamente lo que podría constituir una opción moral injustificable. La moralidad de la elección, por tanto, se hace trivial. El segundo problema es la ausencia de seriedad en el asesoramiento sobre el aborto, particularmente en las clínicas que ejecutan un gran número de ellos. Rara vez investigan el pensamiento propio de la mujer, las implicaciones del aborto para sus vidas o la posibilidad de que estén influidas o coaccionadas ...para hacer algo que, de otra manera, no querrían. Si verdaderamente se cree en una toma de decisiones real (“autónoma” en nuestra ley) en algo que requiere reflexión y seriedad, entonces...la propuesta de un período de espera obligatorio de unos días parece un ajuste razonable...El rechazo a esta posibilidad

## Lo que aportan las Instituciones del Estado

A estas consideraciones deontológicas en torno a la ley de aborto y a los decretos de desarrollo parcial, hemos de añadir ahora el importante enjuiciamiento de las instituciones que, al servicio del Estado, fueron instadas a dar su parecer. De ello hay que destacar que el Comité de Bioética dedicó sólo cinco líneas -en un Informe de treinta y seis páginas- a la cuestión de la información de la gestante, aunque estimó con acierto la insuficiencia del texto en el anteproyecto de ley y con cuya confusión hemos iniciado este apartado. La afirmación del Comité de que la citada información debería ser verbal, directa y personalizada -sobre lo que plenamente coincidimos- pone de manifiesto la superficialidad del legislador al proponer la alternativa telefónica o la mera información electrónica de la mujer; señal del aprecio meramente formal de la información más allá de constituir una etapa o trámite en el proceso del aborto, como se afirma en el prólogo del Real Decreto de desarrollo parcial de la ley, un mero paso en la confirmación del primario impulso abortista de estas madres (o de sus consejeros) no precisamente serenas ante la expectativa de una tan compleja decisión. Una información que, al exigir por el Comité de Bioética también el respaldo documental y por escrito, parece sugerir al interprete la posición *in mente* de este Comité a favor de una relación médico-gestante de carácter “deliberativo” y no sólo informativo; posición que el texto abordará después al afirmar (página 17) que como el Estado “si bien no impone conducta alguna”... “no debe abdicar de sus obligaciones de preservar la vida en formación a través de políticas educativas, informativas de tutela de la mujer embarazada”.

Respecto al problema de la menor madura (de 16 y 17 años) en la tesitura de un aborto, es aquí donde se intensifica la dramática soledad de la gestante ante una decisión autónoma tan grave para una mujer muy joven y sometida, las más de las veces, a una presión radical. El dilema moral emerge con toda su crudeza cuando, por formación o creencias, estas madres experimentan una seria incertidumbre sobre su decisión. Por fortuna, la presencia de los padres -aunque no tengan la última palabra- puede representar un punto de apoyo afectivo y cercano, incluso si la empujan al aborto. En tales casos, el papel ponderativo del médico que ha de informarla, es decir, desde el modelo deliberativo, puede restaurar el equilibrio de perspectivas y hacer más libre y contrastada la decisión de la menor.

Aquí pues -como afirma el Consejo de Estado (pág. 33)- “la garantía del bien jurídico que el feto implica debe buscarse mediante una información adecuada a la madre gestante sobre lo que la interrupción del embarazo es, y supone, y sobre las ayudas que, en caso de continuar con el embarazo, puede obtener durante la gestación y después del nacimiento

---

sugiere más el deseo de elevar al máximo las posibilidades del aborto que el de aumentar las posibilidades de tomar una u otra opción por la mujer” (En “*Debate sobre el aborto: ¿Puede curarse esta enfermedad pública crónica?*”, *Clínicas de Ginecología y Obstetricia norteamericanas*)

–cualquiera sea el estado de salud del nacido– aspecto este último sobre el que insistirá más adelante. A la vez que se incrementan las así las garantías del feto, se habilita a la madre a ejercer plenamente su voluntad de opción por ser una libertad ilustrada”.

Con todo, la complejidad del consentimiento y de la confidencialidad de la menor no queda despejada. Romeo Malanda<sup>56</sup> ha mantenido, en base a diferentes fundamentos jurídicos –incluida la ley de autonomía del paciente– que “en el caso de una menor de edad, su consentimiento será inválido e ineficaz y será indispensable la autorización de los representantes legales, siempre en función del deber que tienen de velar por el bienestar de la mujer que se encuentra bajo su patria potestad o tutela y no en virtud de sus propios intereses o ideologías”. En caso de desacuerdo o en grave peligro para la menor, el facultativo habría de acudir a la autoridad judicial. Por otra parte, los médicos podrían verse ante conflictos de compleja solución cuando los representantes legales pretendan la terminación del embarazo pero la menor se niegue. O a su vez, cuando siendo menor la mujer, a juicio del médico carece de capacidad para entender la información sobre sexualidad y aborto y sobre la importancia de su decisión. En estos casos y otros posibles ¿queda enteramente garantizada la seguridad jurídica de los médicos que practiquen el aborto? Un sector de la doctrina opina que, en caso de no revelarse suficiente capacidad de juicio en la menor, no basta haber cumplido 16 años, sino que hay que haber accedido a la mayoría de edad para adquirir la capacidad legal de decisión. En tales casos de desacuerdo y en otros, parece evidente que pueden darse dificultades en el juicio legal de las decisiones tomadas por el médico y previsibles conflictos ante la ley.

### **Dictamen del Consejo de Estado**

A juicio de esta Comisión deontológica la información a la gestante en el dictamen del Consejo de Estado, de 17 de septiembre de 2009, es contemplada indirectamente en diversos momentos, pero directamente en la denominada quinta consideración del dictamen (pág. 33): La garantía del bien jurídico que el feto implica debe buscarse mediante una información adecuada a la gestante sobre lo que la interrupción voluntaria del embarazo es y supone, y sobre las ayudas que, en caso de continuar con el embarazo, se pueden obtener....etc. Pero a continuación el dictamen afirma: “A la vez que se incrementan así las garantías del feto, se habilita a la madre a ejercer plenamente su libertad de opción por ser una libertad ilustrada”. Esto es, en expresión de la Asamblea consultiva del Consejo de Europa: una “opción libre e ilustrada sin promover particularmente el aborto” (pág. 33).

De acuerdo con este juicio valorativo, el dictamen aborda en VIII la información a la mujer gestante, considerando la necesidad de formular mejor los artículos 14.a y 17 del texto

---

<sup>56</sup> Sergio Romeo Malanda, *Minoría de edad y aborto: algunas consideraciones sobre consentimiento y confidencialidad*, Humanitas, nº 28, junio 2008, pp. 13-32

aportado. Sobre los dos tipos de información que preveía el anteproyecto, la prevista en el artículo 17.1 referente a los métodos para la práctica del aborto y su cobertura por el Servicio Público de Salud; y la prevista en el artículo 17.2 relativa a las ayudas y derechos vinculados al embarazo, parto y maternidad, los autores aportan sus consideraciones. La primera se prevé para la mujer que manifiesta su intención de abortar y la segunda para una vez opte por la IVE. Aunque el dictamen no ve consecuente el orden informativo del anteproyecto, a nuestras reflexiones interesan sobre todo las puntualizaciones a las que se refiere el dictamen en su página 45. Tanto en el caso de la mujer que opta por continuar o por interrumpir su embarazo, afirma, la información debe ser “personalizada”, no se debe dar solo por escrito sino también verbalmente y para servir de garantía al bien jurídico del feto y, aún sin introducir consideraciones éticas ni religiosas, *ha de orientarse a la promoción de la maternidad y no al aborto*, ofreciendo en el acto informativo ayuda a la madre gestante<sup>57</sup>. En palabras más rotundas: el proceso informativo de la gestante ha de orientarse a disuadirla del aborto desde bases científicas y de sabiduría humana en todo caso, evitando el choque que pudiera darse si refuerza su argumentación con conceptos religiosos. Esto último es rechazado por el dictamen, “pues la información puede y debe ser ajena a todo planteamiento religioso o ideológico por exigencias del artículo 16 de la Constitución; y tampoco lo puede ser desde el punto de vista administrativo, pues “traicionaría los valores del Estado” que es “prestacional al servicio de la vida como requiere el artículo 17.2 a y b del propio anteproyecto”.

En suma, el dictamen aconseja un “asesoramiento personalizado y debidamente organizado con personal profesional debidamente cualificado” (que, por la naturaleza de las explicaciones, parece aludir a personal sanitario, a médicos y/o licenciados en Enfermería) que argumente adecuadamente a la gestante en la perspectiva de proteger la vida del embrión y del feto, aunque de forma que no implique coacción y salvaguarde su libertad. En opinión de esta Comisión, en tales condiciones el acto informativo convertido en “asesoramiento” tiene la singularidad de transformarse en un acto clínico de tipo “interpretativo”, difícilmente no trasmutable en “deliberativo” si el ordenamiento a favor de la vida se identifica con la opción científica del profesional; y difícil de interpretar –por lo kafkiano de la redacción– la afirmación del dictamen de que, tal asesoramiento “no se trata de un consejo sino de una información”.

Para mayor concreción el dictamen afirma no ignorar la dificultad de asegurar una información personalizada a la mujer gestante “sin que ello comporte una violación del derecho a su intimidad, pues en ocasiones aquella pudiese precisar datos que afectan a ésta, pero es preciso conjugar ponderadamente una y otra, como se hace en cualquier información clínica”. Se trata en suma, rizando el rizo, de informar y asesorar a la mujer

---

<sup>57</sup> La cursiva ha sido introducida en estas reflexiones para destacar la importancia del texto.

desde la perspectiva de proteger la vida del no nacido, pero de modo que, correctamente informada y asesorada, se promueva la auto-responsabilidad de la gestante y en ningún caso su libertad de opción quede coaccionada. En definitiva, el Consejo de Estado entronca con el Tribunal Constitucional Federal alemán para el cual, esta forma de plantear las cosas, representaba una verdadera tutela no penal del *nasciturus*.

El Consejo de Estado propondría –simplificado su dictamen- que los médicos o el cualificado personal de Enfermería que interviniera en el proceso informativo inicial del aborto, “debería animar a la mujer a continuar con el embarazo, abrirle nuevas perspectivas de la vida de su hijo”, “ayudarla a tomar una decisión responsable y consciente (...) mediante el consejo y la ayuda..., de modo que la mujer supere la situación de conflicto asociado al embarazo y remedie la situación de necesidad”. Como puede colegirse, el Consejo de Estado plantea en su terminología un asesoramiento que, además de información, incluya una verdadera y abierta deliberación con la gestante y por tanto de un profesional sanitario convencido del valor superior de la vida y a la vez consciente de las limitaciones de su asesoramiento.

Respecto a la segunda información, que en realidad es la tercera según las consideraciones previas del Real Decreto, una vez la mujer ha optado por abortar y opera la remisión de la gestante a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, el dictamen afirma que “se aplica adecuadamente,” pues “ parece lógico que, si a los efectos de la edad para asumir la responsabilidad de la decisión de abortar se asume el contenido de la citada Ley 41/2002, no se siguiese igual modelo en cuanto a regular la información que la gestante ha de recibir antes de someterse a la intervención. El dictamen alude a la doctrina del Tribunal Supremo<sup>58</sup> sobre el derecho al consentimiento a un acto informativo “con tiempo y dedicación suficiente” al paciente, de modo que “pueda adoptar la solución que más interesa a su salud”(…) y que es una medida “para permitirle hacerse cargo o valorar las posibles consecuencias que pudieran derivarse (...)” y, a la vista de ello “elegir, rechazar o demorar una determinada terapia por razón de sus riesgos...”.

El Consejo de Estado critica así la precipitación que el pre-legislador imprimió en el anteproyecto entre la información y la asesoría –según ya hemos visto- y entre ésta y la ejecutoria del aborto. Apenas ha tenido tiempo de madurar en cualquier mujer tan grave decisión -parece decir- como es abortar. Y para mayor reafirmación se remite a las consideraciones de la sentencia del Tribunal Supremo, de 15 de noviembre de 2006, que reitera la jurisprudencia sentada en las sentencias de 27 de abril de 2001 y de 29 de mayo de 2003 de lógica jurídica; y alude a lo que especifican las normas deontológicas de la corporación médica en vigor (v. gr. Código de Ética y Deontología médica del Consejo

---

<sup>58</sup> Sentencia del Tribunal Supremo de 15 de noviembre de 2006, que reitera sentencias previas de 2001 y 2003

General de Colegios de Médicos, 1999, artículo 24, y códigos deontológicos de Madrid, art. 24.2; Sevilla –art. 24.1- y Granada –art. 24.1- entre otros).

Finalmente, para la necesidad de garantizar la objetividad de la información, el dictamen aconseja un protocolo para todo el territorio nacional y la exigencia de un personal debidamente formado y especializado que no puede ser exclusivamente sanitario.

### **Opinión del Consejo Fiscal**

Sobre el proceso de la información y asesoramiento de la gestante que solicita un aborto, es interesante abundar en lo propugnado por el Consejo Fiscal. En esta perspectiva deontológica de los dictámenes institucionales, a la que siempre nos remitimos, no se aflorará los criterios estrictamente jurídicos emitidos por el Consejo, que se retrasan a la sección 9 de este documento. Abordaremos sólo lo que corresponde al proceso de información de la gestante y a la práctica del consentimiento informado, es decir, a lo que venimos denominando la perspectiva deontológica.

Respecto de las “Condiciones comunes...” a que hace alusión el artº. 13, el Consejo Fiscal deduce de la norma que la carencia del documento de consentimiento informado -un defecto en su obtención- puede dar lugar a una grave responsabilidad penal por parte del profesional que lleva a cabo el aborto y, por tanto, insiste en la necesidad de que la ley observe un riguroso cuidado en el modo y los supuestos en que dicho consentimiento puede ser prestado por otra persona”.

Muy grave y rechazable es –entiende el Consejo Fiscal– la opinión del entonces pre-legislador respecto del punto 4 del artículo 16 de la ley, referente al Comité clínico, donde se afirma: “No podrán formar parte del Comité quienes se hayan manifestado contrarios a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo”; y ello por considerar el texto de difícil encaje constitucional. “Ninguna duda debe haber acerca de que tal manifestación es fruto de la libertad de expresión de quien la efectúa, apoyada, además, en su libertad ideológica” refuta el Consejo: El argumento de que en tales casos la persona no podría actuar con imparcialidad y objetividad se habría de aplicar por igual a aquella persona que, como fruto legítimo de su libertad ideológica, sea radicalmente partidaria del aborto libre.

Se evidencia así, para nuestra Comisión, la distancia conceptual y de convicciones que puede mediar entre la intención de entonces *pre-legislador* y la tradición moral de la Medicina (y en particular de la Medicina española y sus códigos) pues que, con tal redacción, habría de ser excluida del Comité gran parte de la colegiación del país. Es por esto que la imposición del citado punto 4 en su día solo pudo causar estupor. El legislador tomaría buena nota de ello y suprimió este requisito para la elección de miembro del Comité en la ley.

Los Códigos deontológicos de los médicos son frecuentemente ignorados por la ley y/o despreciados por el legislador, toda vez que el art. 43.1 del Código de la OMC –código

nuclear de la Medicina española— establece que “Los médicos funcionarios y los que actúan en calidad de peritos deberán también acomodar sus actividades profesionales a las exigencias de este Código”. Un Código que dedica todo un capítulo al respeto a la vida y a la dignidad de la persona (capítulo VI) y que, en su interpretación más fidedigna y por hoy vigente mantiene que: “ante la legislación, el Código sigue señalando que el deber ético de respetar la vida prenatal está por encima de la permisividad introducida por la ley, pues no depende de la calificación jurídico-penal de las acciones. Todo aborto, es decir, la destrucción deliberada de un ser humano antes de su nacimiento, en cuanto conducta carente de respeto médico es descalificado éticamente, con independencia de lo que los legisladores establezcan sobre la no-punibilidad de quienes practiquen abortos en determinadas circunstancias”<sup>59</sup>. Esto no debería ser ignorado por ningún legislador. En consecuencia, la supresión del texto del artículo 16.4, del que en su día fuera un anteproyecto sometido al análisis jurídico del Consejo Fiscal, visto a *posteriori* es percibido por nuestra Comisión deontológica como una reafirmación de la fe en la justicia y en las instituciones que velan por la pureza de la Constitución.

Desde el punto de vista igualmente deontológico, la Comisión valora las reservas del Consejo Fiscal al artículo 17, no solo a la inexactitud de la denominación de los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y *sexo seguro* (17.2. c.) —dado lo equívoco del concepto de “sexo seguro”— sino y sobre todo por lo que respecta a la objetividad de la información sobre el aborto que se haga llegar a la mujer. Suscribe así el Consejo la necesidad de un verdadero asesoramiento y no de una mera entrega de documentación; un requisito vigente en algunos países de nuestro entorno, afirma, y verdaderamente necesario en los países con una Constitución donde se establece que “todos” tienen derecho a la vida.

## 9. El estatus jurídico y constitucional de la Ley

Por fin, en el final de estas reflexiones, la Comisión deontológica del Colegio de Médicos de Madrid decidió incluir una visión o panorámica jurídica y constitucional de la ley que nos ocupa, sin la pretensión de representar un dictamen jurídico; no por considerar que nos cabía un alto conocimiento de la doctrina al respecto, cuanto por la abundante y crítica documentación sobre la citada norma que ha llegado a nuestra contemplación y análisis, la brillantez de los diferentes razonamientos desde el Derecho y nuestra indudable sorpresa. Y en contraste, por la sorprendente transmutación de conceptos, exclusión y/o eliminación de la fuerza de ley de la doctrina constitucional —o de importantes Tratados internacionales firmados por el Estado— que la ley incorpora y que, con aparente impunidad, se reconduce al

---

<sup>59</sup> Gonzalo Herranz Rodríguez: “Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica”, p. 19, Eunsa (1992).

voluntarismo poderosamente ideológico del legislador, sin atención a muchas de las reservas que se habían aflorado y vertido en los informes preceptivos de las diferentes instituciones del Estado.

Era preciso pues que estas reflexiones desde la Comisión a los médicos y a la sociedad, de forma sencilla y tal vez sin pureza semántica, incluyera esta perspectiva jurídica y sus ideas fueran trasmitidas a los colegiados de la Comunidad de Madrid y del resto del país. Con la eficaz ayuda de la Asesoría Jurídica de la Comisión, co-autora de estas reflexiones, mostramos a continuación una perspectiva jurídica sobre las contradicciones en las que abunda la reciente ley de aborto y sobre otros apuntes legales injertados a lo largo del documento, que se han de añadir al rechazo generalizado a la ley desde la perspectiva deontológica que, a lo largo de este documento, el lector habrá podido reconocer.

### **Reflexiones previas**

La primera reflexión de fondo jurídico que la ley proporciona a los médicos es su alambicado título: La ley de aborto aprobada se denomina “de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo”, una denominación ideológica que relaciona la salud sexual y reproductiva con una voluntad de aborto libre en las primeras 14 semanas del embarazo, en clara vinculación con la hoy denominada *ideología de género*. Por su carácter de debate ideológico, estas reflexiones, siguiendo la pauta de respecto a los diferentes planteamientos presentes en la sociedad, no entrará en su consideración. Sí por lo que nos atañe como técnicos –y por su alambicamiento y la deconstrucción que implica – nos reconocemos distantes de la expresión “interrupción” voluntaria del embarazo. Tal denominación sugiere que se pretende huir del cierto consenso en la Comunidad Europea respecto a denominar “terminación del embarazo”<sup>60</sup> a un supuesto como el regulado; lo que no deja de ser curioso, máxime cuando la expresión no se adapta correctamente, a juicio de esta Comisión, a lo que luego se regula en la norma, como ya indicaba el informe del Consejo Fiscal.

Parece como si el legislador quisiera no enfatizar sobre la decisión de “terminar” un proceso de gestación iniciado, sino de mitigarla o disfrazarla mediante la utilización del término “interrupción”, para huir de la consideración de la terminación de una vida, aunque esta sea incipiente. Además, y en este sentido, ha de tenerse en cuenta lo ya manifestado por el Consejo Fiscal en su informe. En la integración de los derechos de autonomía y libertad de las mujeres en lo que respecta a su salud sexual y reproductiva, se intenta inscribir y a la vez

---

<sup>60</sup> Muchas legislaciones de nuestro entorno emplean una expresión más certera que la de “interrupción” voluntaria del embarazo para tratar este asunto. Realmente se trata de terminar con un embarazo, no de interrumpirlo, por lo que no hay justificación suficiente para no denominar a las cosas como lo que son. La legislación de Bélgica, Finlandia, Italia u otras hablan claramente de “terminación” del embarazo.

circunscribir lo que se denomina “derecho a decidir en la terminación voluntaria de un embarazo”; derecho que, por lo demás, no está especialmente reconocido en la legislación de nuestro entorno europeo, como más adelante consideramos; antes al contrario, diversos instrumentos internacionales reconocidos por España –principios de derecho internacional acogidos por nuestro país– tienden a reconocer y proteger la vida del no nacido (*nasciturus* en la terminología del Derecho Romano clásico) como puede ser el Convenio Europeo de Derechos Fundamentales y Libertades Públicas o el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos entre otros.

También quiere destacarse aquí como consideración previa que, contrariamente a lo que se menciona en la ley aprobada, la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea, a diferencia de nuestro país, han desarrollado legislaciones basadas en la necesidad de la concurrencia de causas que justifiquen el aborto provocado, o lo que es lo mismo, en tener presente en todo momento la necesidad de sopesar los bienes y derechos en conflicto que se producen con ocasión de una decisión de esta naturaleza, incluyendo entre esos derechos y bienes en conflicto el derecho a la vida del *nasciturus*.

El vigente Código de Ética y Deontología Médica (1999) dedica a esta materia el capítulo VI, denominado “De la Reproducción Humana”, y más concretamente los siguientes artículos, que, por su confrontación con la ley del aborto, vamos a reproducir:

#### *Artículo 23*

El médico es un servidor de la vida humana. No obstante, cuando la conducta del médico respecto al aborto se lleve a cabo en los supuestos legalmente despenalizados, no será sancionada estatutariamente.

#### *Artículo 24*

1. Al ser humano embrio-fetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplican a los demás pacientes.
2. El médico únicamente podrá efectuar una intervención que trate de modificar el genoma humano con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos. Se prohíben las intervenciones dirigidas a la modificación de características genéticas que no estén asociadas a una enfermedad y las que traten de introducir cualquier modificación en el genoma de los descendientes.
3. Salvo en los caso que sea preciso, para evitar una enfermedad hereditaria grave ligada al sexo, el médico no utilizará técnicas de asistencia a la procreación para elegir el sexo de la persona que va a nacer.

#### *Artículo 25*

El médico deberá dar información pertinente en materia de reproducción humana a fin de que las personas que la han solicitado puedan decidir con suficiente conocimiento y responsabilidad.

#### *Artículo 26*

1. El médico tiene el derecho a negarse por razones de conciencia a aconsejar alguno de los métodos de regulación y de asistencia a la reproducción, a practicar la esterilización o a interrumpir un embarazo. Informará sin demora de su abstención y ofrecerá, en su caso, el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Respetará siempre la libertad de las personas interesadas en buscar la opinión de otros médicos. Y debe considerar que el personal que con él colabora tiene sus propios derechos y deberes.
2. El médico podrá comunicar al Colegio de Médicos su condición de objetor de conciencia a los efectos que considere procedentes, especialmente si dicha condición le produce conflictos de tipo administrativo o en su ejercicio profesional. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria.

Aparte de las referencias al Código en el libro “Deontología Médica del Siglo XXI”<sup>61</sup>, la Comisión deontológica de ICOMEM manifestaba que, en la primera de las citadas normas -y en armonía con lo dispuesto en el artículo 4 del mismo Código- el médico es, por esencia, un “servidor de la vida”, máxime cuando la profesión médica tiene como uno de sus fines fundamentales el respeto radical de aquélla. Como apuntaba Herranz<sup>62</sup>, el respeto a la vida humana en cualquier estadio de la misma está en armonía con la clásica deontología médica, que siempre ha defendido una posición de absoluto respeto a la vida. También entendió que, en este punto, había que distinguir entre lo que denominaba “disposición legal” y lo que denominaba “disposición deontológica”; y que aún cuando era evidente que la disposición legal estaba por encima de la disposición deontológica, ello no debería llevar consigo siempre, como reflexión final, que la consideración deontológica fuera de significado moral inferior. De ahí que se argumentara que no podía ser considerado deontológicamente reprochable el aborto en los supuestos marcados por la ley, aunque sí los efectuados fuera de ella.

Ahora bien: ¿puede seguirse el mismo criterio con la actual reforma llevada a cabo por la ley? Pues es claro que hoy la norma no solo habla de “plazos” sino que también regula otros supuestos distintos. Quizá el debate pendiente sigue siendo el mismo: la consideración legal de la vida humana, y cuándo ésta puede considerarse –no exclusivamente desde el punto de vista científico– que existe como tal. La consideración deontológica, lejos de difusa es clara y

---

<sup>61</sup> Deontología Médica del Siglo XXI, Editorial San Carlos, Madrid 2009.

<sup>62</sup> op. cit.

admite que en el juego de los derechos entre una gestante y el *nasciturus* no debe predominar necesariamente, y en todo caso, el interés de la madre, tal y como se afirma hoy por la nueva ley en los artículos 12 y 14, sino que también debe tenerse presente, como interés a ponderar, la vida en formación del que ya es un individuo humano, una vida independiente o una vida considerada como un *tertium* existencialmente distinto de la madre, aunque alojado en el seno de ésta. La cuestión lleva décadas sometida a interpretaciones diversas según los intereses subyacentes, los diferentes abordajes filosóficos y el siempre carácter de *llave* del embrión humano para la anticoncepción y la investigación científica y para las diversas leyes y normativas que las regulan.

Aunque la cuestión del estatuto ontológico del embrión no es abordada en estas reflexiones, en esta sección de la misma -donde contemplamos someramente los aspectos jurídicos y constitucionales de la ley- no podemos obviar la aportación que el Tribunal de Justicia de la Unión Europea tramita en estos momentos. En efecto, el pasado 10 de marzo, se hicieron públicas las Conclusiones del Abogado General Sr. Yves Bot<sup>63</sup>, que responden a una petición del *Bundesgerichtshof* (Tribunal federal de patentes de Alemania) ante el Tribunal de Justicia de la Unión Europea en relación con la interpretación del concepto de “embrión humano”, no definido en la Directiva 98/44/CE relativa a la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas. Se trata de saber si la exclusión de la patentabilidad del embrión humano concierne a todos los estadios de la vida desde la fecundación del óvulo o si deben cumplirse otros requisitos, por ejemplo, que se alcance un determinado estadio del desarrollo.

El informe del Abogado General ha sido de una sorprendente originalidad y exactitud científica, como no podía ser menos. En síntesis, el Abogado General señala que “las células totipotenciales, que aparecen desde la fusión de los gametos y que solo subsisten con esta forma durante los primeros días del proceso, presentan la característica esencial de tener cada una por sí misma la capacidad de desarrollarse hasta formar un ser humano completo. De este modo, dichas células, en la medida en que constituyen el primer estadio del cuerpo humano en el que van a convertirse deben calificarse jurídicamente de embriones, cuya patentabilidad debe excluirse”.<sup>64</sup> Con posterioridad –y tras una argumentación rigurosa– establece que debe concederse la calificación de embrión al blastocisto..., pues, según el Abogado General<sup>65</sup> “el principio de la dignidad humana, al que se refiere la Directiva, se

---

<sup>63</sup> Tribunal de Justicia de la Unión Europea, Conclusiones del Abogado General Sr. Yves Bot, presentadas el 10 de marzo de 2011, Asunto C-34/10, Oliver Brüstle contra Greenpeace eV. Petición de decisión prejudicial planteada por el Bundesgerichtshof (Alemania).

<sup>64</sup> Tribunal de Justicia de la Unión Europea. Comunicado de prensa nº 18/11, Luxemburgo, 10 de marzo de 2011, Conclusiones del Abogado general en el asunto C-34/10 Brüstle/Greenpeace eV.

<sup>65</sup> op. cit.

aplica a la persona humana existente, al niño nacido, pero también al cuerpo humano desde el primer estadio de su desarrollo, es decir, el de la fecundación”. Las conclusiones del Abogado General no vinculan al Tribunal de Justicia, pues su función estriba en proponer al Tribunal, con absoluta independencia, una solución jurídica al asunto del que se ocupa; pero la integridad del informe y el impecable enjuiciamiento científico del Abogado General, tendrá necesariamente un efecto revulsorio sobre una cuestión distorsionada de su realidad biológica desde hace décadas y por intereses no siempre vinculados a la ciencia.

Desde el punto de vista ético deontológico no se puede ignorar la vida humana en esta etapa o proceso del desarrollo embrionario, que no solo es condición *sine qua non* para la vida fuera del seno materno sino que es el simple desarrollo de una vida humana individual o vida del *nasciturus* que, en cuanto encarna un valor fundamental, debe ser garantizada bajo la expresión “todos tienen derecho a la vida”, recogida en la Constitución Española, siendo ésta y no otra la interpretación que desde siempre ha mantenido el Tribunal Constitucional. Una interpretación en armonía con la norma deontológica aludida –y ahora en las Conclusiones del Abogado General de la Unión Europea– que sienta todo un cuerpo de doctrina que ha dado carta de naturaleza al régimen jurídico constitucional que corresponde a la vida humana en formación; y que de forma acertada se examina en el informe del Consejo Fiscal frente al anteproyecto de ley. En definitiva, la protección que se dispensa al *nasciturus* implica para el Estado la obligación de abstenerse de interrumpir o modificar el proceso natural de la gestación, así como a establecer un sistema legal de protección de la vida que suponga un verdadero aseguramiento efectivo. Es obvio que la ley promulgada no se atiene a esta doctrina.

### **Sobre los aspectos técnico-jurídicos de la ley**

En este sentido, la Comisión deontológica del ICOMEN reafirma y se adhiere, desde la perspectiva ético-deontológica, al punto de vista manifestado por el Consejo Fiscal en su concluyente dictamen.

- 1) Primar o dar primacía a la declaración de voluntad de la mujer en relación con la interrupción voluntaria del embarazo sin hacer referencia a otro tipo de causas o requisitos (supuesto regulado en el artículo 14 durante las primeras 14 semanas) supone dar carta de naturaleza al rechazo a un bien constitucional protegido como es el *nasciturus* y obviar la observación del principio ético-deontológico del respeto a la vida y del *alterum non laedere*. En palabras del propio Constitucional se trata de graves conflictos de características singulares que no pueden contemplarse solo desde la perspectiva de los derechos de la mujer o desde la protección de la vida del *nasciturus*. Ni aquellos pueden prevalecer incondicionalmente sobre éstos ni tampoco al contrario, que los derechos de la mujer puedan tener primacía absoluta –incondicional– sobre la

vida del *nasciturus*; ya que con ello se da prevalencia a uno frente a la desaparición del otro, en este caso del *nasciturus* como bien constitucionalmente protegido.

Es necesario por tanto ponderar y determinar la proporcionalidad del sacrificio de un valor (vida humana individual) frente a un derecho (autonomía de la mujer), y ello dentro del supuesto concreto planteado, huyendo de generalidades y tratando con sosiego y pausa de armonizar los intereses en conflicto o, por lo menos, determinando las condiciones o requisitos en los que con absoluta libertad de ciencia o de conciencia ha de prevalecer el uno sobre el otro. No puede sostenerse por tanto que en las primeras 14 semanas impere sin discusión alguna, la sola voluntad de la mujer (como veremos más adelante, bien o mal informada) en contra de un postulado constitucional y ético deontológico, ahora también refrendado por el dictamen del aludido Abogado General. Mantener este postulado a ultranza sería concebir la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como un instrumento o método más de planificación familiar, y es evidente que ello es totalmente inadmisibles desde el punto de vista legal y desde el punto de vista ético deontológico.

- 2) La interrupción voluntaria del embarazo no puede considerarse desde la perspectiva ético deontológica como un *derecho* de la mujer. Todo sugiere que tampoco desde el punto de vista jurídico. Desde la perspectiva jurídica se ha indicado que existen determinados supuestos en los que la interrupción del embarazo queda desprovista de reproche penal (casos límite) y que el valor de la primacía del derecho protegido como es la vida cede ante situaciones extremas que responden a lo que se ha venido considerando como una indicación “terapéutica”, “eugenésica” y “ética”.

Refiriéndonos a la nueva ley, tampoco desde el punto de vista ético deontológico puede ratificarse esta consideración: lejos de considerarse el aborto como un *derecho* de la mujer, la terminación del embarazo no puede encuadrarse como una excepción al principio clásico del mantenimiento de la vida y de la obligación de no hacer daño a ningún ser humano. Para esta Comisión el reconocimiento de un *derecho* al aborto de la madre supondría no dar ningún tipo de relevancia, ni legal ni ética ni deontológica, a la vida humana individual en formación, al *nasciturus*. Pues si bien esa vida no ha sido considerada “fundamental”, sí acierta el informe del Ministerio Fiscal al señalar que tampoco puede ser considerado fundamental el derecho de la madre a interrumpir su embarazo en las primeras 14 semanas, máxime si además esa decisión puede no ser todo lo reflexiva y sosegada que debiera por ausencia de una correcta información previa.

Desde otra perspectiva, acierta también el Consejo Fiscal al mantener que el *derecho a decidir* como tal, en materia de aborto, no está expresamente reconocido en los Tratados internacionales a los que se alude, sorprendentemente, en la Exposición de

Motivos de la ley. Por el contrario, es manifiesta la claridad de los principios del Derecho internacional en materia de Derechos Humanos que protegen la vida del no nacido. Desde esta perspectiva, la incorporación de un sistema de plazos en España por la nueva ley de aborto, además de contraria a la tendencia legislativa en los Estados de la Unión Europea, “no cumple con el deber de establecer un sistema legal para la defensa de la vida del *nasciturus* que pueda considerarse como una auténtica protección efectiva de la misma”, como remacha la declaración del Consejo Fiscal. El legislador ignora la doctrina constitucional y simple y llanamente sacrifica la vida del *nasciturus*, *nasciturus* que a todas luces “posee vida humana distinta de la madre”. En suma, como reitera la doctrina fiscal, “la despenalización no puede convertirse en un derecho”... “No puede hablarse de un derecho al aborto, pues ello supondría el reconocimiento del derecho a eliminar a un ser humano distinto de la madre y titular del derecho a la vida humana”

### 3) Condiciones de la práctica de la IVE: la dimensión jurídica

Desde el punto de vista de una correspondencia entre la ética y la deontología médica y la dimensión jurídica debemos recordar, por lo que colisiona con la ley, lo siguiente:

- a) No es admisible que se regule que una IVE pueda practicarse por un médico sin especialidad reconocida y/o bajo su dirección. Ello plantea dos dudas que se antojan como elementales y de una influencia práctica notoria. Médico debe ser quien realice la interrupción, pero no cualquier clase de médico sino un médico con la especialidad y el conocimiento suficientes en la técnica que va a aplicar. Si el Código deontológico subraya –desde el concepto clásico de competencia– el deber de garantizar una asistencia sanitaria de calidad (artículos 19, 21 y otros) y establece que ningún profesional puede realizar actos que sobrepasen su capacidad, es evidente que la ley del aborto no está de acuerdo ni con la exigencia ética deontológica de la profesión ni tan siquiera con la vigente ley 44/2003 de Profesiones Sanitarias. Lo mismo podemos decir respecto a la práctica de la IVE bajo la dirección de un médico. Para esta Comisión la ambigüedad de la norma, contraria a un mínimo principio de seguridad jurídica, no pocos problemas prácticos puede acarrear, sin perjuicio de señalar que mal servicio puede darse a la salud de la gestante si no se ponen a su disposición los mejores medios y la mejor calidad de la atención clínica, frente a tan especial intervención, que demanda de unas garantías incluso superiores a las de otros actos sanitarios.
- b) No es objeto de acertado tratamiento en la ley el asunto del “consentimiento” de la gestante. Se habla de un consentimiento escrito y expreso, pero no se ha tenido cuidado de enfatizar sobre la naturaleza de la información previa que, a la misma, se ha de facilitar. Como desde estas reflexiones hemos mantenido en la sección 8 de este documento –al profundizar en el significado del término “información” en el contexto

de una posible entrevista entre la madre gestante y un facultativo informador– la insuficiencia e inseguridad del término legal “información” es indudable. Como acertadamente señalaba el informe del Consejo Fiscal “el en su caso” y la remisión que el texto legal hace a la ley 41/2002, permite que se genere una serie de dudas interpretativas que, en la práctica, dejan al facultativo con problemas añadidos. Así, el juicio del facultativo sobre la madre gestante incapaz de adoptar una decisión verdaderamente autónoma o que, por su estado físico o psíquico, no puede hacerlo, deja al profesional en la tesitura de contar con las personas a ella vinculadas por razón familiar o de hecho si carece de representante legal o, si lo tiene, con éste mismo. Dicho de otra forma: dejar a la apreciación del facultativo la determinación de esta “incapacidad” o condición, puede generar serios problemas prácticos e incluso de orden ético deontológico y, aún más si el profesional no cuenta con el concurso de familiares directos de la gestante.

Por otra parte, el supuesto choca frontalmente con el contemplado en la ley 41/2002 cuando la gestante es mayor de 16 años. En cualquier caso, se puede abocar al supuesto de infringir normas ético-deontológicas de obligada observancia, como la que señala que el médico nunca podrá anteponer su interés personal al interés del paciente; e incluso a colocar al facultativo en la necesidad de tomar una decisión que, en ocasiones, puede chocar frontalmente con la voluntad de la paciente. Y lo mismo podemos decir en el supuesto de que el facultativo –quizás abrumado por la necesidad de cualificar o calificar tales supuestos– entienda que se trata de un caso de urgencia, y no cuente con el consentimiento de la gestante aunque ésta tenga 16 años cumplidos. En definitiva, a este tenor, la falta de reflexión de tales realidades en la norma desde estos puntos de vista y de la contemplación de principios bioéticos de especial relevancia -como, por ejemplo, el mejor beneficio del paciente- puede llevar a un conjunto de errores y desaciertos, a una inseguridad en la gestión abortiva, que una ley de esta naturaleza no se puede permitir.

Como indicaba acertadamente el informe del Consejo Fiscal sujetar a este régimen general, sin matices, la práctica de una intervención que el legislador somete a la voluntad exclusiva o determinante de la mujer, puede generar conflictos a la hora de dilucidar en qué sentido ha de actuarse si se producen discrepancias entre la decisión de ésta, sus representantes y la postura del facultativo o facultativos llamados a practicar la intervención. Por tanto, de no declararse inconstitucional como ley de plazos –que esto estima a derecho esta Comisión deontológica– es imprescindible una regulación más específica de la materia, de los supuestos y procedimientos en relación a cada una de las modalidades de IVE, especificando cuándo el médico debe solicitar la autorización u opinión de los representantes legales y en qué medida y hasta qué límite puede prevalecer el propio criterio médico (la razón de ciencia) al de la mujer

embarazada, máxime cuando la válida prestación del consentimiento excluye el reproche jurídico y el deontológico, pero su defectuosidad no.

En definitiva, a juicio de esta Comisión no se puede regular con ligereza un asunto tan complicado y de tanta trascendencia como el aborto voluntario. No basta con remitirse a normas de carácter general que, por lo demás, no fueron promulgadas pensando en una IVE; ni se puede regular esta materia sin oír y atender a una parte fundamental del proceso como es el facultativo. No se puede ni se debe –desde el punto de vista ético deontológico– dejar abiertas, en perjuicio de la propia paciente, tantas interpretaciones e interrogantes, ni ignorar la clásica ética y deontología médicas, cuando están en juego principios tan importantes. ¿Cómo se puede actuar de acuerdo con la ley y a la vez obviar principios deontológicos como el servicio al hombre, el respeto a la vida humana, el cuidado y la salud del individuo, el no dañar ni hacer daño o el emplear el mejor conocimiento científico en el actuar del médico? Es de lamentar que estos interrogantes tampoco hayan sido solucionados en el Real Decreto de desarrollo parcial de la ley que, por lo demás, sólo atiende a un aspecto concreto de la información como vemos más adelante.

- c) Interrupción por causas médicas. La norma contempla como interrupción por causas médicas lo que en realidad —como han apuntado algunos— son cuatro supuestos más de IVE. Los dos primeros, cambiando el sistema de las indicaciones por el de los plazos, distinguen los dos supuestos que se contemplaban en la reforma del Código Penal del 85, desapareciendo el supuesto de la violación que encaja hoy en el artículo 14. Partiendo de que, según la ley, antes de las 22 semanas de gestación cabe un aborto terapéutico por grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, cuando no se superan las 22 semanas cabe otro supuesto cual es el de la existencia de graves anomalías en el feto —pero no de anomalías incompatibles con la vida, que sería el tercer supuesto— sino de otras anomalías estimadas “graves” y de subjetiva cualificación. Como indicó el Consejo Fiscal, este supuesto está lejos de armonizarse con la protección de las personas con discapacidad y desde luego tampoco con los principios ético-deontológicos de la profesión médica, igualmente predicables. Los tratados internacionales siempre han defendido en este punto el derecho inherente a la vida de todo ser humano —incluido obviamente el discapacitado— y también la ética y la deontología médica en su vertiente del derecho a la vida; y no se puede crear, como hace la norma, una regulación distinta para situaciones iguales, permitiendo por ejemplo el aborto de un feto de la que será en unos meses una persona discapacitada, cuando a su vez y paralelamente se está amparando constitucionalmente la vida humana por nacer.

Desde el punto de vista jurídico la nueva ley de aborto, a este respecto, colisiona con la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* de Naciones Unidas de 13 de diciembre de 2006. En definitiva, bajo el abrigo de un informe médico independiente, todo lo científico que éste alcance a ser, se está dando carta de naturaleza a un aborto eugenésico típico. Para el Consejo Fiscal y para esta Comisión deontológica la misma calificación corresponde al supuesto de que el feto padezca una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico”, como consideramos más adelante, también “una indicación literalmente eugenésica”, contraria a los principios más básicos reconocidos en nuestro Derecho y en nuestra ética consuetudinaria.

Nótese que en los dos primeros supuestos del artículo 15 de la ley, en el caso de riesgo para la madre o de anomalías en el feto no incompatibles con la vida, el informe se ha de efectuar por dos médicos ginecólogos o especialista en el diagnóstico prenatal y un pediatra (constituyendo el comité clínico); mientras que en el segundo supuesto del apartado c) lejos ya de cualquier límite temporal, al descubrimiento de anomalías incompatibles con la vida se parte ya de una situación delicada, ya que se trata de un embarazo deseado —como mantiene el Consejo Fiscal— puesto que la mujer no ha utilizado las primeras catorce semanas para tomar la decisión de abortar y se puede estar en presencia de una gestación en fase avanzada. En todo caso se está hablando bien de anomalías en el feto incompatibles con la vida o bien de cuando en éste se detecte una enfermedad extremadamente grave o incurable en el momento del diagnóstico, confirmada por un comité clínico; supuesto que solo puede interpretarse como de pura eugenesia, pues dada la variedad de posibles daños así calificables en un feto —y sin embargo de sobrevivencia en última instancia no previsible— la posibilidad de conculcar la ley por el profesional está abierta: básicamente porque se fundamenta en una interpretación instrumental y técnica, unas veces poco discutible y otras veces sujeta a error, que podría dar lugar a insolubles problemas interpretativos y a desacuerdos en el comité; y a un sobreañadido conflicto de seguridad jurídica de los médicos y de legalidad, pues el incumplimiento de la ley conlleva responsabilidad penal. Además, puesto que no se concreta ni la identidad ni la extensión de la esperanza de vida del feto o del niño una vez nacido e independiente —que pondría límite a la aplicación del supuesto, como afirmara el Consejo Fiscal— la inconcreción de la norma adquiere caracteres de marcada inseguridad; máxime cuando existen enfermedades incurables que permiten cierta calidad de vida en el paciente, cuyo control y cuidados constituye no solo una grave exigencia deontológica sino una exigencia que se presume legalmente obligada.

En cualquier caso debemos insistir en las consideraciones ya efectuadas: Se trata de conceptos indeterminados que se dejan a la consideración de meros juicios

interpretativos de los profesionales implicados, y de personas que, además de cumplir la ley, están sometidas a criterios éticos y deontológicos que, en caso de incumplimiento, pudieran serles reprochados. De nada sirve abandonar la responsabilidad y la toma de decisiones a un comité clínico, cuando la misma puede verse influida por los criterios mencionados y, eso sí, en algún caso incluso abierta a una ulterior diferencia con la voluntad de la gestante cualquiera sea la naturaleza del imprevisible disenso, lo que pone en total contradicción la seguridad jurídica de los profesionales ahora enfrentados con el principio general que predomina en la ley.

- d) El comité clínico. Del mismo queremos subrayar de entrada —como hace el Consejo Fiscal— la primitiva redacción del anteproyecto, en la que existía una exclusión absolutamente chocante: no podría pertenecer al comité clínico quien se hubiera pronunciado en contra de la IVE o manifestado contrario al aborto, y no se sabe si en pronunciamientos públicos o privados, en formales o informales, en un marco profesional ajeno a él. Aunque el legislador rectificó e hizo desaparecer el requisito, este debe dejar en el lector la misma incompreensión que dejara en los miembros de nuestra Comisión, pues es como una ventana abierta que dejar ver nítidamente la voluntad favorecedora del aborto del legislador.

En definitiva, se trata de la emisión de una opinión por un ciudadano, a la vez médico, que lleva consigo una violación *per se* del principio de libertad de expresión consagrado en las leyes y de hecho también en contra de los principios de libertad y tolerancia a opiniones contrarias consagrados en el Código de Ética y Deontología médica. El argumento de que una persona que se encontrara en la situación descrita no va a actuar con la imparcialidad y objetividad que se requiere, en un dictamen técnico tan trascendente, resulta igualmente predicable para el que se halle en un caso totalmente antagónico, y que en uso legítimo de su libertad ideológica sea radicalmente partidario de una IVE libre en todo caso, sin necesidad de someterse a cortapisa alguna. La contundencia de los reproches críticos fue afortunadamente decisiva.

- e) Sobre los aspectos clínicos, éticos y deontológicos de la **información a la gestante** nos hemos definido ya en el punto 8 de estas reflexiones (páginas 63-67), a cuyo particular remitimos al lector. Consideraremos ahora la perspectiva jurídica que se entrelaza con lo ya comentado. A tal tenor, la deseable integración de lo jurídico y lo deontológico hará necesario reiterar conceptos ya vertidos con anterioridad.

La norma desarrolla las esenciales condiciones de información, luego complementadas en el Real Decreto 831/2010, pero desde el exclusivo extremo de determinar qué ha de informarse a la gestante para que la misma pueda consentir a la IVE de manera legalmente adecuada. Sin embargo, esta Comisión Deontológica estima que cuando

una mujer en periodo de gestación manifiesta su deseo de practicarse una IVE debe pasar por una fase de “asesoramiento” real y completo (no de mera información, que puede ser altamente insatisfactoria). Asesoramiento que debe ser objetivo y estar adecuadamente reglado, de suerte que permita a la gestante, en un paso posterior, prestarse al consentimiento informado con suficiente y ponderado conocimiento del paso que va a dar y con la correspondiente responsabilidad. Y que, para que tal asesoramiento sea compatible con nuestra doctrina constitucional, esta Comisión mantiene que la norma debe dejar claro que tal asesoramiento a la mujer gestante debe ser llevado a cabo por parte de una entidad o comité radicalmente independiente, y de forma clara y entendible, de forma que, además de responder a todas las preguntas e inquietudes de la mujer, aflore en ella todas las alternativas a la decisión de abortar, es decir, informe y muestre exhaustivamente a la mujer las ayudas sociales a los problemas que genera el aborto y siempre de los posibles riesgos y secuelas de la intervención abortiva; así como de las ayudas a la familia que ella recibiría en el caso de asumir la maternidad y de las alternativas al nacimiento y posterior adopción del recién nacido. Por supuesto que esta función puede ser llevada a cabo por un facultativo experto, pero al que nadie puede imponerle una radical independencia de su posición ante el aborto. La fórmula de una relación médico-paciente de carácter deliberativo aliviaría ciertamente la cooperación indirecta de los que se sienten objetores, pero no de los proclives a la IVE. Solo un comité asesor constituido por representantes de los distintos posicionamientos podría asegurar un asesoramiento amplio y ponderado. No resulta un método suficientemente reflexionado en nuestro medio, pero sí en otros países del entorno cultural.

Además, también en este sentido hemos de seguir al pie de la letra, por su sensatez, las consideraciones efectuadas por el Consejo Fiscal en orden a que el plazo de información debe ser ampliado y de al menos una semana, con expedición de un documento en el que se certifique haber recibido la toda información y el asesoramiento deseados para lograr una decisión libre y responsable a la terminación voluntaria de su embarazo. En este sentido, el Tribunal Constitucional ya vinculaba la decisión de la madre, de manera explícita, a todas aquellas derivadas del derecho de la mujer a disponer de la necesaria información, y no sólo de carácter médico sino también de índole social en relación con la decisión de abortar.

Desde este *a priori*, es evidente que debemos centrarnos en el proceso de información de índole médica. El dilema de la contradicción de valores a que se enfrenta el legislador, entre la decisión -digamos que *ilustrada*- de la gestante para optar por el aborto y la defensa de la vida del embrión como bien jurídico protegido –que establece la Constitución– en un sistema de plazos, plantea problemas prácticos en el proceso del aborto que serían insolubles en ausencia de la razón instrumental y de los

recursos del derecho positivo. Una de estas problemáticas alude a la información de la gestante y a la cooperación de los médicos en tal información, sobre la que hemos reflexionado ampliamente desde la perspectiva ético deontológica. Aportaremos ahora una aproximación jurídica.

Como ya conocemos, el Real Decreto de Desarrollo Parcial de la ley, contempla la exigencia de una información primera cuando la gestante solicita la práctica del aborto y, por tanto, antes de firmar el consentimiento; una segunda cuando ha optado por el aborto y otra posterior cuando la mujer, reafirmada en su opción por la interrupción del embarazo, se enfrenta a la firma del consentimiento y a la práctica de la IVE. En esta última la ley se remite a los criterios fijados con carácter general por la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. En el primer caso, la mujer que solicita un aborto recibirá información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, es decir, de lo previsto por la ley, los centros acreditados a los que se puede dirigir y los trámites para acceder a la prestación. En el segundo caso, además de la información precedente, las mujeres recibirán una nueva información, esta vez, en un sobre cerrado que contendrá un conjunto de datos informativos a los que más adelante haremos alusión.

Retornando al primer caso, el Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo dedica los artículos 4, 5, 6 y 7 al proceso de la información de la gestante. En el artículo 4 aborda lo que llama “información general” que se facilitará a la mujer que manifieste su intención de someterse a una IVE. En el Real Decreto se añade que esta información general será facilitada por la autoridad competente de la Comunidad Autónoma o por los centros sanitarios acreditados; y que podrá ser facilitada bien por escrito, bien a través del teléfono, o por medios electrónicos o telemáticos, incluidas las páginas web de las Consejerías o de los Centros de que se trate.

De esta lectura no se desprende quien es el responsable ¿individual? de esta importante información inicial, cuando aún podría no haber cristalizado la decisión de la IVE y en los momentos de tal vez mayor desinformación sobre el aborto y sus consecuencias y de incertidumbre de la gestante. Al quedar transferida la Sanidad parece que el legislador deja en manos de la Comunidad Autónoma la naturaleza y estructura de esta información, y también sobre si quien informa a la madre es un médico o un profesional sanitario u otra persona a juicio del centro acreditado. Al observador más común podría sorprenderle que el Real Decreto no especifique la especialidad del médico que deberá informar a la madre sobre los métodos del aborto verbalmente, en una relación médico-paciente, o por teléfono; pero mucho más puede impactarle que esta decisiva información previa a la grave la opción abierta

pueda realizarse sólo por escrito, un proceder donde queda anulada toda deliberación y/o asesoramiento de la gestante, y donde no se podrá responder a sus preguntas. Es por eso que el legislador añade la posibilidad de que además de escrita, la información pueda ser verbal o telefónica, o abre la opción a una más compleja, sofisticada y fría, información técnica a través de un ordenador.

A estas determinaciones legales se opone, en un primer análisis ético deontológico, el planteamiento de que esa información debe reconducirse al ámbito de una entrevista entre el médico y la gestante, es decir, que el texto debe ser modificado y la información o el asesoramiento —la deliberación con la gestante— se debe reconducir al escenario real de una consulta médica. Pero en este sentido parece obligado concretar más, dada la diversidad de ejecutorias de la entrevista médica en la Medicina actual y sus diversos modelos, cuestión ya abordada en páginas anteriores. Debemos recordar, ahora a efectos jurídicos, que de los diversos modelos de relación médico-paciente a que hicimos mención, el texto de la ley sugiere fuertemente la pretensión del legislador de situar la denominada “información” e incluso el “asesoramiento” en el marco de los modelos “informativo” e “interpretativo”. Pues desterrado el modelo paternalista en las personas competentes, el modelo informativo o “modelo del consumidor” cumple el objetivo de proporcionar a la mujer toda la información relevante para que ella, sin influencia del médico, elija entre las diferentes opciones. El médico informa sobre hechos técnicos y evita todo influjo personal sobre los valores o las decisiones previstas de la paciente. El médico aquí es, pues, un mero suministrador de experiencia técnica que transfiere a su paciente: la autonomía de decisión de la enferma no habría de soportar la más mínima influencia médica.

Desde el punto de vista deontológico se trata de un modelo tardo-ilustrado que prescinde de la sabiduría del médico y le instrumenta como un mero agente técnico que la sociedad y la ley ponen a su disposición. Transfiriendo esta entidad a la decisión de una IVE, esta Comisión entiende que el modelo informativo al que parece referirse la ley rompe no solo la relación de confianza de una correcta relación médico-paciente sino que, desde el punto de vista jurídico, rompe también la constitucional ponderación de equilibrios entre la vida del embrión o feto y la autonomía de la madre que ha de tener lugar en el proceso del aborto: Todo en él se decanta por la autonomía radical de la madre. En el caso del “modelo interpretativo” todo discurre igual, salvo que el profesional ayuda a su paciente a articular sus propias decisiones y a ayudarle a la mejor elección según sus determinantes deseos. De darse ese esfuerzo de identificación del médico informador con la decisión de la gestante y las explicaciones del médico sobre la forma que, para ella fuera más ventajosa a su intención, el denominado modelo “interpretativo” no es sino un modelo informativo más adaptado a las condiciones de la gestante y reforzado en línea con sus determinaciones y valores.

Es obvio que el modelo “interpretativo” no es determinado semánticamente por la ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, que se limita a hablar de “información”; aunque no es ilógico pensar que sería el modelo preferido por el legislador pues, como ocurre con el modelo “informativo” puro, ambos parten de la radicalidad del significado de la autonomía de decisión de la paciente y de la obligación del médico de no enjuiciar y menos de desaconsejar el aborto en términos que pudieran convencer a la enferma.

Ambos modelos, informativo e interpretativo, son del gusto de la Medicina privada y mercantilizada<sup>66</sup>, especialmente de la vinculada al negocio del aborto; y también de las posiciones ideológicas acérrimas defensoras del aborto. Obviamente se alejan de las posiciones deontológicas y de la tradición de la Medicina representadas por el modelo deliberativo, sin duda el más cultivado por la corporación médica española y que, dentro de la exigencia de cumplimentar una ley contraria a la deontología, es el que más mínimamente asegura la presencia de los intereses del feto –la preservación de su vida– en la imprecisa e indeterminada relación médico-paciente a que hace alusión el proceso de información en la ley del aborto. El único modelo que responde a ese equilibrio y ponderación que debe darse y que en su día sancionara el Alto Tribunal. Como vimos en páginas anteriores, en el modelo deliberativo, la relación discurre en un plano de confianza mutua y donde ambos, médico y paciente, deliberan y debaten en la entrevista sobre las diferentes opciones y los valores en torno a ellos representados, sin olvidar los daños consecuentes a cada una de las opciones. El médico es aquí un técnico que informa, pero además un *amigo* desinteresado, en posesión de valores propios, que libremente expresa porque busca lo mejor para su enfermo.

---

<sup>66</sup> En un reciente e interesante seminario sobre el mercantilismo en la Medicina norteamericana, dirigido por el conocido bioeticista Albert Jonsen, diversos especialistas reflexionan sobre el extraordinario incremento en USA del negocio de la salud en las últimas décadas. Para uno de los críticos del modelo prevalente Johnatan Moreno (*Cambridge Quarterly of Health Ethics*, 2007: 16, 415-419) la radicalización del principio de autonomía como piedra de toque de la bioética americana ha representado un poderoso refuerzo a una economía de la salud fuertemente mercantilizada o, en otros términos, al negocio de la salud. Más aun, la transferencia a los pacientes del curso de sus cuidados médicos no solo ha vehiculado a estos hacia la idea de consumidores de la salud, sino que la bioética ha proveído de una neta justificación a este cambio de actitud. La bioética habría vehiculado los cuidados médicos a la forma más extrema del mercantilismo, a la idea del consumismo. Para Moreno, la idea de autonomía radical de los pacientes que inteligentemente critica tiene, entre otros fundamentos, la sentencia *Roe v Wade*, que promovió el concepto de autonomía hasta la misma elección de abortar. Si pensamos que el negocio del aborto acapara el 97% de los abortos en nuestro país, el efecto de desplazar la conciencia del médico al dominio de la sociedad corre el riesgo de afincarse a esta deriva del capitalismo. Moreno apostilla que, puesto que muchos perciben a la bioética académica como cautiva de un pensamiento liberal y bastión de sentimientos anticapitalistas, los resultados de tales libertades y derechos, al menos en USA, se vinculan a consecuencias muy antagónicas.

En el ejercicio clínico de la Medicina el término “información” tiene mucho de polisémico y alcanza significados diferentes, especialmente en la relación médico-paciente. Ninguna ley sanitaria debe olvidar esto ni por supuesto ninguna ley de aborto. Si por información el legislador ha previsto que el primer contacto entre la gestante y el médico se remita al modelo informativo –nunca mejor aquí “modelo del consumidor”– derivando la entrevista a una mera información técnica sobre el aborto, además de facilitar al profesional el tiempo necesario a tan delicada función, la autoridad sanitaria abre un doble marco de inseguridad para el profesional, jurídica por una lado y moral y deontológica por otro. Inseguridad jurídica en la medida en que tal acto informativo es difícilmente separable de la calificación de acto médico y de sus responsabilidades derivadas. Pues es difícil que un juez eximiera al médico informador de toda responsabilidad si el aborto condujera a un grave compromiso para la vida o incluso a la muerte de la gestante, si en el tránsito de la entrevista se hubiere prescindido de excluir un riesgo de muerte para la mujer, por más que la ley asignara al médico un exclusivo papel informativo.

Todo apunta pues a que el presunto acto informativo es, por más que la ley lo ignore, un acto clínico orientado a garantizar también la salud de la gestante que demanda una IVE. Piénsese que, por no proceder a un reconocimiento previo, clínico y analítico, se ignorara un grave trastorno hematológico subyacente y oculto, responsable *a posteriori* de un proceso hemorrágico fatal. ¿Cómo sería interpretado? Que este es un ejemplo solamente, sin duda, pero que esta prevención diagnóstica parece necesaria para la vida de la mujer es algo que pocos someterían a duda. Pretender que la relación médico-gestante en un proceso de IVE quede definida sólo por una información técnica cuasi administrativa, o de trámite, no parece reflejar la realidad de la práctica ni responder a las exigencias ético deontológicas que venimos demandando, ni tan siquiera a los principios menos exigentes de la más responsable bioética.

Por otra parte, es erróneo pensar que el modelo deliberativo solo pretende imponer a la mujer la opinión del médico, prejuzgando que ésta sería siempre contraria al aborto, como si los médicos fueran en su conjunto un muro infranqueable, compacto, opuestos a la IVE, y que supone desconocer la libertad de pensamiento de los médicos y su pluralidad. Pero es evidente que este modelo se abre a un diálogo abierto entre paciente y su médico y que, en su término más académico, responde al concepto de *autonomía fiduciaria*<sup>67</sup>: el médico desea atender a la voluntad del paciente, pero es libre para opinar sobre lo que éste le demanda. Tal libertad de pensamiento y de expresión en nuestro caso puede incluir un consejo o una apreciación dialogante y

---

<sup>67</sup> Francesc Torralba i Roselló, “Filosofía de la Medicina, en torno a la obra de E.D. Pellegrino”. Mapfre Medicina, 2001.

mesurada –pero no coincidente con la imperativa o dubitativa decisión de la gestante– y en tal circunstancia de no producirse esa adherencia fiduciaria –esa fe en que lo mejor para ella es reflexionar sobre la opinión del médico– es evidente que la relación médico-paciente está en crisis, al haberse roto la relación de confianza básica del acto médico: el médico podrá entonces ignorar la contribución que la ley parece imponerle, es decir, negarse a informar a la mujer y abrirse a la objeción de conciencia; o interpretar que su papel como consejero ha terminado y que, salvado el riesgo clínico, lo único que le queda por hacer es informarla técnicamente, escapando él de toda responsabilidad por lo que entiende como la comisión de un error irreparable. O puede, y así será en otros casos, adecuar su discurso clínico al de la gestante por estar de acuerdo plenamente con su decisión de abortar, y adoptar en suma un modelo de relación “informativo” o “interpretativo”.

Como ya reflexionamos con anterioridad (págs. 65-67) el modelo deliberativo de la relación médico-gestante abre la puerta a una “cooperación indirecta” en el proceso de la IVE, pero sólo material si el médico expresa a la gestante su opinión contraria al aborto voluntario que, de otra forma, constituiría una cooperación formal permanente y dañosa para la conciencia del profesional identificado con los valores deontológicos. Tampoco queda definido en la ley ni en tal Real Decreto qué significa el concepto de “asesoramiento” al que se hace alusión en el artículo 17.2 de la ley promulgada y en qué se diferencia verdaderamente de la “información”, una vez decidida la mujer; pues el sobre cerrado que se entregará a la mujer solo contiene una información ampliada en la que, además de informarla de las ayudas y beneficios que tendría caso de proseguir su embarazo, se le ofrece el asesoramiento sobre las formas de anticoncepción, para el futuro, una vez haya abortado. Así pues, ni relación “deliberativa” ni “interpretativa”, simplemente más datos por escrito que se dejan a la aleatoriedad de una Sanidad transferida, y donde no se fija quién es el responsable de este trámite de la entrega del sobre. Pero es evidente que, en este segundo momento, confirmada la decisión de la IVE, el objetivo informativo –se denomine o no asesoramiento, aunque sea por escrito– transita ya directamente a la ejecutoria clínica del aborto y adquiere la condición de “cooperación indirecta” y formal al proceso de la IVE: y con ello, de ser un facultativo el designado, al posible conflicto de la objeción de conciencia, al no estar contemplada para esta segunda relación entre gestante y médico el acceso a este recurso legal.

En suma, en un horizonte de relación gestante-médico –otro que no la solicitud de una IVE– el modelo deliberativo es normalmente el preferido de ambos, pues es el que permite cristalizar un marco de confianza entre dos personas y dos conciencias ante la expectativa de un hijo. La deliberación exige al médico añadir, a los datos técnicos, lo más aconsejable para la gestante según su recto entender. El esfuerzo por parte del

profesional no tratará de imponer su opinión, pero aportará la imperativa necesidad de buen criterio y de experiencia que tantas decisiones clínicas exigen. El aborto, al contrario, puede romper esta relación de confianza y puede situar a los dos agentes de la relación en los extremos de un disenso todo lo más formal y civilizado que se quiera, pero disenso al fin. De ahí la extraordinaria importancia de una ley de IVE que integre las convicciones de todos los agentes de la acción técnico-legal propuesta. De otro modo, solo sirve para acentuar la crispación y el divorcio entre una parte y otra, y se convierte en una expresión más de la imposición del más fuerte sobre el más débil, del Estado sobre la Medicina y los médicos y de la madre sobre el hijo.

- f) Sobre la objeción de conciencia legal, estas reflexiones han abordado ya los aspectos éticos y deontológicos de la misma, aunque entremezclados con algunas aproximaciones jurídicas del conflicto (págs. 32-59) donde queda clara la ampliamente mayoritaria –si no unánime– posición de nuestra Comisión. Nos centraremos ahora sobre algunos aspectos jurídicos y legales de la norma, sobre los que mostramos una grave reserva, por otra parte quizá no compartida enteramente por algún sector de la colegiación. Nos referimos a la cooperación indirecta, pero necesaria, en el procesamiento administrativo-clínico de la IVE y al diagnóstico prenatal por una parte, y al rechazo por la ley a toda objeción de carácter institucional por otra. Digamos de entrada que la objeción de conciencia en el ámbito de la Sanidad puede definirse como “la negativa de los profesionales sanitarios a realizar una prestación sanitaria obligatoria, o a cooperar con ella, por considerarla contraria a su conciencia”<sup>68</sup>; y que a efectos jurídicos parece exigir al menos tres requisitos: 1) que exista un deber jurídico impuesto al profesional sanitario, cuyo cumplimiento solo pueda evitarse objetando; 2) que exista un conflicto entre ese deber y la propia conciencia; y 3) que sea preciso resolver jurídicamente este conflicto, mediante una ponderación de los intereses presentes en el cada caso concreto. Pero desde el punto de vista deontológico, de deberes morales y práctica virtuosa de la profesión sanitaria, son suficientes los dos primeros requisitos. Pues el tercero deposita en el derecho la respuesta legal en cada país y esta, tanto sea acorde a la conciencia del médico o tanto a la voluntad del legislador, no exige el reconocimiento deontológico como deber propio de los médicos y de otros sanitarios. Es una imposición legal cumplir. Es importante esta distinción, pues si no derecho y moral ante un conflicto de conciencia serían una sola cosa.

Si se deposita la fuerza determinante del concepto en la respuesta al requisito 3, estamos perfilando una más una obligación que un deber deontológico, básicamente una obligación jurídica o legal, digamos que estatista. Si la fuerza moral nace desde el

---

<sup>68</sup> Martín Sánchez, I., “La objeción de conciencia del personal sanitario”, en *Libertad religiosa y Derecho Sanitario*, Fundación Universitaria Española, Madrid 2007, pág. 67.

conflicto de la conciencia individual, la perfilamos desde una perspectiva estrictamente moral y en el caso de los médicos, deontológica, de deber moral de la profesión. Por tanto, aunque la objeción de conciencia tiene asiento en los textos jurídicos, en ámbitos deontológicos es preciso enfatizar el significado moral que es, en los profesionales, el que hace nacer la verdadera objeción. Obligación pero como deber moral.

Frente a las concepciones estatistas que independizan y separan los posicionamientos morales de un médico ante el aborto, según intervenga en una institución sanitaria de entidad pública o actúe en el ámbito profesional privado –privando al primero de la opción de objetar– esta Comisión deontológica se posiciona, también jurídicamente, contra tal interpretación y la argumentación estatista que la sostiene. Con todo, siendo posible que el posicionamiento legal sea percibido como *razonable* por algunos, dado el efecto legitimador y pedagógico que suele arrastrar cualquier ley, parece importante a esta Comisión, a fuer de insistentes, volver sobre la verdadera naturaleza de la objeción.

En efecto, la objeción no es una actitud de fondo político más o menos reducible a un momento histórico, que la resuelve sin más el derecho positivo, tampoco una creencia que corresponde a la tradición moral de un pueblo o de una familia, una normativa legal como otra que se puede estratégicamente instrumentar, intercambiar o utilizar a modo de una moneda de cambio y menos aún una frivolidad o rareza: esto y más pudieran estar presentes alguna vez; antes bien, la objeción es una respuesta de la conciencia moral individual de la persona, algo muy profundo, que por la fuerza interior de una creencia se experimenta de forma determinante, de modo que hace a la persona absolutamente incapaz de atender a la exigencia de una ley que considera intolerable. Y que desde la perspectiva de valores, de los requisitos 1 y 2 de la objeción, tiene un carácter de absoluto. Otra cosa es que la ley persigue los inevitables fraudes que puedan darse, pero esto es harina de otro costal. Quien se sorprenda de ella, de su fuerza prescriptiva –quizá enmarcado en la vivencia de un cierto relativismo ambiental– simplemente desconoce la historia y el poder transformador que las creencias han suscitado en los pueblos en todos los tiempos: Quien en su interior no entienda tales exigencias no es ni mejor ni peor, simplemente no entiende de la fuerza de estas creencias, empero habrá de reconocer que existen y mucho y tolerar su existencia y su realidad social que es manifiesta y cuasi universal.

Esto es exactamente lo que, captando la realidad, ha llevado a cabo el derecho: La mayoría de los Estados miembros del Consejo de Europa disponen de una jurisprudencia que regula, de un modo u otro, el derecho a la objeción legal, a la que se suele añadir normativas que contemplan la prevención de actitudes y

comportamientos discriminatorios para con los ciudadanos que objetan. Algo muy contrario a la afirmación del Informe McCafferty ante el Consejo de Europa de que “la conciencia caprichosa de los médicos no puede prevalecer sobre los derechos reproductivos de las mujeres”<sup>69</sup>

Entendiendo que determinadas leyes, por su contenido, son inseparables de un alto rechazo moral por la mayoría de los médicos, nuestra Comisión asume y defiende una interpretación amplia, extensiva y universal, para todos los médicos respecto del derecho a la objeción de conciencia, estrella polar de los derechos en una sociedad democrática. El reconocimiento de la objeción de conciencia por el derecho ha venido a dar carta de naturaleza a una realidad social, la del grave conflicto en la conciencia de las personas que, en base a sus creencias, se sienten incapaces de asumir los contenidos de una norma o ley. La objeción de conciencia jurídica reconoce y evita así la grave discriminación que se produciría en la sociedad respecto de estas personas y la rotura a que daría lugar en el seno de aquella. Desde esta dimensión ética se entiende que, aunque sometida a un control eficiente que erradique una utilización espuria de la norma, ésta ha de concebirse todo lo formalmente extensiva que corresponda a la gravedad de lo exigido y que no deba encorsetarse dentro de unos límites administrativos e incluso deontológicos que falsifiquen su realidad.

En efecto, el objetor no puede cumplir en conciencia con una norma, pero en el fondo tampoco querría que ésta cristalizara en una sociedad, en particular de la suya y de la que participa como ciudadano de pleno derecho. Pero su actitud no es desobediencia civil porque no está contra de ningún sistema político ni pretende derribarlo y porque entiende que las creencias son subjetivas y la manera de pensar y sentir de sus coetáneos ampliamente variada. Por tanto, en un ejercicio de la razón entendida como *sentiente* (entendimiento y sentimiento) acepta la legitimidad de una ley y su origen parlamentario y democrático –aunque no la comparta–; pero, eso sí, lejos de él, sin que su contribución mayor o menor coadyuve a transformar su práctica profesional y cambien la sociedad que ama.

Desde una perspectiva legal los conceptos clásicos de la cooperación directa e indirecta a la intervención que se rechaza, sirven estratégicamente para articular los límites de su legitimidad en la ley promulgada, siempre según la voluntad del legislador; pero desde una perspectiva de valores, deontológica, ambos procederes involucran al

---

<sup>69</sup> Según afirmó en Madrid Sophia Kuby, directora general del European Dignity Watch, los promotores del informe McCafferty se fundamentan en la siguiente afirmación: “La conciencia caprichosa de los médicos no puede prevalecer sobre los derechos reproductivos de las mujeres”. Desde esta perspectiva, la objeción de conciencia debe ser restringida y delimitada, lo que se produce con la invención de un nuevo derecho, los derechos reproductivos. En [www.europeandignitywatch.org](http://www.europeandignitywatch.org)

profesional provisto de fundamentos objetores profundos. Quien día tras día, en su práctica diaria, participa con su grano de arena a una dimensión de la cultura social que estima rechazable, aunque se pueda percibir impotente para cambiarla, también se puede experimentar como que contribuye a ella. Y necesita encontrar una razón poderosa para justificar su proceder. Núrenberg y sus agentes, en casos de una radical violencia –y de una crueldad no comparables ciertamente– no justificaron a los hombres, a los médicos, que, para sobrevivir, contribuyeron a aquellas leyes infames. La distancia que media entre los conflictos morales de los profesionales sanitarios del siglo XXI y un tiempo pasado de inhumanas utopías es ciertamente inmensa, y no podemos ni confundirlos ni manipularlos, pero los principios fundantes valen para todo tiempo<sup>70</sup>.

En las reflexiones apuntadas en páginas anteriores establecimos que la cooperación indirecta, pero necesaria, al acto del aborto debiera ser también subsidiaria del derecho legal a la objeción, siempre desde el pensamiento deontológico y corporativo. Básicamente porque los Colegios, además de defender los valores constitucionales en toda su plenitud, con igual exigencia deben defender los valores subjetivos de todos los médicos objetores por esta causa. Y porque en el ordenamiento interior de la profesión los códigos establecen obligaciones y deberes morales o éticos que los médicos deben cumplir y no porque aquellos se constituyan en corolarios de la ley civil. Cuestión diferente en cada tiempo y cada país es lo que refrende el derecho positivo, entre nosotros el legislador a la luz de la doctrina constitucional y los pactos internacionales asumidos por la nación. En las sociedades europeas pesa cada día más la dimensión multicultural y una interpretación discutible que, lejos de estimarla como un simple fenómeno de nuestro tiempo, lo concibe como un nuevo valor prioritario. Como afirma un conocido humanista<sup>71</sup>, desde ese momento la libertad de conciencia de los autóctonos, de la masa de nativos, sufre y puede experimentar limitaciones y el multiculturalismo, de algún modo, se convierte en un fenómeno anti-pluralista. En los últimos años en nuestro país asistimos a la eclosión de más “conciencias” que nunca pero, lejos de los pretendidos visos de neutralidad ética, se da una fuerte tendencia a refrenar ciertas manifestaciones de la libertad –sobre todo de la objeción– cuando

---

<sup>70</sup> Los principios de Núrenberg han reafirmado claramente la supremacía absoluta de la conciencia por encima de las leyes, y el deber legal del médico a cumplir con su conciencia. El cuarto principio de Núrenberg establece lo siguiente: “El hecho de que una persona actúe bajo las órdenes de su Gobierno o de un superior no le exime de la responsabilidad bajo las leyes internacionales, siempre que se demuestre que tenía posibilidad de actuar moralmente de otra forma” (*Memorándum basado en el informe APCE doc. 12347, de 20 de julio de 2010*)

<sup>71</sup> Sartori G., *La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros*, Taurus, Madrid, 2001, págs. 61 y ss.

tales manifestaciones se alejan de la opinión mayoritaria o de las convicciones dominantes, de *facto*, del subjetivismo emotivista y el relativismo ético, dos percepciones de los individuos que fácilmente se convierten en anti-pluralistas. Pues como la filosofía de los valores supo ver, el relativista tiene una fuerte tendencia al dogmatismo y subyacente al mismo una frecuente absolutización de sus propias valoraciones; ya dijera Scheler<sup>72</sup> que no era sino “el absolutista de lo relativo”: si una sociedad pierde progresivamente su sensibilidad por algunos valores no es extraño que sobredimensione otros y tienda a reprimir a los primeros.

El debate de la libertad de conciencia de los médicos ante denominadas leyes civiles que normativizan conductas discutibles en la sociedad –como la cuestión del aborto– se ha convertido en un conflicto abierto en Europa, como hemos abordado antes en el contexto de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Ante la concepción de la Medicina que reviste y configura estas reflexiones, aparece incongruente dar carta de naturaleza deontológica a las posiciones que, de un modo u otro, restringen la libertad de conciencia de los médicos y a la praxis de la objeción, ya sea una cooperación directa o indirecta a las leyes de aborto. Desde estas convicciones y a la luz de la doctrina constitucional, desde el momento que las instituciones sanitarias públicas son las responsables de articular en su seno la ejecutoria de la ley de aborto, no son los médicos los que tienen que dar razones de su objeción o asumir por decreto su responsabilidad administrativa, sino las instituciones y sus gerencias a las que se encomienda el cumplimiento de las leyes.

Desde una perspectiva jurídica europeísta, la reciente resolución ..... de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa orienta y señala la concepción política mayoritaria de los Estados miembros referente a la objeción de los médicos ante leyes como el aborto y la eutanasia: una clara votación contraria a la dimensión restrictiva del derecho a la objeción fue mayoritaria y abierta no solo a todos los médicos y personal sanitario sino también a la instituciones.

La ley de aborto promulgada subordina el derecho a la objeción a los profesionales directamente implicados... y a que tal *derecho* no obstaculice el acceso y la calidad de la prestación en sus centros de trabajo. Objeción, por otra parte, rigurosamente individual y previamente manifestada a la dirección del centro. No parece que el supuesto “derecho” venga a reconocer la realidad de un derecho estimado fundamental por el Constitucional, sino un mero reconocimiento legal al médico, pero siempre que la estructura estrictamente profesional, es decir, los servicios de Ginecología y Obstetricia, garanticen que la ley se cumple satisfactoriamente.

---

<sup>72</sup> Scheler, MF, citado por Marta Albert en *Libertad de conciencia. Conflictos biojurídicos en las sociedades multiculturales*, Revista Cuadernos de Bioética (2010), nº 71, 61-77

A juicio de esta Comisión la redacción del artículo no garantiza el derecho a la objeción de conciencia ni aun de los médicos directamente involucrados y crea una clara inseguridad jurídica, pues será posible que, tanto en los grandes hospitales como en otros, parte o toda una plantilla de profesionales se declaren objetores, como así se está dando ya en algunas Comunidades autónomas. Todo sugiere que esta subordinación del deber de la objeción al utilitarismo de la norma es contraria al art. 16.1 de la Constitución española. Al modesto juicio de esta Comisión la libertad de conciencia y el derecho a la objeción al aborto, con independencia o no de que éste haya sido regulado por ley, existe y puede ser ejercido por todos los médicos incluso sin estar previamente regulado según se desprende de la sentencia 53/1985 del Constitucional, en su fundamento jurídico 14.

De lo anterior parece desprenderse que la negativa de la objeción a determinados profesionales porque no entran en un quirófano para, con sus manos, llevar a cabo la intervención, es cuando menos desconocedora de lo que es una verdadera objeción. Tan directa puede ser la cooperación del que sabe que su diagnóstico ecográfico de malformación fetal no se abre a una intervención terapéutica y sí a un aborto, día tras día, como el que participa necesariamente en la cadena administrativo-sanitaria del mismo en una institución pública o privada, si la creencia y la conciencia del médico lo estima así. La aplicación de un criterio juricista o estatista sobre la participación directa e indirecta no elimina ni justifica la conciencia de cooperación del verdadero objetor.

Finalizamos nuestras reflexiones con algunas ideas respecto de la objeción institucional o de instituciones vinculadas a la Sanidad y el mundo de la Salud. La contradicción interna que significa que la ley civil legitime excepciones en el cumplimiento determinadas leyes emanadas del propio sistema, encuentra en la naturaleza individual de la objeción la piedra angular que fácticamente convierte la conducta objetora en limitada o excepcional. Poco a poco, esta supuesta excepcionalidad ha ido adquiriendo menor peso y menor realidad en la sociedad y mayor fuerza argumentativa fuera del derecho, hasta finalmente ir asumiendo como una realidad la amplitud de la objeción al servicio militar y también del mundo médico a determinadas leyes. En este devenir de los conceptos, a la naturaleza individual de la objeción se viene añadiendo últimamente la posibilidad de una objeción institucional. No es momento aquí para una argumentación moral en torno a la misma por determinadas profesiones ni es nuestro interés polemizar sobre una cuestión que desde la perspectiva jurídica parece obstruida. No obstante es aconsejable alguna reflexión sobre la dimensión política de la misma, tras la resolución sobre la objeción de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa.

En efecto la reiteradamente aludida Resolución nº 1763 (2010), aprueba la objeción de conciencia institucional con las palabras “*Ninguna persona, hospital o institución, podrá ser coaccionado, demonizado como responsable o discriminado de cualquier manera a consecuencia de la negativa a realizar, acoger, ayudar o someterse a un aborto, la realización de un aborto involuntario (espontáneo), o la eutanasia o cualquier acto que pudiera causar la muerte de un feto o embrión humano, por cualquier razón*”. Además, la Asamblea invita a los Estados miembros del Consejo a: 1) garantizar el derecho a la objeción de conciencia en relación a la participación en el procedimiento de que se trate, 2) asegurar que los pacientes sean informados de cualquier objeción a su tiempo, de manera que puedan ser referidos a otro proveedor de salud, y 3) asegurar que los pacientes reciben el tratamiento adecuado, en particular en casos de urgencia.

Todo hospital o institución tiene derecho a la objeción de conciencia al aborto según el Consejo de Europa. ¿Qué puede deducirse de estos términos? En amplio informe del prestigioso European Centre for Law and Justice (ECLJ) se mantiene que, en diversas ocasiones, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ha afirmado que las instituciones, tales como hospitales, mantienen un interés legítimo en ser consecuentes con su *ethos* moral o ético y es posible que, por ejemplo, prohíba a su personal no solo practicar el aborto sino también promoverlo. El ECLJ hace mención de dos dictámenes. En el caso de *Rommerlfanger contra República Federal de Alemania*, la Comisión Europea de derechos Humanos dictaminó que un hospital tiene derecho a coartar al personal que promueva el aborto. En este caso la Comisión dictaminó que el hospital tenía derecho a despedir al doctor Rommerlfanger, por su reputación pública (como hospital) contraria a la postura ética de su empleado. Por consiguiente un hospital tiene naturalmente derecho a adoptar posturas éticas en las prácticas delicadas. Esta resolución se aplica a cualquier tipo de hospital, sea público o privado, ya que los hospitales públicos no carecen necesariamente de referencias éticas. Y recientemente, en el caso de *Lombardi Vallauri contra Italia*, el Tribunal confirmó la jurisprudencia de Rommerlfanger y aplicó el artículo 4 de la DIRECTIVA 78/2000/EC, considerando que, en el contexto de una institución católica, una institución con un *ethos* moral tiene derecho a preservarla, incluso si supone limitar los derechos y libertades de otras personas.

Como se ve la jurisprudencia en el nivel del Consejo de Europa, nivel político y mayoritario, despliega nuevas formas de objeción, de titularidad no solo personal e individual sino encuadrables también en el genérico de “institucional”, abiertas también a la esfera institucional pública. Esta Comisión entiende que la corporación médica debe especialmente estimar estos esfuerzos de la sociedad en la defensa las libertades y de una interpretación amplia de la objeción de conciencia de los

profesionales e instituciones sanitarias, en un momento clave para las democracias europeas donde fuertes corrientes ideológicas se proponen una visión restrictiva y radicalmente positivista de la objeción. Otra actitud desde la perspectiva de los valores médicos no tendría sentido.

## NOTAS ADICIONALES

Tras diversas lecturas, y sucesivas redacciones, el presente texto fue aprobado sin votos en contra por el pleno de la Comisión deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Madrid y refrendado mediante aprobación del Acta correspondiente en la Sesión ordinaria de la citada Comisión del día 19 de octubre de 2011. A su vez, remitido el texto a la Presidencia del Colegio, el Pleno de la Junta Directiva del mismo, en sesión celebrada el veinticuatro de noviembre de dos mil once, acordó aprobar el citado Informe, resolución que fue comunicada a la Comisión deontológica mediante certificación oportuna, firmada por el Presidente y Vicesecretario del citado Colegio, el veinticinco de noviembre de dos mil once.

Con específica referencia al texto de estas Reflexiones se ha de añadir lo siguiente:

- a) En lo concerniente a las Conclusiones del Abogado General en el asunto C-34/10 *Brüstle/Greenpeace eV*, a que se alude en la página 77 de estas Reflexiones (citas 63 y 64), es importante añadir que, en fecha 18 de octubre de 2011, la gran sala del Tribunal de Justicia Europeo, con sede en Luxemburgo, dictó Sentencia del citado caso C-34/10 refrendando el informe del Abogado General mediante un dictamen de gran trascendencia para los gobiernos e instituciones de la Unión Europea.

A los efectos de estas Reflexiones, el dictamen responde a las preguntas planteadas por el *Bundesgerichtshof* y específicamente a la que responde al siguiente enunciado ¿qué debe entenderse por embriones humanos? Así procede al incluir en el artículo 38 de la Sentencia la definición de embrión: “como el ovulo humano fecundado y capaz de desarrollarse, desde la fusión de los núcleos, así como toda célula extraída de un embrión denominada “totipotencial”, es decir, una célula que, reuniéndose las demás condiciones necesarias, es apta para dividirse y desarrollarse hasta formar un individuo”. En suma “la fecundación puede iniciar el proceso de desarrollo de un ser humano”.

No parece necesario abundar sobre la importancia suma de esta Sentencia y con ella la muy posible apertura de un proceso de revisión de las legislaciones europeas al efecto.

- b) En relación con los argumentos blandidos en el apartado b) de la página 65 de estas Reflexiones –en respuesta a la pregunta “qué significa exactamente “información”– es interesante destacar la toma de posición de la Comisión Permanente de la Comisión Deontológica Médica de la Organización Médica Colegial (OMC) en respuesta a una tribuna del Dr. José Jara, presidente de la Asociación de Bioética de Madrid publicada en Diario Médico el 2 de febrero de 2012, en alusión al reciente Código deontológico de la OMC. En su respuesta, publicada en Diario Médico de 9 de febrero de 2012, por lo que respecta a la obligación de informar a la mujer que solicita un aborto por parte del médico objetor, la OMC afirma que *“constituye una interpretación errónea...que el médico objetor tenga la obligación de informar a la mujer que quiere abortar de la clínica a la que debe ir a abortar, del método más adecuado para su caso, etc.”* y prosigue más adelante *“La mujer acude al médico con un problema buscando su ayuda y el médico, en este caso objetor al aborto, tiene la obligación de atenderla, hacerla reflexionar, explicarle las consecuencias de su petición, ofrecerle alternativas, informarle de personas que le pueden ayudar, etc. No atenta este punto contra la objeción de conciencia del médico, muy al contrario facilita al objetor atender a una persona muy necesitada de ayuda y posibilita transmitir a la embarazada las razones de la objeción. Esta es la interpretación correcta del punto 55.2 del Código y de su lectura no pueden derivarse otras consecuencias”*. Para más adelante concluir que *“la gente tiene derecho a recibir la información que le concierne y, junto a ella, la opinión cualificada del médico, que ha de informar y aconsejar”*.

En suma, de los textos aludidos parece evidente que la OMC interpreta el Código deontológico de los médicos, a los efectos de la información aludida, desde una concepción “deliberativa” del acto médico, libre pues y abierta a la discrepancia, aunque convierte en deontológica la exigencia de, paralelamente, abordar la información de la mujer respecto del aborto y la cooperación institucional del profesional objetor si media una norma de rango superior.

La interpretación de la OMC no exime al médico de Atención primaria de participar en el proceso administrativo-sanitario que regula la reciente ley del aborto, pero legitima al presunto objetor en la tarea de deliberar con la mujer sobre su grave decisión, una y otra vez, siempre que se plantee una relación médico-paciente de esta naturaleza; entendiendo como benéfica para la mujer la libre relación médico-paciente cuando el médico es objetor. En realidad, como el presidente de la OMC había declarado antes al mismo Diario Médico (15 de diciembre de 2010) *“para*

*responder en conciencia lo primero es servir al paciente, sea quien sea, no en contra de los principios de cada uno, pero sí hasta donde se pueda llegar”.*