

**“VULNERACIONES DEL DERECHO A LA  
OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE  
PROFESIONALES SANITARIOS DE  
ATENCIÓN PRIMARIA”**



***INFORME DE LA ASOCIACIÓN PARA LA DEFENSA  
DEL DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA  
(ANDOC) PARA EL CONSEJO DE EUROPA***

***21 de junio de 2011***



**INFORME DE LA ASOCIACIÓN NACIONAL PARA LA DEFENSA DEL DERECHO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA (ANDOC) SOBRE VULNERACIONES AL DERECHO DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA SANIDAD PÚBLICA ANTE EL ABORTO Y TÉCNICAS DE CRIBADO PRENATAL.**

**ÍNDICE DEL INFORME**

Objeto del Informe.	2
I.- Marco Legal de la Objeción de Conciencia y el Aborto.	3
1.- Normativa Nacional.	4
2.- Normativa Autonómica.	4
3.- Legislación internacional	6
II. Diagnóstico Prenatal y Aborto Eugenésico.	6
1.- Legislación Nacional.	6
2.- Legislación Internacional.	8
3.- Normativas Autonómicas sobre Comités Clínicos.	8
4. Programas de cribado genético: Andalucía, País Vasco.	8
III. Jurisprudencia Española sobre el Derecho a la Objeción de Conciencia.	9
IV. Normativa Deontológica.	12
V. Vulneraciones.	14
VI. Objeción de Conciencia al Diagnóstico Prenatal Eugenésico.	22
Anexo: Normativa deontológica y Declaraciones internacionales sobre Diagnóstico Prenatal y Cribado Eugenésico.	27
CONCLUSIONES:	30

## **OBJETO DEL INFORME:**

El objeto de este informe es alertar al Consejo de Europa, al Gobierno de España y a los profesionales sanitarios españoles de las vulneraciones del derecho a la objeción de conciencia que se están dando en el ámbito de la Sanidad española, después de la entrada en vigor de la ley 2/2010 sobre Salud Sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo, abreviadamente, ley del aborto.

Tales hechos constituyen, a nuestro juicio, una clara vulneración de la legislación internacional en materia de libertad ideológica y de conciencia, de la Constitución española, de las decisiones de los tribunales, de las leyes nacionales que garantizan la protección de los derechos de los ciudadanos en los procedimientos administrativos, de la normativa deontológica de las profesiones sanitarios y, por supuesto, **del espíritu y la letra de la Resolución 1763 (2010) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre el derecho a la objeción de conciencia en el ámbito de la Sanidad, aprobada el 7 de octubre pasado.**

Hemos dividido el informe en dos grandes bloques: situaciones referidas a la intervención de profesionales en la práctica del aborto voluntario y al caso singular del aborto eugenésico precedido de **determinadas** técnicas de diagnóstico prenatal.

Antes de analizar las violaciones concretas de este derecho de las que hemos ido teniendo noticia, mencionaremos sintéticamente el marco legal –nacional e internacional- en que se sitúa el derecho a la objeción de conciencia, con alusión a las normativas autonómicas que se refieren directamente a estas cuestiones.

Toda la información que se recoge sobre profesionales a los que se está impidiendo u obstaculizando el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia en su trabajo profesional, va acompañado de la documentación que acredita la situación denunciada.

## **I. MARCO LEGAL SOBRE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y ABORTO.**

### **1. NORMATIVA NACIONAL:**

**Ley 2/2010 de 3 de marzo (BOE nº 55 de 4 de marzo), sobre Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción voluntaria del embarazo (en adelante LSSR), artículo 19, 2:**

*1. Con el fin de asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, las administraciones sanitarias competentes garantizarán los contenidos básicos que el Gobierno determine, oído el Consejo Interterritorial de Salud. Se garantizará a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan.*

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

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

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

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

## **DESARROLLO REGLAMENTARIO:**

1.2.1 **Real Decreto 831/2010, de 25 de junio**, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo<sup>1</sup>.

1.2.2. **Real Decreto 825/2010 de 25 de junio de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, especialmente, arts. 2 y 3: naturaleza y composición del Comité clínico que interviene en el supuesto de aborto por causas médicas; cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, conforme a lo previsto en el artículo 15.c); art. 4, 5, 6 y 7 (información previa al consentimiento).**

## **2. NORMATIVA AUTONÓMICA.**

### **2.1 Registros de objetores: art. 19,2.**

- Castilla-La Mancha: Orden Consejería de Salud de la Junta de Comunidades de Castilla La-Mancha, de 21 de junio de 2010; modificada por Orden de 14 de octubre de 2010, por la que se establece el procedimiento de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo.
- Ley foral Navarra de 29 de octubre de 2010, por la que se crea el Registro de profesionales objetores de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo <http://www.parlamento-navarra.es/UserFiles/File/BOP/B2010109.pdf> (BOPN nº 109 de 10 de noviembre).

### **2.2. Comités Clínicos: artículo 16 ley 2/2010.**

- **Asturias:** Resolución de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de 2 de julio de 2010, por la que se designa el Comité clínico creado por la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, Ley de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (Boletín Nº 153 del Sábado 3 de Julio de 2010) .
- **Castilla y León:** ORDEN SAN/954/2010, de 2 de julio, por la que se designan los Comités Clínicos del Servicio de Salud de Castilla y León
- **País Vasco:** ORDEN de 6 de julio de 2010, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se designa a los miembros del Comité Clínico para la Comunidad Autónoma del País Vasco: <http://www.osanet.euskadi.net/r85->

---

<sup>1</sup> Artículo 7. Emisión de dictámenes preceptivos: “En los supuestos en que la interrupción voluntaria del embarazo se practique por la concurrencia de alguna de las circunstancias previstas en el artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, los dictámenes emitidos con carácter previo por especialistas distintos del que practique o dirija la intervención deberán ir acompañados de las pruebas diagnósticas que, en cada caso, fundamenten el dictamen”.

[20319/es/contenidos/informacion/interrupcion/es\\_ive/adjuntos/ordenNombramientoMiembrosComiteClinicoCAPVLey2-2010.pdf](http://20319/es/contenidos/informacion/interrupcion/es_ive/adjuntos/ordenNombramientoMiembrosComiteClinicoCAPVLey2-2010.pdf)

- **Andalucía:** Orden 30 de junio de 2010, BOJA 8 de julio. [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7748](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7748)
- **Cantabria:** Orden SAN/8/2010, de 5 de julio, por la que se regula el comité clínico para la interrupción voluntaria del embarazo en Cantabria. BOC. 12 de julio de 2010, núm. 133. [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7757](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7757)
- Cataluña:** Resolución SLT/2260/2010, de 5 de julio, de designación de las personas facultativas que componen el comité clínico previsto por el artículo 15.c) de la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. DOGC. 8 de julio de 2010, núm. 5666. [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7746](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7746)
- Aragón:** Resolución de 6 de julio 2010, del Director General de Planificación y Aseguramiento del Departamento de Salud y Consumo, por la que se designan miembros titulares y suplentes del Comité Clínico del Sistema de Salud de Aragón para la interrupción voluntaria del embarazo. BOA. 9 de julio de 2010, núm. 134: [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7750](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7750)
- Canarias:** ORDEN de 30 de junio de 2010, por la que se crean en la Comunidad Autónoma de Canarias, los comités clínicos del artículo 15.c) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOC. 5 de julio de 2010, núm. 130. [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7735](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7735)
- Comunidad Valenciana:** Resolución de 2 de julio de 2010, del gerente de la Agencia Valenciana de Salud, por la que se designan los comités clínicos contemplados por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción del Embarazo. DOCV. 7 de julio de 2010, núm. 6305. [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7744](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7744)
- **La Rioja:** Resolución 330, de 5 de julio de 2010, del Consejero de Salud, por la que se nombra a los miembros del Comité Clínico al que se refiere la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOR. 7 de julio de 2010, núm. 81. [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7747](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7747)

### 2.3 Desarrollo de otros aspectos de la ley:

Sobre aspectos distintos al establecimiento y funciones de los Comités clínicos y el ejercicio del derecho a la oc, sólo ha legislado, por el momento, Aragón:

- Orden de 5 de julio 2010, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se desarrollan determinados aspectos (RD 831/2010) de la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. BOA. 8 de julio de 2010, núm. 133. Condiciones de centros acreditados para el aborto [http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador\\_ficha.cfm?idArticulo=7745](http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7745)

### 3. Legislación internacional (ratificada por España)

**Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, firmado en Lisboa el 13 de diciembre de 2007:**

**Art. 10, 2:**

*“2. Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio”.*

## II. DIAGNÓSTICO PRENATAL Y ABORTO EUGENÉSICO.

### 1. Legislación Nacional:

#### 1.1. LSSR, artículos 15 y 16 ley 2/2010, Real decreto 825/2010.

**Artículo 15:** *Interrupción por causas médicas:*

*Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes:(...)*

*b) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista riesgo de graves anomalías en el feto y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que la practique o dirija.*

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

**Artículo 16. Comité clínico.**

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

**1. 2. Ley 14/2007 de investigación biomédica.**

**Artículo 48. Consentimiento.**

- 1. Será preciso el consentimiento expreso y específico por escrito para la realización de un análisis genético.*
- 2. En el ámbito sanitario se podrán obtener y analizar muestras de personas fallecidas siempre que pueda resultar de interés para la protección de la salud, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente en vida y así se acredite.  
A tal fin serán consultados los documentos de instrucciones previas y, en su defecto, el criterio de los familiares más próximos del fallecido.  
El acceso de los familiares biológicos a la información derivada del análisis genético del fallecido se limitará a los datos genéticos pertinentes para la protección de la salud de aquéllos.*
- 3. Para acceder a un cribado genético será preciso el consentimiento explícito y por escrito del interesado. El Comité de Ética de la Investigación determinará los supuestos en los que el consentimiento podrá expresarse verbalmente. En todo caso, cuando el cribado incluya enfermedades no tratables o los beneficios sean escasos o inciertos, el consentimiento se obtendrá siempre por escrito.*
- 4. La realización de análisis genéticos sobre preembriones in vivo y sobre embriones y fetos en el útero requerirá el consentimiento escrito de la mujer gestante.*

## **2. Legislación internacional:**

### **Convenios internacionales firmados por España:**

**a) Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina**, hecho en Oviedo el 4 de Abril de 1997. Entrada en vigor en España 1/1/2000. BOE nº 251 de 20 de Octubre de 1999:

#### **Artículo 11:**

*Se prohíbe toda forma de discriminación de las personas a causa de su patrimonio genético.*

#### **Artículo 12. Pruebas genéticas predictivas**

*Sólo podrán hacerse pruebas predictivas de enfermedades genéticas o que permitan identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad, o detectar una predisposición o una susceptibilidad genética a una enfermedad, con fines médicos o de investigación médica.*

**b) Convenio sobre derechos de personas con discapacidad adoptado por Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, y ratificado por España el 23 de noviembre de 2007**

#### **Art. 10:**

*“Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con los demás”.*

## **3. Leyes autonómicas que desarrollan funcionamiento y composición de Comité clínico.**

Vid. Apartado 2.2.

## **4. Programas de cribado genético: Andalucía, País Vasco.**

4.1. Andalucía: Plan de genética de Andalucía, 2009 (PACAC): <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/370/pdf/DocPACAC.pdf>

4.2. País Vasco: Instrucción 6/1997 del 8/7/97 de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Diagnóstico prenatal de cromosomopatías y defectos del tubo neural mediante amniocentesis. El Servicio Vasco de Salud oferta una prueba de síndrome

de Down para todas las embarazadas. <http://www.elcorreo.com/alava/20080623/mas-actualidad/sociedad/osakidetza-ofertara-prueba-sindrome-200806231200.html>

4.3. Cataluña: Protocolo de DPN para anomalías congénitas (2008-2010): Instrucción de Consejería de Salud de la Generalitat 7/2008. Programa de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas fetales

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir125/diagprenfetcascomp.pdf>

### III. JURISPRUDENCIA ESPAÑOLA SOBRE DERECHO A LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA.

Las sentencias de los Tribunales españoles no son unánimes respecto a la naturaleza de este derecho y su protección jurídica. No obstante, en lo relativo a la objeción de conciencia al aborto de los profesionales de la Sanidad, hay abundante jurisprudencia favorable, que no ha sido desmentida:

#### 1. Jurisprudencia favorable.

A) Derecho constitucional vinculado a la libertad religiosa, ideológica y de conciencia:

– **Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 2/1982, de 29 de Enero de 1982.**

*“Ni la libertad de pensamiento ni el derecho de reunión y manifestación comprenden la posibilidad de ejercer sobre terceros una violencia moral de alcance intimidatorio, porque ello es contrario a bienes constitucionalmente protegidos como la dignidad de la persona y su derecho a la integridad moral (arts. 10 y 15 de la C. E.) (...) El recurso de amparo no es una tercera instancia jurisdiccional, sino que su función se circunscribe a la protección de los derechos y libertades reconocidos en los artículos 14 a 29 de la C. E. y de la objeción de conciencia. (...).”*

– **STC 15/1982, de 23 de abril, FJ 6.**

*“... la libertad de conciencia es una concreción de la libertad ideológica que nuestra Constitución reconoce en el artículo 16, puede afirmarse que la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en el ordenamiento constitucional español”.*

– **STC 160/1987, de 27 de octubre.**

*La oc es un “derecho constitucional autónomo” (...), con todas las características de un derecho fundamental, como insiste la doctrina jurídica”.*

B) El derecho a libertad religiosa no se ciñe al claustro interno de la conciencia, sino que abarca manifestaciones externas:

– **STC 101/2004, de 2 de junio de 2004** (guardia que debe acompañar una procesión)

*“En cuanto derecho subjetivo, la libertad religiosa tiene una doble dimensión, interna y externa. Así, según dijimos en la STC 177/1996, de 11 de noviembre, FJ 9, la libertad religiosa “garantiza la existencia de un claustro íntimo de creencias y, por tanto, un espacio de autodeterminación intelectual ante el fenómeno religioso, vinculado a la propia personalidad y dignidad individual”, y asimismo, “junto a esta dimensión interna, esta libertad ... incluye también una dimensión externa de “agere licere” que faculta a los ciudadanos para actuar con arreglo a sus propias convicciones y mantenerlas frente a terceros (SSTC*

19/1985, de 13 de febrero, FJ 2; 120/1990, de 27 de junio, FJ 10, y 137/1990, de 19 de julio, FJ 8)”<sup>2</sup>.

Este reconocimiento de un ámbito de libertad y de una esfera de agere licere lo es **“con plena inmunidad de coacción del Estado o de cualesquiera grupos sociales”** (STC 46/2001, de 15 de febrero, FJ 4, y, en el mismo sentido, las SSTC 24/1982, de 13 de mayo, y 166/1996, de 28 de octubre) y se complementa, en su dimensión negativa, por la prescripción del art. 16.2 CE de que **“nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias”**.

– **Sentencia TC 20/1990, de 15 de febrero.**

2. (...) **“la máxima amplitud con que la libertad ideológica está reconocida en el art. 16.1 de la Constitución, por ser fundamento, juntamente con la dignidad de la persona y los derechos inviolables que le son inherentes, según se proclama en el art. 10.1, de otras libertades y derechos fundamentales y, entre ellos, los consagrados en el art. 20, apartados a) y d) de la Norma fundamental que muestran su íntima conexión con la libertad ideológica”**. (FJ 4).

3. (...) para la efectividad de los valores superiores y especialmente del pluralismo político, hace necesario que el ámbito de **este derecho no se recorte ni tenga “más limitación (en singular utiliza esta palabra el art. 16.1 C.E.), en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley (...)”**

- **SSTC 20/1990, 120/1990 (FJ 3, 8).**

Los límites a la libertad de creencias están sometidos a una interpretación estricta y restricta.

– **SSTC 292/1993 y 173/1995 [FJ 2]. 7.**

Límites libertad religiosa y creencias (da igual que sean religiosas o de otro tipo):

**“resulta irrelevante que las creencias cuya libertad protege el art. 16 CE sean de índole religiosa o secular”**

C) No necesidad de regulación la objeción conciencia sanitaria

– **Sentencia TC 53/1985, de 11 de abril de 1985** (despenalización del aborto):

**“el derecho a la objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales”**.

– **Sentencia del Tribunal Supremo** (Sala de lo Contencioso), 6/1987 de 16 de enero de 1998.

**“La demanda del recurso 7/87 opone al Reglamento impugnado la ausencia de una regulación de la objeción de conciencia respecto de las prácticas contempladas en las indicaciones de abortos no punibles. Pero si ello constituye, sin duda, un indudable derecho de los médicos, como tuvo ocasión de señalar el**

---

<sup>2</sup> En parecidos términos se expresa STC 177/96, de 11 de noviembre, FJ 11: un militar que se niega a desfilar en parada militar.

*Tribunal Constitucional en la reiterada Sentencia 53/1985 (F. J. 14), su existencia y ejercicio no resulta condicionada por el hecho de que se haya dictado o no tal regulación, por otra parte difícilmente encuadrable en el ámbito propio de una normativa reglamentaria, sino que, al formar parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución, resulta directamente aplicable.*

– **Tribunal Supremo, 24 de abril de 2005** (FJ 5º): objeción de conciencia para los farmacéuticos<sup>1</sup>

## **2. Jurisprudencia restrictiva del derecho a la objeción de conciencia:**

– **STC 160 y 161/87 de 27 de octubre.**

*“La objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro derecho o en derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea de Estado. Lo que puede ocurrir es que se admita excepcionalmente respecto a un deber concreto” (FJ 3).*

*“La objeción de conciencia exige para su realización la delimitación de su contenido y la existencia de un procedimiento regulado por el legislador en los términos que prescribe el art. 30.2 de la Constitución, con las debidas garantías, ya que sólo si existe tal regulación puede producirse la declaración en la que el derecho a la objeción de conciencia encuentra su plenitud”.*

– **Sentencia del Tribunal Supremo de 20 de enero de 1987** (enfermeras que se niegan a intervenir en abortos, recurren traslado de servicio):

*“Las medidas de traslado del personal que objeta a la realización de prácticas abortivas no lesionan el derecho fundamental siempre que no afecten al lugar de residencia, al centro donde se prestan servicios, a la remuneración salarial, o bien a la categoría laboral”.*

– **Tribunal Supremo, 2 sentencias de 11 de febrero de 2009** (Educación para la Ciudadanía)

*“El reconocimiento de un derecho a la objeción de conciencia de alcance general, con base en el art. 16.1 CE, equivaldría en la práctica a hacer depender la eficacia de las normas jurídicas de su conformidad con cada conciencia individual, lo que supondría socavar los fundamentos mismos del Estado democrático de derecho”(…) “Es indiscutible que la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, (...), afirma que el personal sanitario puede oponer razones de conciencia para abstenerse de participar en intervenciones dirigidas a la interrupción del embarazo. Pero a partir de aquí sería muy difícil extraer un principio general, ya que el aborto constituye innegablemente un supuesto límite”.*

#### IV. NORMATIVA DEONTOLÓGICA:

**4.1. Guía de Ética Médica Europea**, aprobada unánimemente por la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, de 6 de enero de 1987, art. 18<sup>3</sup>

**4.2. Códigos Deontológicos españoles<sup>4</sup>:**

a) *Código de Ética Médica, 1999, arts. 9,3; 23, 24, y 26*

---

<sup>3</sup> Art. 18: “es conforme a la ética que el médico, en razón de sus convicciones personales, se niegue a intervenir en procesos de reproducción o en casos de interrupción de la gestación o abortos”. El texto en francés puede consultarse en <http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/2574ebb5e061107fc125668600447e7f?OpenDocument>

<sup>4</sup> Código de Ética Médica:

**Artículo 20,1.** *El médico debe disponer de libertad de prescripción y de las condiciones técnicas que le permitan actuar con independencia y garantía de calidad. En caso de que no se cumplan esas condiciones deberá informar de ello al organismo gestor de la asistencia y al paciente.*

**Artículo 23,1.** *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 embriofetal 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 casos 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 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 de 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.*

**Código de Ética de la Profesión Farmacéutica:**

**Art. 28:**

“La responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le faculta para ejercer su derecho a la objeción de conciencia respetando la libertad y el derecho a la vida y la salud del paciente”;

**Art. 33:**

“El farmacéutico podrá comunicar al Colegio de Farmacéuticos su condición de objetor de conciencia a los efectos que se considere procedentes. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria”.

**Código Deontológico de la Enfermería española:**

**Art. 22:** *De conformidad con el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene (...) el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ningún Enfermero/a pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese Derecho.*

- b) *Código de Ética de la Enfermería, 1989 (revisado en 1998), arts. 14, 16 y 22.*
- c) *Código de Ética Farmacéutica, artículos 28 y 33.*

### **4.3. Registros de objetores.**

#### **4.3.1. Colegios de Médicos.**

Con motivo de la regulación establecida en el artículo 19, 2 de la ley 2/2010, muchos Colegios de Médicos españoles (Aragón, Andalucía, Madrid, Alicante, Badajoz, Castellón, Murcia, Cuenca, Las Palmas, Vizcaya, etc.), establecieron un registro de objetores, *voluntario y confidencial*, con dos fines: asegurar que la comunicación del médico objetor es razonable y responde a los criterios deontológicos; garantizar una cierta protección jurídica al médico objetor en caso de ser denunciado o discriminado por ejercer este derecho.

Sin embargo, no todos los Colegios han creado Registros colegiales: p. e. Navarra, Galicia. Otros, han recomendado a los médicos de Centros Públicos que se apunten a una “lista” facilitada por la propia Administración sanitaria (Castilla-León y Galicia); en Cataluña el Consejo de Colegios Médicos de Barcelona ha delegado en los Centros de AP y Hospitales públicos la creación de registros de objetores. La Comisión Deontológica del Colegio sólo mediará en caso de conflicto. Se calcula que, hasta finales de 2010, se habían inscrito como objetores en los registros colegiales unos 500 médicos.

#### **4.3.2. Registros de objetores públicos:**

Castilla-La Mancha y Navarra: han creado registros públicos de objetores; en ambos casos, la normativa autonómica dictada al efecto ha sido recurrida. En el caso concreto de Castilla-La Mancha, la Administración dictó una Orden y varios protocolos en que se regulaba limitativamente el derecho a la objeción de conciencia, restringiéndola a determinados profesionales sanitarios, y condicionando su ejercicio a la inclusión en un registro oficial. El Colegio de Médicos de Toledo presentó un recurso contra la Orden y el TSJCLM dictó un auto de medidas cautelares que obligó a la Administración autonómica a modificar la normativa.

Por su parte, la Consejería de Salud de Cantabria ha anunciado su intención de crear registro público.

En esas Comunidades Autónomas, la inscripción en el registro y su aceptación por la autoridad sanitaria es requisito necesario para que se reconozca la condición de objetor.

## V. VULNERACIONES.

### 5.1. Antecedentes<sup>5</sup>:

En España el aborto fue despenalizado en 1985 sólo en tres supuestos: violación, malformaciones graves o incurables en el feto (aborto eugenésico); peligro físico o psíquico grave para la mujer.

Con arreglo a esta norma, desde esa fecha hasta 2009 se han practicado oficialmente en España **1.461.976** abortos; en los últimos 10 años (1999-2009), se ha incrementado la cifra en un **189%**. En 2008, hubo **115.812** y en 2009, **111.482** y, un 3% menos, la primera vez en 25 años que desciende el nº total de abortos.

El principal motivo aducido es el peligro para la salud física o psíquica materna: el **96,74%** de los casos en 2009 (porcentajes muy similares en años anteriores); el riesgo fetal en un **2,98%** y la violación en el **0,02%** (similar en todos los años). En un **35%** de los casos, se trata de mujeres que ya han tenido un aborto voluntario anterior. Menores de 19 años: 12-13%; en Andalucía, entre 15-16%.

Más del **97%** de los abortos se llevan a cabo en Centros sanitarios privados, concertados con la Seguridad Social

A partir de julio de 2010, el aborto se puede realizar, sin aducir causa alguna, durante las 14 primeras semanas; y hasta las 22 semanas:

- a) en caso de grave peligro físico o psíquico para la madre, y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico distinto del que lo practique o dirija;
- b) en el caso de que se detecte riesgo de graves anomalías en el feto previo dictamen emitido con anterioridad a la intervención por dos médicos especialistas distintos del que lo practique o dirija, sin más especificaciones.

Durante los 25 años de vigencia de la ley despenalizadora del aborto, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios ha sido un fenómeno puntual, limitado casi exclusivamente, a prácticas de otro tipo (prescripción de la píldora post coital,

---

<sup>5</sup> Fuente de los datos estadísticos: Informes Ministerio de Sanidad y Política Social: Interrupción voluntaria del embarazo, datos definitivos correspondientes a 2008 y 2009.

esterilizaciones, colocación de dispositivos intrauterinos, administración de anticonceptivos, técnicas de reproducción asistida (cfr. art. 26 CEDM): en primer lugar, porque el aborto seguía siendo un delito desde el punto de vista legal y una vulneración de la “lex artis”, desde la perspectiva deontológica, sin embargo, las restantes prácticas señaladas sí eran legales y podía haber, por tanto, la oc. En cualquier caso, la oposición al aborto por parte de la inmensa mayoría del colectivo médico se ha venido considerando una buena práctica desde el punto de vista médico y deontológico, que no se castigaba ni penal ni disciplinariamente únicamente en los supuestos contemplados por la normativa despenalizadora (artículo 23 CEDM<sup>6</sup>). No era precisa mención alguna a motivos de conciencia: lo médicamente indicado era respetar la vida del no nacido y tratarle como un paciente más (art. 24, 1 CEDM)

## **5. 2. Situación a partir de julio de 2010.**

Con la ley 2/2010 sobre Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción voluntaria del embarazo, se produce un **cambio radical** en el tratamiento de la oc al aborto de los profesionales sanitarios: deja de ser un delito despenalizado, para convertirse en un derecho y un servicio de salud que se ha de facilitar obligatoriamente, dentro de los plazos y supuestos estipulados por la ley. En ese contexto, la negativa de un profesional, por “motivos de conciencia”, a practicar el aborto, se interpreta como una denegación de un derecho de los usuarios del sistema de salud, que se castigará salvo en el caso de que los profesionales “**directamente implicados**”, manifiesten su objeción de conciencia “**anticipadamente y por escrito**”. “En cualquier caso“, sigue diciendo, esos profesionales “dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen **antes y después** de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo” (artículo 19.2 ley 2/2010).

## **5.3. Casos concretos de vulneraciones del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios al aborto.**

Como ya se ha dicho, en España casi el 97% de los abortos se realizan en clínicas privadas concertadas. Hasta el momento de la aprobación de la ley 2/2010, una mujer que quería abortar, podía utilizar cuatro vías:

---

<sup>6</sup> 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”.

- a) Acudir a un Centro de Atención Primaria público para recibir el volante de derivación a una clínica concertada.
- b) Acudir a Centros de Planificación Familiar o servicios similares: alrededor del 25% de los casos, según informe oficial del MS (en 2009: 28706 abortos, respecto al total de 111.482).
- c) En algunas Comunidades Autónomas (Andalucía, por ejemplo), podían dirigirse a centros adscritos a las Consejerías de Asuntos Sociales (especialmente en casos de personas con de pocos medios económicos), para que les facilitaran la derivación; de ordinario, en este caso, sólo se les entrega la orden de pago, para que los centros concertados le practiquen el aborto con cargo a la Seguridad Social.
- d) Directamente a las clínicas privadas, concertadas o no. En estos casos, los datos numéricos no ofrecen demasiada fiabilidad, toda vez que la factura que pagan las usuarias por la intervención debe pasar la fiscalización de Hacienda.

Hay un dato que puede proporcionar algunas claves para entender este tema: hasta 2009, las Comunidades Autónomas financiaban como media, un 30% de los abortos practicados en las clínicas. A raíz de la aprobación de la ley, ha pasado a más de un 60% de los abortos son financiados por la sanidad pública como consecuencia de la Ley de Plazos, el doble respecto al año anterior. Por CC. AA.:

- Castilla-La Mancha: más de 80%; Aragón, Asturias y Andalucía: 90%.

- En Cataluña se ha pasado de subvencionar el 24% de las intervenciones abortistas al 55%. En Madrid, se ha pasado del 26% a más del 60%, según datos de la patronal abortista (ACAI); en Valencia 60%; en Murcia, el 32%.

- Navarra es la única comunidad autónoma en la que no se practican abortos en hospitales públicos y las clínicas privadas son inexistentes. Galicia cuenta también con muchos objetores, por ello la Xunta envía a las mujeres a los centros abortistas.

#### **5.4. Situaciones concretas según ámbitos profesionales sanitarios:**

Las vulneraciones del derecho a la objeción de conciencia que hemos detectado afectan a diversos profesionales: anestesistas, médicos de Atención Primaria; Diplomados en enfermería; matronas; administrativos y trabajadores sociales adscritos a Centros de Salud. Hasta el presente, hemos detectado más de 20 casos en toda España; en su inmensa mayoría afectan a profesionales que trabajan en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En epígrafe aparte, tratamos el caso de los ginecólogos que trabajan en programas de Cribado Genético y Diagnóstico Prenatal.

#### **5.4.1. Médicos que trabajan en hospitales públicos:**

En general, no se han manifestado conflictos de objeción de conciencia, pues la inmensa mayoría de los profesionales se declaran objetores. Por otro lado, en la Sanidad pública, sólo se practican entre un 2 y un 3% de los abortos, en su inmensa mayoría, casos de fetos con posibles malformaciones (vid., no obstante, las observaciones contenidas en el Apartado VI, respecto a la práctica del aborto en caso de malformaciones). Sin embargo, sí tenemos noticias de **anestelistas y personal auxiliar de quirófano que intervienen en legrados uterinos**. Las situaciones conflictivas suelen plantearse siempre del siguiente modo: el anestesta es llamado a quirófano para sedar a la paciente a la que se va a practicar el legrado; si solicita información con objeto de saber si el legrado es fruto de un aborto espontáneo o provocado, no se le dan explicaciones o éstas son muy confusas. Si se trata de un aborto practicado bajo la indicación de “anomalías fetales”, tampoco se le informa, en su caso, si cuentan o no con el dictamen del Comité Clínico correspondiente (artículo 15 c) ley 2/2010).

#### **5.4.2. Médicos de Atención Primaria:**

Es el colectivo que se enfrenta con mayores obstáculos a la hora de hacer valer su derecho a la objeción de conciencia pues, de ordinario, son los primeros profesionales a los que acuden las mujeres que tienen dudas o están decididas a abortar. A él le corresponde la obligación de realizar el examen clínico, informar y, en su caso, derivar al centro concertado que practique los abortos (artículo 23 ley 41/2002 de 14 de noviembre sobre autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica). Nos hemos centrado en el caso de Andalucía, pues de esa Comunidad es de donde nos llegan la gran mayoría de las quejas y solicitudes de asesoramiento.

- a) En el caso de estos profesionales, la única normativa que tienen de referencia para actuar en estas situaciones está contenida en la ley 2/2010, artículos 14 (causas de interrupción del embarazo a petición); 15 (interrupción por causas médicas); y 17 (información previa al consentimiento); normativa que se interpretará, en todo caso, “del modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención” (artículo 12); respetando la confidencialidad e intimidad (artículo 20). Real Decreto 825/2010, artículos 3 y 4, sobre información previa al consentimiento en la interrupción voluntaria del embarazo.
- b) El funcionamiento práctico de los médicos de AP en Andalucía (y de otros profesionales que intervienen en la tramitación del aborto a los que luego nos referiremos) está guiado, por protocolos y guías que no son públicas (adjuntamos 3 de estos documentos a los que hemos tenido acceso):

- **Procedimientos abreviados de IVE** (Documento nº 1)

- **Documento del Servicio Andaluz de Salud, Dirección General de Asistencia Sanitaria: Instrucciones a los Centros sanitarios ante la demanda de interrupción voluntaria del embarazo (IVE)** (se adjunta como Documento nº 2).

Esas instrucciones, dirigidas sólo a los profesionales que trabajan en los centros sanitarios públicos de Andalucía, están fechadas el 28 de junio de 2010, unos días antes de la entrada en vigor de la LSSR. Contienen afirmaciones del siguiente tenor:

*“(la IVE) es uno de los procedimientos médicos **de menor riesgo**”* (Pág. 7)

*“Existen diferentes métodos según las semanas de gestación...Estos métodos son instrumentales o quirúrgicos, según la Organización Mundial de la Salud”. No se extiende más sobre el particular, a pesar de ser un documento dirigido a médicos de AP.*

Después de señalar que *“la IVE es una actividad clínica...**que deben tramitar los profesionales sanitarios**”*, señala que *“es imprescindible que todo el personal sea consciente de que el acceso a la IVE es un derecho de las mujeres y que SSPA (Servicio de Salud) debe garantizárselo”* (Pág. 19).

*“El documento de derivación, como cualquier otro, puede cumplimentarlo el médico...u otro profesional (matrona, personal de enfermería o de trabajo social)”; “hasta la semana 14...**hay que garantizar que la mujer solicitante salga del centro con el documento de derivación**”; “los profesionales sanitarios deberían facilitar al máximo todos los trámites y aprovechar el contacto de las mujeres con el sistema sanitario para hacer labor de consejo y de promoción de la salud sexual y reproductiva”* (Pág. 19)

*“Los profesionales sanitarios que atiendan a las mujeres...**que no vayan a intervenir en la realización del IVE, no podrán objetar, ni dar información ni atender a las mujeres antes o después de haberse sometido a la IVE**”*; y cita como fundamento el artículo 19 de la LSSR (Pág. 20).

- **Programa de Acreditación de Competencias Profesionales:**

Se desarrolla mediante guías de buena práctica, que se utilizan para acreditar a los profesionales y, en su caso, establecer los criterios de promoción profesional: [http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/Programas\\_Acreditacion/Profesionales/Manual\\_de\\_competencias\\_medico\\_familia\\_atencion\\_primaria\\_ME\\_1\\_1\\_02.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/Programas_Acreditacion/Profesionales/Manual_de_competencias_medico_familia_atencion_primaria_ME_1_1_02.pdf) En las páginas 49 y 96 de este documentos se expresa qué se considera “buena práctica” en un médico de familia en caso de que se le presente una solicitud de aborto (Documentos nn. 3 y 4).

Así como en otras Comunidades Autónomas se han publicado Órdenes y/o circulares de régimen interior para regular la actuación de los profesionales sanitarios en estos casos y regular la objeción de conciencia (caso de Castilla-La Mancha y Navarra) que, al ser públicas, se han podido recurrir (como, de hecho, ha ocurrido en ambos casos), en Andalucía son normativas “fantasma”, “maquilladas” como Procedimientos Operativos, que dejan en indefensión a los profesionales que no estén de acuerdo. Hay que decir que ese ***Programa de Acreditación de Competencias Profesionales*** evalúa a los médicos de Atención Primaria por el número de derivaciones para realizar abortos que tramiten. Conviene señalar que, por motivos económicos y operativos, los Servicios Públicos de Salud, arbitran todo tipo de medios para que las derivaciones a especialistas se realicen en casos realmente necesarios; este criterio –como es evidente- no se cumple en el caso de las derivaciones para abortar.

Con este incentivo la Consejería trata de "normalizar y reprimir" las posibles objeciones de conciencia al aborto que plantee este colectivo sanitario. No tramitar abortos podría suponer una calificación negativa que perjudicará las expectativas de promoción de estos profesionales, y un detrimento económico nada desdeñable. Por otro lado, esta normativa propicia un evidente trato discriminatorio, pues la evaluación de las competencias profesionales se vincula a motivos ideológicos, del todo ajenos a criterios de mérito y capacidad.

#### **5.4.3. Casos de objeción de conciencia:**

Las objeciones de conciencia de los médicos de familia y/o de Atención Primaria (nos han llegado más de una docena de casos desde la aprobación de la ley), se refieren a:

- Negativa a informar de la posibilidad de abortar; amparada en motivos tanto científicos como deontológicos.
- Negativa a firmar las derivaciones para que se les practique el aborto en Centros concertados.

Ese tipo de limitaciones al derecho a la objeción de conciencia sanitaria, así como el establecimiento, a través de la creación de un registro público, de un “*numerus clausus*” de profesionales con derecho a objetar, han sido recurridos ante los tribunales por el Colegio de Médicos de Toledo. El Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha dictó el pasado octubre un auto de medidas cautelares en que señalaba: “*que no es tan evidente como la Administración pretende que la obligación de realizar un trámite de información que, de acuerdo con el artículo 14 de la LO 2/2010, constituye un presupuesto legal para la posibilidad de practicar el aborto, no sea una intervención directa en el mismo, dado el carácter de **conditio sine qua non** de dicho trámite. Por otro lado, no parece que una Orden (que interpreta y limita quiénes están "directamente implicados") sea el lugar adecuado para delimitar el contenido del derecho (...)*”.

Por otro lado, en muchas ocasiones, las derivaciones, están siendo firmadas por personal de enfermería, trabajadores sociales e incluso administrativos adscritos a

centros de salud, que deben firmar un documento –la Hoja de derivación- que, por su contenido y naturaleza, sólo un médico debería firmar (se adjunta como Documento nº 5 copia de una de estas Hojas, firmada por un administrativo funcionario de la Junta de Andalucía).

Ante estas circunstancias, los profesionales sanitarios objetores, han manifestado, de modo fehaciente, su objeción de conciencia a realizar o tramitar abortos, remitiendo a la Gerencia de su Hospital y/o Área de Salud, sus comunicaciones de objeción de conciencia de conciencia, en cumplimiento de lo indicado en el artículo 19, 2 de la ley 2/2010, para: “informar a la Administración anticipadamente y por escrito”, de su objeción de conciencia (se adjuntan como documentos nn. 6, 7 y 8 varias de esas comunicaciones). Entienden que no deben hacer más, porque el derecho a la objeción de conciencia es un derecho fundamental del que sólo pueden ser privados por un juez, y siempre por razones graves y de orden público.

Sin embargo, sistemáticamente, la Administración ha rechazado sus escritos, aduciendo que “no son directamente implicados”, y que en ese “centro no se realiza la interrupción voluntaria del embarazo”. Añaden que en el “proceso de información y derivación a las mujeres, así como en la atención anterior y posterior a la IVE, la ley no prevé la posibilidad de ejercer el derecho de objeción de conciencia de los profesionales”. En consecuencia, se les obliga a rellenar hojas de derivación para las clínicas concertadas y entregarlas a las usuarias que lo demanden (se acompañan varias contestaciones en este sentido: Documentos 8 y 9).

Esos escrito “de denegación” omiten, por otro lado, las referencias mínimas que deben figurar en una resolución administrativa: indicación de posibles recursos, plazo e instancia en que se deben presentar, en su caso (cfr. Ley 30/92 sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, artículos 53 a 59). Además, en muchos casos, en el encabezamiento figuran fechas anteriores al escrito al que, supuestamente, contestan. Este proceder, que genera una situación de indefensión e incertidumbre, está llevando a algunos objetores a reclamar sus derechos ante los tribunales, interponiendo recursos para la defensa de los derechos fundamentales o contencioso-administrativos.

Por último un apunte que, a nuestro juicio, tiene una gran trascendencia. En el Sistema de Salud Pública como tenemos en España, en que todos los profesionales trabajan por cuenta ajena al servicio de la Sanidad Pública, bien con plaza fija, bien mediante contratos temporales, los conflictos de oc tienen una repercusión directa en la situación laboral, sobre todo, en el caso de profesionales contratados temporalmente, como es el caso de tantos médicos de familia y los médicos que están haciendo la residencia (MIR). En concreto, en Andalucía, la forma de acceso del personal sanitario al Servicio Andaluz de Salud (SAS) es por entrevista. El personal sanitario que trabaja en el SAS es evaluado por unos criterios en los que explícitamente figura que el médico/a informa y demostradamente tramita las peticiones de las usuarias sobre IVE.

#### **5.4.5. Casos de objeción de conciencia en otros profesionales sanitarios.**

Como se indica en el apartado 5.3, existen varias vías, dentro de los servicios sanitarios y sociales públicos, para una mujer puede acceder al aborto. En esos servicios, además de médicos trabajan otros profesionales sanitarios: enfermeros/as, matronas, trabajadores sociales y a algunos administrativos adscritos a Centros de Salud (acompañamos como documentos 10, 11 y 12, escritos de objeción de conciencia y contestación en el caso de una matrona y un administrativo adscrito a un Centro de Salud).

Los casos de objeción de conciencia al aborto planteados por enfermeros/as y matronas no son una novedad en España. Ya con la ley de 1985, estos profesionales plantearon varios recursos, como en el caso de las matronas de un hospital de Baleares<sup>7</sup>.

Las circunstancias que provocan conflictos de oc a estos profesionales son muy similares a las ya descritas para los médicos:

- Enfermeras y matronas: se les obliga a participar en abortos cuando están de guardia o “correturnos”, y a dispensar píldoras del día después por orden de médicos que, en muchos de esos casos, son “objetores” y prefieren eludir su responsabilidad.
- A los funcionarios y personal laboral o trabajadores sociales: se les obliga a cumplimentar formularios que les identifican exclusivamente por su nombre, apellidos y número de control de peticiones de abortos, para ser derivadas a las clínicas concertadas. En este caso, su firma es la única identificable en cualquier expediente tanto en soporte papel como digital.

---

<sup>7</sup> Tribunal Superior de Justicia de Baleares (Sala de lo Social), de 13 de febrero de 1988 (da la razón a las matronas del Hosp. “Son Dureta”, que piden abstenerse de participar en abortos). También sobre este particular hay sentencias divergentes: p.e., TSJ Aragón 18-12-1991, ampara a una enfermera que fue trasladada de maternidad a traumatología por no prestarse a colaborar en abortos; en el mismo sentido que el TS, Sentencia TSJ Aragón 23-09-1992.

## VI. OBJECION DE CONCIENCIA AL DIAGNOSTICO PRENATAL EUGENESICO.

1. Los actuales programas de diagnóstico prenatal implantados en España, contemplan como una de sus utilidades y objetivos la muerte, mediante aborto, del ser humano embriofetal diagnosticado (o en “riesgo”) de alguna anomalía, enfermedad, discapacidad o condición genética o cromosómica que se aparte de la normalidad. En Andalucía está implantado el denominado PACAC (Programa Andaluz de Cribado de Anomalías Congénitas) y se establece en dos momentos: a las 12 semanas para el cribado de cromosopatías (Sd Down) y a las 20 semanas para el cribado de anomalías morfológicas<sup>8</sup>.

2. La implantación del cribado prenatal de utilidad abortista es promovida por la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología)<sup>9</sup>. Desde la implantación de estos programas los abortos eugenésicos han seguido un aumento progresivo<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> “Proyecto de formación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas” Fundación IAVANTE, Plan de Genética. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.: [pub. en línea] <http://www2.iavante.es/node/1285>. “El proyecto de formación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas pretende apoyar la implementación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas (PACAC) en todas las áreas hospitalarias del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). Esta iniciativa formativa contempla el Cribado de Malformaciones Estructurales mediante Exploración Ecográfica Normalizada en la Semana 18-20 (Eco 20) y el Cribado Combinado de Cromosopatías en el 1er Trimestre (CC1T) con el fin último de favorecer la extensión de la formación en el Cribado de Anomalías Fetales de una manera rápida y eficiente entre la población diana. La Fundación Iavante imparte este proyecto en colaboración con el Plan de Genética, y está subvencionado por la Dirección General de Calidad, Investigación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/370/pdf/DocPACAC.pdf>

<sup>9</sup> Fortuny A. “Propuesta de Screening combinado de cromosopatías en el primer trimestre de la gestación para todo el territorio nacional”. En: *Recomendaciones para la organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005*, Pág. 21- 25 ISBN84-689-0753-7: “El cribado de todos los embarazos debería identificar a las mujeres con un aumento de riesgo en una anomalía. El diagnóstico antenatal posibilita el tratamiento fetal y la terminación electiva de la gestación cuando la ciencia médica no puede ofrecer soluciones más adecuadas...debemos recalcar la necesidad de que en España todas las mujeres gestantes tengan acceso a un sistema de cribado que permita SELECCIONAR aquellas que, por presentar alto riesgo de alteraciones CROMOSOMICAS son candidatas a pruebas diagnósticas invasivas. Es misión de las autoridades sanitarias, tanto del gobierno central, como de los autonómicos, garantizar esta igualdad en todo el territorio nacional”.

<sup>10</sup> E, Bermejo, L. Cuevas, J. Mendioroz, M.L. Martínez Frías” Vigilancia epidemiológica de anomalías congénitas en España en los últimos 23 años (periodo 1980-2002)” En: BOLETÍN DEL ECEMC: Revista de Dismorfología y Epidemiología. Serie V. nº 2, 2003. ISSN: 0210-3893, pág. 60. [http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CIAC\\_02.pdf](http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CIAC_02.pdf) : “Es un hecho comprobado que cada vez nacen menos niños

3. El *objetivo final* (sic) del cribado de cromosomopatías del primer trimestre (ecografía de 12 semanas), según el documento de consentimiento informado que avala la SEGO, es permitir el aborto del ser humano diagnosticado de una alteración cromosómica<sup>11</sup>. La ecografía de cribado morfológico se realiza en la semana 20 para facilitar la opción feticida en plazo legal<sup>12</sup>

4. El aborto eugenésico es legal en España siempre que se *presuma un “riesgo de graves anomalías”* para el feto, se haga antes de las 22 semanas y participen 3 especialistas: 2 que emitan dictámenes diagnósticos y un tercero que ejecute el aborto. También es legal desde julio de 2010, por encima de las 22 semanas hasta un día antes del parto, cuando un comité clínico determine que se trata de una *“enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico”* o cuando un solo especialista dictamine *“anomalía fetal incompatible con la vida”* y sea otro el que ejecute el aborto. Los supuestos en cursiva no han sido definidos en la ley.

---

*con defectos congénitos en España, como ya se ha venido comentando en Boletines anteriores [Rodríguez-Pinilla y cols., 2002]. En principio, esto podría valorarse como algo positivo. Sin embargo, es necesario profundizar en las razones de ese descenso para conocer su auténtico significado. Tal disminución en el número de niños con anomalías es atribuible, fundamentalmente, al impacto de las interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) en los casos en que se detectan alteraciones en el feto. Esto indica que la patología no se evitó, ya que se produjo la alteración del desarrollo embrionario. Lógicamente, con los avances que se están produciendo en el campo del diagnóstico prenatal, cada vez es posible detectar más anomalías y más precozmente, incluso con técnicas no invasivas. Como consecuencia de esos progresos, está aumentando el número de IVEs, no sólo en nuestro país, sino también en el resto del mundo desarrollado [ICBDMS, 2002; EUROCAT, 2002]. Por consiguiente, no se está ejerciendo la prevención primaria (que es la que evita que se produzca la patología).*

<sup>11</sup> “Documento de Consentimiento Informado para el Cribado de Cromosomopatías en el Primer Trimestre”. En Estudio Multicéntrico on line sobre el Cribado Prenatal de Aneuploidias. FETALTEST. (Avalado por la SEGO) [pub. en línea] <http://www.fetaltest.com/cgi-bin/ConsentimientoFetaltest.pdf> : “2. La prueba de cribado se realiza a partir del segundo y tercer mes del embarazo (10-14 semanas), y es una prueba no diagnóstica, cuyo resultado nos orientará a pensar si existe o no una cromosomopatía, es decir, una alteración en los cromosomas de mi hijo que pueda tener graves consecuencias en su desarrollo físico y/o mental. El objetivo final es conocer la integridad cromosómica de mi hijo y, de no ser así, permitirme acogerme a la Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo”

<sup>12</sup> Valero de Bernabé .J. “Medicina Perinatal y Diagnóstico Prenatal” en Cuadernos de Bioética XX 2009/3<sup>a</sup>. pags 441-450) “El establecimiento de ésta ecografía en la semana 20 está condicionada por la actual ley española de interrupción de la gestación, cuyo límite se encuentra fijado en la semana 22”. Troyano. J. Usandizaga. M.” Organización de la ecografía obstétrico-ginecológica”. En: Recomendaciones para organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005.pág. 35, ISBN: 84-689-0753-7 “Es una ecografía de no retorno cronológico (la ecografía de la semana 20), esto quiere decir que estamos a las puertas de la semana 22, tiempo límite para tomar decisiones donde se incluye la interrupción de la gestación como una de las alternativas demandadas por los progenitores

5. No es posible un aborto legal por riesgo o anomalía fetal sin la mediación previa del especialista que realiza el diagnóstico. El especialista que realiza el diagnóstico prenatal resulta un *cooperador necesario* del aborto eugenésico aunque sea otro el que lo practique<sup>13</sup>. Conviene aclarar, no obstante, que la objeción de conciencia al DPN, no supone el rechazo de cualquier técnica de diagnóstico precoz del embarazo o de las pruebas que se realicen con fines diagnósticos o terapéuticos que no dañen al embrión ni a la gestante, sino sólo de aquellas pruebas que están concatenadas indefectiblemente con el aborto.

6. Las secuelas para salud sexual y reproductiva y psíquica en la mujer se produce también cuando el aborto es justificado en un diagnóstico prenatal<sup>14</sup>.

7. El daño que se le puede causar a la mujer, unido a la destrucción de la vida humana en sus momentos iniciales que favorece un sistema de diagnóstico prenatal en un marco legal en el que la vida discapacitada no goza de protección penal hasta después del parto, fundamentan una *objeción de ciencia*. Si ésta no es atendida por las autoridades

---

<sup>13</sup> Código Penal Español, Artículo 28: “*Son autores quienes realizan el hecho por sí solos, conjuntamente o por medio de otro del que se sirven como instrumento. También serán considerados autores: a) Los que inducen directamente a otro u otros a ejecutarlo b) Los que cooperan a su ejecución con un acto sin el cual no se habría efectuado.*”

<sup>14</sup> **Selección de artículos con evidencia científica sobre la lesión de la salud y dignidad de la mujer a la que se le facilita el aborto tras el diagnóstico prenatal**

- I) Di Giusto, M., R. Lazzari, et al. (1991). "Psychological aspects of therapeutic abortion after early prenatal diagnosis." *Clin Exp Obstet Gynecol* 18(3): 169-73
- II) Dallaire, L., G. Lortie, et al. (1995). "Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption." *Prenat Diagn* 15(3): 249-59
- III) Iles, S. and D. Gath (1993). "Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality." *Psychol Med* 23(2): 407-13.
- IV) Korenromp, M. J., G. C. Christiaens, et al. (2005). "Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study." *Prenat Diagn* 25(3): 253-60
- V) Korenromp, M. J., G. C. Page-Christiaens, et al. (2007). "A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies." *Prenat Diagn* 27(8): 709-16
- VI) Zeanah, C. H., J. V. Dailey, et al. (1993). "Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation." *Obstet Gynecol* 82(2): 270-5.
- VII) Camargo RS, Santana DS. "Severe maternal morbidity and factors associated with abortion in Brazil". *International Journal Gynaecol Obstet*. 2011 Feb;112(2):88-92.
- VIII) Bánhidly F, Acs N, Puhó EH, Czeizel AE. "Association of very high Hungarian rate of preterm births with cervical incompetence in pregnant women". *Central European Journal of Public Health*. 2010 Mar;18(1):8-15. "CIP is very frequent in Hungary probably due the extremely high number of previous induced abortion performed by dilatation and curettage method. CIP associates with an increased risk for preterm births; however, this increased risk was reduced by bed rest alone and mainly by therapeutic cerclage

políticas sanitarias, desencadena una *objeción de conciencia* como intento del médico de resistir a la violación de su vocación ética y deontológica desde el poder del Estado.

8. El Consejo de Estado Español (*Dictamen N° 1384/2009, 17 Sept. 2009*) haciéndose eco del Consejo de Europa (*Comité de ministros N/90 del 13al 21/6/1990*) y del Comité de Bioética de la UNESCO (*Informe 29/08/1994*) establece que “...el diagnóstico prenatal solo puede tener finalidades terapéuticas y nunca eugenésicas. Sería en consecuencia ilógico que un diagnóstico prenatal que no puede lícitamente conducir a una IVE ajena a la salud de la madre fuera la base legitimadora de una IVE eugenésica...”

9. La Organización Mundial de la Salud reconoce el derecho a la objeción al diagnóstico prenatal para los profesionales que se opongan al aborto<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Wertz DC, Fletcher JC, Berg K.” Report of consultants to WHO”. *World Health Organization, 2003, WHO/HGN/ETH/00.4* (pág. 38). “Although a full range of genetics services, including prenatal diagnosis, should be available in every nation, individual physicians may choose not to perform prenatal diagnosis for reasons of conscience, if they oppose abortion”



## ANEXO AL APARTADO VI

### LEGISLACIÓN NACIONAL, NORMATIVA DEONTOLÓGICA Y DECLARACIONES INTERNACIONALES REFERIDOS AL DIAGNÓSTICO PRENATAL Y ABORTO EUGENÉSICO

**Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (2000/C 364/01) *Artículo .3.2.: En el marco de la medicina y la biología se respetarán en particular: el consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la ley, la prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas, ...*”

**Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (23 de marzo de 1976) Art.5, 2”** *No podrá admitirse restricción o menoscabo de ninguno de los derechos humanos fundamentales reconocidos o vigentes en un Estado Parte en virtud de leyes, convenciones, reglamentos o costumbres, so pretexto de que el presente Pacto no los reconoce o los reconoce en menor grado”. Art. 5,1 “Ninguna disposición del presente Pacto podrá ser interpretada en el sentido de conceder derecho alguno a un Estado, grupo o individuo para emprender actividades o realizar actos encaminados a la destrucción de cualquiera de los derechos y libertades reconocidos en el Pacto o a su limitación en mayor medida que la prevista en él”*

**Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Naciones Unidas.** Art. 10: Derecho a la Vida:”*Los Estados Partes reafirman el derecho inherente a la vida de todos los seres humanos y adoptarán todas las medidas necesarias para garantizar el goce efectivo de ese derecho por las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás” <http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php>*

**Convención para la prevención y sanción del Genocidio. Asamblea General de Naciones Unidas.** Artículo II: En la presente Convención, se entiende por genocidio cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal:

- a) Matanza de miembros del grupo;
- b) Lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo;
- c) Sometimiento internacional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial;
- d) Medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo.
- e) Traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo

**Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, en su Capítulo IV (Derechos y deberes) artículo 19 (deberes) letra b establece el *deber* de:**

- *b) Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo con lealtad, eficacia y **con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.***

#### **Código de Ética y Deontología Médica (1999)**

- *La profesión médica está al servicio del hombre y de la sociedad. En consecuencia, **respetar la vida humana, la dignidad de la persona** y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad, **son los deberes primordiales del médico** (Art.4.1)*
- *El médico **tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Y cuando ya no lo sea, permanece su obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir el bienestar del enfermo, aún cuando de ello pudiera derivarse, a pesar de su correcto uso, un acortamiento de la vida. En tal caso el médico debe informar a la persona más allegada al paciente y, si lo estima apropiado, a éste mismo** ( Art. 27.1)*
- *El médico **no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas...*** ( Art.27.2)
- *El médico **nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa de este.***(Art. 27.3)
- *Al ser humano **embriofetal** 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** (Art. 24.1)*
- *El médico no debe indicar exploraciones o tratamientos que no tienen otro fin que su protección. La Medicina defensiva es contraria a la ética médica.*(Art.18.2)
- *El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia. (Art. 4.4)*
- *. Los deberes que impone este Código, en tanto que sancionados por una Entidad de Derecho Público, **obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, cualquiera que sea la modalidad en que la practiquen.*** (Art. 2.1)

**Consejo de Europa, resolución 1763, de 7 de octubre 2010:** “El Derecho Objeción de Conciencia en la atención médica” En : <http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtSiteView.asp?ID=950> “*No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or euthanasia or any act which could cause the death of a human foetus or embryo, for any reason.*”

## CONCLUSIONES:

1. Desde que el aborto se despenalizó en España (1985), hasta la entrada en vigor de la ley actual (2010), se han dado, con alguna frecuencia, casos que denotaban una ausencia de control judicial sobre el aborto despenalizado, que debió contemplarse en la Ley<sup>16</sup>, conforme a la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/85<sup>17</sup>. Esa “pasividad” por parte de algunos los poderes públicos en su deber de llevar a cabo una “protección efectiva” del derecho a la vida del “nasciturus”, se ha traducido, en la práctica, entre otras cosas, en una situación de “anomia” en las Administraciones con competencias sobre el aborto. Ante la ausencia de normas legales, no ha sido infrecuente que el “modus operandi” se expresase mediante instrucciones “ad hoc” de la autoridad política o pública correspondiente. A esa falta de garantías para la vida humana naciente, se ha unido la desprotección de aquellos profesionales sanitarios, funcionarios y trabajadores sociales, que tenían reservas u objeciones a las prácticas abortistas, y que han venido trabajando bajo el temor de la arbitrariedad o la espera de un derecho democrático fundamental, cual es la libertad de conciencia, se les reconociera no como un derecho, sino como una concesión.

2. Una vez que el aborto se ha convertido en España en un derecho que, dentro de las condiciones y plazos legales, ha de ofrecerse y practicarse por los Servicios nacionales de Salud, se ha creado una “cadena” en la tramitación y ejecución de ese servicio en que se ven implicados distintos profesionales sanitarios y otros profesionales adscritos a Centros de Salud.

3. Reglamentariamente sólo se ha desarrollado la información que se facilita a la mujer que solicita el aborto, las estrictas condiciones de confidencialidad con que se deben tratar los datos que afectan a la paciente, y las características y funciones de los Comités clínicos que deben intervenir para informar los casos incluidos en el artículo 16 de la ley 2/2010.

4. La inmensa mayoría de las vulneraciones al derecho a la objeción de conciencia se están produciendo entre médicos de atención primaria, y otros profesionales sanitarios que actúan de auxiliares y/o colaboradores de los médicos (enfermeros/as; matronas; administrativos y trabajadores/as sociales), en dos tipos de situaciones:

---

<sup>16</sup> Algunos juristas y expertos, lo han puesto también de manifiesto: p. e. SANTOS VIJANDE, JM. “El control judicial sobre el aborto: una exigencia constitucional”. ABC, 21 de agosto de 2009; MANIFIESTO DE MADRID, 2008, firmado por más de 3000 académicos, catedráticos y médicos de toda España <http://www.esuntuenti.com/manifiesto.pdf>

<sup>17</sup> El deber de protección de la vida del “nasciturus” que debe garantizar el Estado, aparece señalado en los Fundamentos jurídicos 4 y 7º de la Sentencia 53/1985, con especial énfasis en el FJ 7º: “esta protección que la Constitución dispensa al nasciturus implica para el Estado con carácter general dos obligaciones: La de abstenerse de interrumpir o de obstaculizar el proceso natural de gestación, y la de establecer un sistema legal para la defensa de la vida que suponga una protección efectiva de la misma y que, dado el carácter fundamental de la vida, incluya también, como última garantía, las normas penales.

- Negativa a informar de la posibilidad de abortar; amparada en motivos tanto científicos como deontológicos.
- Negativa a firmar las derivaciones para que se les practique el aborto en Centros concertados

5. Las directrices que se aplican en la práctica no son públicas, sino una especie de normativas “fantasma”, “maquilladas” como procedimientos operativos, que dejan en indefensión a los profesionales que no estén de acuerdo. Están constituidas por los denominados “Procedimientos abreviados de IVE”; Instrucciones para los Centros de Salud y *Programa de Acreditación de Competencias Profesionales* evalúa a los médicos de Atención Primaria por el número de derivaciones para realizar abortos que tramiten. Este tipo de procedimientos y guías de actuación se están desarrollando especialmente en la Comunidad Autónoma andaluza y en otras, como Castilla-La Mancha, aunque con menor incidencia.

6. Los profesionales que han intentado hacer valer sus derechos, comunicando su objeción de conciencia, anticipadamente y por escrito, siguiendo la vía regulada por la ley 2/2010, han recibido escritos de rechazo, carentes de los requisitos que establece la ley para proteger y garantizar la defensa de los derechos de los ciudadanos ante la Administración pública.

7. Respecto a las técnicas de diagnóstico prenatal, se observa una inversión en las finalidades originales: de concebirse como unas técnicas exclusivamente terapéuticas, pensadas para tratar de curar la afección detectada, ya sea por medio de un tratamiento génico, quirúrgico o medicamentoso, se ha generalizado mediante la implementación de Programas destinados a todo tipo de embarazos, con el fin de detectar posibles taras genéticas o patologías de tipo morfológico, y proponer la alternativa del aborto. En estos casos, en España al menos, no es posible un aborto legal por riesgo o anomalía fetal sin la mediación previa del especialista que realiza el diagnóstico. El especialista que realiza el diagnóstico prenatal resulta un **cooperador necesario del aborto eugenésico** aunque sea otro el que lo practique.