

PREGUNTA ESCRITA AL COMITÉ DE MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA

VIOLACIÓN ESTRUCTURAL EN ESPAÑA DEL EJERCICIO EFECTIVO DE LA LIBERTAD DE CONCIENCIA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En España se están produciendo de modo estructural violaciones de los Derechos Humanos del personal sanitario, al impedirse el libre ejercicio de su libertad de conciencia mediante estas prácticas (todas ellas detalladas más abajo con ejemplos personales)¹:

- Sumisión de un derecho fundamental a una autorización administrativa: para poder ejercer su derecho, los objetores deben comunicar, anticipadamente y por escrito, su condición de tales.
- Creación de un registro de objetores de conciencia: esta comunicación tiene como consecuencia la creación de un registro nominativo que clasifica a los profesionales según su conciencia.
- Discriminación sistemática de los objetores: la presencia en el registro tiene consecuencias negativas. El progreso profesional se hace depender del número de abortos prescritos o practicados a través del “Programa de Acreditación de Competencias Profesionales”. En Andalucía, la contratación en el Servicio de salud está supeditada a la condición de no ser un objetor.
- No reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia de las instituciones sanitarias que, por su ideario, rechacen las prácticas abortistas.

Dentro de esta estructura, se añaden otras violaciones como:

- Denegación de la inscripción en el registro de objetores.
- La privación de derecho a la objeción para el personal encargado del diagnóstico prenatal y para el personal de enfermería o administrativo.
- No se informa, especialmente a los anestesiólogos y enfermeras, del tipo de operación clínica en la que van a participar o del eventual parecer negativo del Comité Clínico, para evitar que ejerzan su derecho a la objeción.

La ley 2/2010 sobre “Salud sexual y reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo”² ha provocado un preocupante aumento en España de las ya hasta entonces numerosas violaciones graves del derecho a un “ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud en su ámbito profesional”. El derecho a la objeción de conciencia busca garantizar el principio según el cual nadie puede ser obligado a atentar contra la vida. Todo atentado contra la vida, cuando es permitida por la ley, no puede ser realizada más que de manera voluntaria. Este derecho ha sido reconocido, entre otros (vid. infra), por la CEDH³ y por la Resolución 1763/2010 de esta Asamblea “Sobre el Derecho a la objeción de conciencia en el ámbito de la sanidad”, según la cual:

“Ninguna persona, hospital o institución será coaccionada, considerada jurídicamente responsable o discriminada en modo alguno por motivo de su rechazo a haber realizado, facilitado, asistido o sufrido un aborto, la realización de una eutanasia, o cualquier acto que pudiera causar la muerte de un feto o embrión humano, por alguna razón”⁴.

Contra este derecho fundamental reconocido:

1 Un informe monográfico sobre violaciones al derecho de objeción de conciencia de los profesionales de la sanidad pública en España ha sido editado en 2011 por la Asociación nacional para la defensa del derecho de objeción de conciencia (AN-DOC) en colaboración con el *European Centre for Law and Justice* (ECLJ). http://www.eclj.org/pdf/Memo_CouncilofEurope_20110615.pdf

2 Ley 2/2010 del 3 de marzo (BOE nº 55 del 4 de marzo).

3 R.R. c. Polonia (demanda no. 27617/04) del 26 de mayo de 2011: Los Estados deben organizar los servicios de salud de tal manera que se garantice al mismo tiempo “el ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud, dentro de su marco profesional” y el derecho de los “pacientes de acceder a los servicios a los cuales tienen derecho según la ley aplicable”. “*Effective exercise of the freedom of conscience of health professionals in the professional context*”.

4 “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.”

1. La ley española somete el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia a un procedimiento administrativo estricto. Viola así el principio según el cual todo derecho fundamental se ejerce “de pleno derecho”. Este procedimiento de registro, presentado formalmente como declarativo, es de hecho un procedimiento de autorización previa. En efecto, la experiencia ha demostrado que la Administración se reserva en realidad la posibilidad de rehusar la inscripción del objetor de conciencia, amparándose en problemas de tiempo o en la indirecta participación en el aborto, o la consideración del registro como un “numerus clausus” con un máximo de miembros⁵, etc.

Eso es lo que ocurrió —entre otros muchos casos documentados— a **Dña. Silvia Montoro Goethe**, médica de familia; **Dña. Ana Maldonado Checa**, enfermera, o a **D. Ramón Páez Ruiz de Angulo**, los cuales —habiendo comunicado sus objeciones de conciencia (Documentos Anexos al Informe, no. 5)— recibieron unas notas en las que el Director Médico del Área Sanitaria Norte de Málaga les informaba “que tal comunicado carece de validez práctica” porque en sus casos (cf. Anexos al Informe no. 6) “la ley no prevé la posibilidad de ejercer el derecho a la objeción de conciencia”. Lo mismo ocurrió a **Dña Alicia Pineda Miramón**, enfermera adscrita a un centro de salud de Cuenca y a **José Fernando Pérez Santos**, auxiliar administrativo, que recibieron de la Administración actos con los cuales se “resuelve desestimar las peticiones realizadas” o “se resuelve desestimar [la] solicitud y desestimar la inscripción de la declaración en el Registro de Objetores de Conciencia” (Anexos al Informe no. 7).

Los escritos de denegación omiten con frecuencia las referencias obligadas de una resolución administrativa: posibles recursos, plazo e instancia en que se deben presentar⁶. Con llamativa frecuencia, y con notable desidia, en el encabezamiento figuran fechas anteriores al escrito al que, supuestamente, contestan.

2. La obligación de declararse como objetor ante la Administración constituye un medio de presión sobre el personal médico. Si el médico, o cualquier otro profesional sanitario, no ha solicitado y logrado su inscripción en el registro, está jurídicamente obligado a prescribir, practicar o participar en el aborto, aunque sea contra su libertad de conciencia.

3. Las normas del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales evalúan a los médicos de Atención Primaria por el número de derivaciones para realizar abortos que tramiten⁷. No tramitar abortos supone una calificación negativa que perjudicará las expectativas de promoción de estos profesionales, y un detrimento económico salarial que podría llegar hasta los 500 €/mes. La evaluación de las competencias profesionales se vincula así a motivos ideológicos, ajenos a criterios de mérito y capacidad. En el Sistema de Salud español, los profesionales trabajan en su práctica totalidad por cuenta ajena al servicio de la Sanidad Pública, bien con plaza fija, bien mediante contratos temporales; los conflictos de objeción de conciencia tienen una repercusión directa en la situación laboral, sobre todo en el caso de profesionales contratados temporalmente, como es el caso de muchos médicos de familia y los médicos en periodo de formación (médicos MIR).

4. En algunas comunidades autónomas, las violaciones son aún más numerosas. Así, en Andalucía, instrucciones oficiosas son enviadas a los profesionales de la salud informándoles de la obligación ineludible de someterse al llamado “derecho” de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo. Los profesionales sufren una presión sistemática sobre este asunto. En Andalucía, la selección del personal sanitario al Servicio Andaluz de Salud (SAS) se realiza, a menudo, mediante entrevistas. El per-

5 La objeción de conciencia ha sido tradicionalmente mayoritaria entre los profesionales de la medicina en España.

6 cf. Ley 30/92 sobre Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y Procedimiento Administrativo Común, artículos 53 a 59.

7 El Programa de Acreditación de Competencias Profesionales (que puede ser consultado en la web http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/Programas_Acreditacion/Profesionales/Manual_de_competencias_medico_familia_atencion_primaria_ME_1_1_02.pdf) se desarrolla mediante guías de buenas prácticas, que se utilizan para acreditar a los profesionales y, en su caso, establecer los criterios de promoción profesional. En las páginas 49 y 96 de este documento, se expresa que se considera “buena práctica” en un médico de familia, en caso de que se le presente una solicitud de aborto.

sonal sanitario que trabaja en el SAS es evaluado por unos criterios en los que explícitamente figura que el médico/a demuestra que informa y tramita las peticiones de las usuarias para la IVE.

5. Las quejas de los profesionales sanitarios clasificados por sus funciones serían principalmente:

Médicos generalistas: los médicos de atención primaria, a pesar de ser los primeros a los que se confronta con las peticiones de aborto, no están autorizados a ejercer su derecho a la objeción de conciencia. Se les obliga a remitir la mujer que desea abortar a un profesional que practique el aborto, y firmar un certificado de visita médica requerido para poder abortar.

Enfermeras y matronas: se les obliga a participar en abortos, cuando están de guardia o “co-rrerturnos”, y a dispensar píldoras del día después por orden de médicos que, en muchos de esos casos, son “objetores” y prefieren eludir su responsabilidad.

Funcionarios y personal laboral o trabajadores sociales: se les obliga a cumplimentar formularios que les identifican exclusivamente por su nombre, apellido y número de control de peticiones de abortos, para ser derivados a las clínicas concertadas. En este caso, su firma es la única identificable en cualquier expediente tanto en soporte papel como digital, en muchos casos porque los médicos objetores eluden así su responsabilidad.

Anestesistas y personal auxiliar de quirófano que intervienen en legrados uterinos: el anestesista 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 se dirige a tratar un aborto espontáneo o a provocar un aborto electivo, no se le dan explicaciones o éstas son muy confusas.

Se priva de la posibilidad de negarse a colaborar con abortos eugenésicos. A pesar de que la Convención de Oviedo de 1997 y la Convención de las NNUU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que respectivamente prohíbe el diagnóstico prenatal con fines eugenésicos y garantiza la igualdad de derechos a las personas con minusvalía, el personal encargado del diagnóstico prenatal no tiene la posibilidad de objetar. Los otros profesionales no son informados de si el aborto que se va a practicar es eugenésico ni, en el caso del diagnóstico prenatal, si éste se realiza con fines eugenésicos, orientado a evitar el nacimiento de una persona con minusvalía. Si se trata de un aborto practicado bajo la indicación de “anomalías fetales”⁸, no se informa, en su caso, si cuentan o no con el dictamen del Comité Clínico correspondiente⁹.

6. La pasividad de los poderes públicos se ha traducido en una situación de “anomia”. La ley ha permitido la creación de una “cadena” burocrática, no ética, en la tramitación y ejecución de ese servicio. Los profesionales se ven implicados sin poder ejercer su libertad de prescripción. Las directrices que se aplican en la práctica con frecuencia no son públicas ni reglamentarias: se trata de una especie de normativa oculta, disfrazada de procedimientos operativos que hace imposible para el médico objetor concretamente:

8 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[1] Art. 12: “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 y con un asesoramiento genético apropiado.”

Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, del 13 de diciembre del 2006. Art. 10: “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.”

9 Artículo 15 c) de la ley 2/2010.

Mantener su negativa, amparada en motivos tanto científicos como deontológicos, a informar sobre la posibilidad de practicar un aborto;

Mantener su negativa a firmar las derivaciones para que el aborto sea practicado en centros concertados, aunque las considere científicamente desaconsejables.

Mantener su negativa a participar en un sistema de diagnóstico prenatal orientado a facilitar el aborto eugenesico o por discapacidad¹⁰

Normativas ocultas de esta naturaleza, ajenas al principio de legalidad, dejan en indefensión a los profesionales que no estén de acuerdo. Entre otras, una peculiar instrucción informal prevé en Andalucía que *“El documento de derivación, como cualquier otro, puede cumplimentarlo el médico...u otro profesional (matrona, personal de enfermería o de trabajo social)”* sin tener en cuenta que se trata de una prescripción médica que debe tener en consideración posibles repercusiones para la salud mental y física de la mujer y del feto; que *“hasta la semana 14... hay que garantizar (sic) que la mujer solicitante salga del centro con el documento de derivación”*¹¹ y que *“los profesionales sanitarios que atiendan a las mujeres... que no vayan a intervenir en la realización de la IVE, no podrán objetar, ni dar información ni atender a las mujeres antes o después de haberse sometido a la IVE”*¹². Sistemáticamente, los profesionales que han intentado hacer valer sus derechos comunicando su objeción de conciencia han recibido escritos de rechazo, porque según la Administración, en el “proceso de información y derivación de 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”. Lo cual condiciona un aumento de litigiosidad contra la administración como expresión de una creciente conflictividad laboral.

Algunas normas de referencia sobre la objeción de conciencia

El *Tribunal Constitucional Español* declaró el 11 de abril de 1985: “Que el derecho a la objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya o no dictado una ley. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y reconocida por el artículo 16.1 de la Constitución (...), que es directamente aplicable”.

No existe en España una norma específica que regule de modo general la objeción de conciencia. Ante la ausencia de normas legales, toda la regulación de la objeción se ha realizado mediante instrucciones “ad hoc” de la autoridad política o pública correspondiente.

10 A. Fortuny “Propuesta de Screening combinado de cromosomopatías 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: “El cribado de todos los embarazos debería identificar a las mujeres con un aumento de riesgo en una anomalía. El diagnóstico prenatal 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”.

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, pág. 60, pub. en http://bvs.isciii.es/mono/pdf/CIAC_02.pdf : “Es un hecho comprobado que cada vez nacen menos niños 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).

11 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), p. 19.

12 *Ibidem*, p. 20.

También, en el *Convenio Europeo de Derecho Humanos*, el artículo 9 que ampara « la libertad de pensamiento, conciencia y religión » y el artículo 14 correspondiente a la « prohibición de discriminaciones », estipulan una amplia protección para la libertad de conciencia de los suministradores de asistencia sanitaria que se nieguen a tomar parte en la interrupción de una vida humana.

La *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* establece en su Artículo 10 §2: « Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio »¹³.

La *Directiva del Consejo de la Unión Europea 2000/78/EC* del 27 de noviembre de 2000, que establece un marco general para el trato igualitario en el ámbito laboral, también estipula la protección de libertad de conciencia de los médicos. La Directiva prohíbe la discriminación directa o indirecta, basada, inter alia, en la conciencia. (§§ 11-12, artículos 1-2)

El derecho de libertad de conciencia también está amparado por el artículo 18 del *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*.

Como apuntamos, en su fallo *R.R. v. Poland* (application no. 27617/04) de 26 de mayo de 2011, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos puntualizó que los Estados, al organizar sus servicios sanitarios han de garantizar el « ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud en su ámbito profesional »¹⁴.

También, en numerosas decisiones después de la Decisión de la Comisión Europea de Derechos Humanos, *Rommelfanger v. Alemania*¹⁵, la Corte ha reconocido el derecho de las instituciones de « tendencia » (por ejemplo instituciones religiosas) a ejercer su derecho a la objeción de conciencia institucionalmente.

En su *Recomendación n. 1518 (2001)*, la APCE ha afirmado que « el derecho de objeción de conciencia es un aspecto fundamental del derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión consagrado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Europea de Derechos Humanos. »¹⁶

En fin, la *Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia* estipula que « Los suministradores de asistencia sanitaria tienen derecho a un respeto por sus convicciones de conciencia en lo que se refiere a asumir o no el suministro de prácticas legales y a no sufrir discriminación basándose en sus convicciones.» (Art. 4)¹⁷

Pregunta

¿Cómo quiere actuar el Comité de Ministros para garantizar en España el respeto del derecho a la objeción de conciencia del médico, profesional sanitario o administrativo, y de hospitales o instituciones en cumplimiento de la Resolución 1763 (2010) del Consejo de Europa y las otras normas europeas e internacionales que garantizan este derecho?

13 "The right to conscientious objection is recognised, in accordance with the national laws governing the exercise of this right."

14 Par. 206. "effective exercise of the freedom of conscience of health professionals in the professional context"

15 ComEDH, 6 sept. 1989, *Rommelfanger v. Alemania*, application no. 12242/89.

16 Rec. sobre el "Ejercicio del derecho de objeción de conciencia al servicio militar en los Estados miembros del Consejo de Europa": "The right of conscientious objection is a fundamental aspect of the right to freedom of thought, conscience and religion enshrined in the Universal Declaration of Human Rights and the European Convention on Human Rights."

17 Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre cuestiones éticas en obstetricia y ginecología por el comité del FIGO para el estudio de aspectos éticos en la reproducción humana (oct. 2009),