



**Informe sobre
vulneraciones al derecho de objeción de conciencia de los
profesionales de la sanidad pública en España**

que se presentará al Consejo de Europa el día 22 de junio de 2011,

en el marco 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 de 2010.

redacto por l' **Asociación nacional para la
defensa del derecho de objeción de
conciencia (ANDOC)**

con la colaboración del **European Center for Law and Justice (ECLJ)**, en particular el
Abogado Francesco Agnello



Estrasburgo, 10 de mayo de 2010

ANDOC - C/ Maestra 10 - Oficina bajo derecha - 23002 JAÉN
Teléfono +34 953 237 133 - 652 491 537 Fax +34 953 237 133

info@andoc.es

www.andoc.es

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

Objetivo del Informe.	3
I.- Marco Legal de la Objeción de Conciencia y el Aborto.	4
1.- Normativa Nacional.	4
2.- Normativa Autonómica.	5
II. Diagnóstico Prenatal y Aborto Eugenésico.	8
1.- Legislación Nacional.	8
2.- Legislación Internacional.	10
3.- Normativas Autonómicas sobre Comités Clínicos.	11
4. Programas de cribado genético: Andalucía, País Vasco.	11
III. Jurisprudencia Española sobre el Derecho a la Objeción de Conciencia.	12
IV. Normativa Deontológica.	17
V. Vulneraciones.	21
VI. Objeción de Conciencia al Diagnóstico Prenatal Eugenésico.	30
Anexo: Normativa deontológica y Declaraciones internacionales sobre Diagnóstico Prenatal y Cribado Eugenésico.	34
Conclusiones.	37

Documento nº 1. - Procedimientos abreviados de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Documento nº 2. - 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).

Documento nº 3. Extracto del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales.

Documento nº 4. Hoja de derivación

Documento nº 5. Comunicaciones de objeción de conciencia

Documentos nº 6. Rechazos de objeción de conciencia por la Administración.

Documentos nº 7. Escritos de objeción de conciencia y contestación en el caso de una matrona y un administrativo adscrito a un Centro de Salud.

Documentos nº 8. comunicación de objeción de conciencia a algunas prácticas de diagnóstico prenatal.

* * *

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 las normas internacionales 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 sanitarias. Por supuesto también el **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 está gravemente afectada.**

Hemos dividido el informe en seis apartados: cuatro tratan de dos grandes bloques: situaciones referidas a la intervención de profesionales en práctica del aborto voluntario y dos al caso singular del aborto eugenésico precedido de determinadas técnicas de diagnóstico prenatal. Al final, se exponen las conclusiones del informe.

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 referencia 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 acompañada 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*, en especial, el artículo 7, que desarrolla parcialmente lo indicado el artículo 15 de la ley 2/2010 sobre causas médicas que justifican la interrupción del embarazo¹.

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 embarazo².

¹ Artículo 7: emisión de dictámenes preceptivos cuando concurren las circunstancias indicadas en el artículo 15 de la ley 2/2010: “*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*”.

² <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 embarazo³.
- **Castilla y León:** *Orden SAN/954/2010, de 2 de julio de 2010*, 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 Vasco⁴.
- **Andalucía:** *Orden 30 de junio de 2010, BOJA 8 de julio de 2010*⁵.
- **Cantabria:** *Orden SAN/8/2010, de 5 de julio 2010*, por la que se regula el comité clínico para la interrupción voluntaria del embarazo en Cantabria. BOC. 12 de julio de 2010, núm. 133⁶.
- **Cataluña:** *Resolución SLT/2260/2010, de 5 de julio de 2010*, 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 2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁷.
- **Aragón:** *Resolución de 6 de julio de 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 embarazo⁸.
- **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

³ http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Legislacion/2010-14886.pdf (Boletín N° 153 del sábado 3 de Julio de 2010).

⁴ http://www.osanet.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/interrupcion/es_ive/adjuntos/ordenNombramientoMiembrosComiteClinicoCAPVLe2-2010.pdf

⁵ http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7748

⁶ http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7757

⁷ DOGC. 8 de julio de 2010, núm. 5666. http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7746

⁸ BOA. 9 de julio de 2010, núm. 134: http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7750

Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁹.

- **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 Embarazo¹⁰.

- **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 embarazo¹¹.

2.3 Desarrollo autonómico de otros aspectos de la ley

Sobre aspectos distintos al establecimiento y funciones de los Comités clínicos y el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia, sólo ha legislado, por el momento, Aragón: *Orden del Departamento de Salud y Consumo, 5 de julio de 2010*, por la que se desarrollan algunos aspectos de la Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y de los Reales Decretos 825 y 831/2010¹² que, aparte de otros extremos, indica *los requisitos de acreditación de los Centros concertados privados que realizarán abortos*.

⁹ BOC. 5 de julio de 2010, núm. 130. http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7735

¹⁰ DOCV. 7 de julio de 2010, núm. 6305. http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7744.

¹¹ BOR. 7 de julio de 2010, núm. 81. http://normativa-general.accionfamiliar.org/buscador_ficha.cfm?idArticulo=7747.

¹² 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

II. DIAGNÓSTICO PRENATAL Y ABORTO EUGENÉSICO.

1. Legislación Nacional

1.1. LSSR, artículos 15 y 16 ley 2/2010 y Real decreto 825/2010, de 25 de junio que desarrolla los artículos 16 y 17 de la ley 2/2010.

Artículo 15: Interrupción por causas médicas.

“Excepcionalmente, podrá interrumpirse el embarazo por causas médicas cuando concorra 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.

Artículo 17. Información previa al consentimiento de la interrupción voluntaria del embarazo.

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para

acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

2. En los casos en que las mujeres opten por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 recibirán, además, un sobre cerrado que contendrá la siguiente información:

a) Las ayudas públicas disponibles para las mujeres embarazadas y la cobertura sanitaria durante el embarazo y el parto.

b) Los derechos laborales vinculados al embarazo y a la maternidad; las prestaciones y ayudas públicas para el cuidado y atención de los hijos e hijas; los beneficios fiscales y demás información relevante sobre incentivos y ayudas al nacimiento.

c) Datos sobre los centros disponibles para recibir información adecuada sobre anticoncepción y sexo seguro.

d) Datos sobre los centros en los que la mujer pueda recibir voluntariamente asesoramiento antes y después de la interrupción del embarazo.

Esta información deberá ser entregada en cualquier centro sanitario público o bien en los centros acreditados para la interrupción voluntaria del embarazo. Junto con la información en sobre cerrado se entregará a la mujer un documento acreditativo de la fecha de la entrega, a los efectos de lo establecido en el artículo 14 de esta Ley.

La elaboración, contenidos y formato de esta información será determinada reglamentariamente por el Gobierno.

3. En el supuesto de interrupción del embarazo previsto en la letra b del artículo 15 de esta Ley, la mujer recibirá además de la información prevista en el apartado primero de este artículo, información por escrito sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como la red de organizaciones sociales de asistencia social a estas personas.

4. En todos los supuestos, y con carácter previo a la prestación del consentimiento, se habrá de informar a la mujer en los términos de los artículos 4 y 10 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, y específicamente sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

5. La información prevista en este artículo será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

Se comunicará, en la documentación entregada, que dicha información podrá ser ofrecida, además, verbalmente, si la mujer lo solicita.

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. Normas internacionales.

Convenios internacionales firmados por España:

a) Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, firmado en Oviedo el 4 de Abril de 1997. Entrada en vigor en España 1/1/2000¹³:

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

¹³ BOE nº 251 de 20 de Octubre de 1999.

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

Véase *supra*, apartado 1, 1.

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

4.1. Andalucía: *Plan de genética de Andalucía, 2009 (PACAC)*¹⁴.

4.2. País Vasco: *Instrucción 6/1997 del 8/7/97* de la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Diagnóstico prenatal de cromosopatías y defectos del tubo neural mediante amniocentesis. **El Servicio Vasco de Salud oferta una prueba de síndrome de Down para todas las embarazadas**¹⁵.

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 fetales¹⁶.

¹⁴<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/370/pdf/DocPACAC.pdf>

¹⁵<http://www.elcorreo.com/alava/20080623/mas-actualidad/sociedad/osakidetza-ofertara-prueba-sindrome-200806231200.html>

¹⁶<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, Fundamento Jurídico (en adelante FJ) n. 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 objeción de conciencia 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 n. 2; 120/1990, de 27 de junio, FJ n. 10, y 137/1990, de 19 de julio, FJ n. 8)”¹⁷.

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”**.

– **STC 20/1990, de 15 de febrero, FJ 3 y 4.**

FJ 4: “(...) 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 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

¹⁷ En parecidos términos se expresa STC 177/96, de 11 de noviembre, FJ 11: un militar que se niega a desfilar en parada militar.

manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley (...)”

- **Sentencias del Tribunal Constitucional (en adelante, SSTC) 20/1990 y 120/1990, FJ 3 y 8 respectivamente).**

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

- **SSTC 292/1993 y 173/1995, FJ 2 y 7 respectivamente.**

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

- **STC 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 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”.

– Sentencia del **Tribunal Supremo**, de **24 de abril de 2005** (FJ 5º): que resuelve el recurso de casación 6154/2002 sobre objeción de conciencia para los farmacéuticos.

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

– SSTC 160 y 161/87 de 27 de octubre de 1987.

*“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**¹⁸(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”.

– **Sentencias Tribunal Supremo, 948/2008, 949/2008 y 1013/2008 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”(…)

¹⁸ Esa sentencia, con todo, reconoce la legitimidad del derecho a la objeción de conciencia de las enfermeras (FJ 4), aunque concluye que ese derecho no se ve afectado por el traslado de servicio que se impugna.

“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:

2. Códigos Deontológicos.

2.1 Código de Ética y Deontología Médica, de 1999:

Artículo. 9, 3:

“Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, por razones científicas o éticas, juzga inadecuado o inaceptable, el médico tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar”.

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.

2.2 Código de Ética de la Enfermería española, de 1989 (revisado en 1998).

Artículo 14:

“Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud (...)”

Artículo 16:

“En su comportamiento profesional, la Enfermera/o tendrá presente que la vida es un derecho fundamental de ser humano y por tanto deberá evitar realizar acciones conducentes a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción”

Artículo 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”.

2.3 Código de Ética Farmacéutica.

Artículo 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”;

Artículo 33

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

2. Registros de objetores.

2.1. 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 las 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.

2.2. 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 normativa¹⁹.

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

¹⁹ Recurso presentado por el Ilustre Colegio de Médicos de Toledo que resuelve el Auto 392/10 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo (Sección 2ª) del Tribunal Superior de justicia de Castilla-La Mancha, de 29 de septiembre de 2010

V. VULNERACIONES.

1. Antecedentes²⁰:

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.

²⁰ Fuente de los datos estadísticos: *Informes Ministerio de Sanidad y Política Social: Interrupción voluntaria del embarazo, datos definitivos correspondientes a 2008 y 2009.*

Durante los 25 años de vigencia de la ley despenalizadora del aborto²¹, la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios ha sido un fenómeno puntual, limitado casi exclusivamente, a prácticas de otro tipo²²: 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 despenalizadora²³. No era precisa mención alguna a motivos de conciencia: lo médicamente indicado era respetar la vida del no nacido y tratarle como un paciente más²⁴.

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).

²¹ Ley orgánica 9/1985 de 5 de julio, que reforma el artículo 417 bis del Código Penal español.

²² Prescripción de la píldora post coital, esterilizaciones, colocación de dispositivos intrauterinos, administración de anticonceptivos, técnicas de reproducción asistida. Art. 26 Código de Ética y Deontología Médica (en adelante, CEDM)

²³ Artículo 23 CEDM: “*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*”.

²⁴ Art. 24, 1 CEDM.

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:

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 a los años anteriores. Por Comunidades Autónomas la financiación del aborto con fondos públicos es actualmente:

- 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.

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 España²⁵; en su mayor parte de 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.

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 **anestesistas y personal auxiliar de quirófano que intervienen en legrados uterinos**. Las situaciones conflictivas suelen plantearse siempre del siguiente modo: 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 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).

²⁵ Corresponden a 14 médicos, 2 Diplomadas universitarias en Enfermería (DUE); 2 matronas; 1 administrativo adscrito a un Centro de Salud; 1 trabajadora social.

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 interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Se adjunta como 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 Ley 2/2010. Contienen afirmaciones del siguiente tenor:

*“(la IVE) es uno de los procedimientos médicos **de menor riesgo**”²⁶.*

“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 Atención Primaria.

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 Andaluz de Salud) debe garantizárselo”²⁷.*

“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”²⁸.

“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 LSSR²⁹.

- **Programa de Acreditación de Competencias Profesionales.**

Véase el Documento n. 3 adjuntado.

Se desarrolla mediante guías de buena práctica, que se utilizan para acreditar a los profesionales y, en su caso, establecer los criterios de promoción profesional³⁰. En las páginas 49 y 96 de estos documentos se expresa qué se considera “buena práctica” en un médico de familia en caso de que se le presente una solicitud de aborto en los últimos 24 meses.

²⁶ Pág. 7.

²⁷ Pág. 19.

²⁸ *Ibidem.*

²⁹ Pág. 20.

³⁰

http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/system/galleries/download/acsa/Programas_Acreditacion/Profesionales/Manual_de_competencias_medico_familia_atencion_primaria_ME_1_1_02.pdf.

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 de unos “pluses” que podrían llegar hasta los 500€/mes. 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.

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 Ley Orgánica 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 4 copia de una de estas Hojas**).

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, 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 documento n. 5, 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 (cfr. Documento 5) para las clínicas concertadas y entregarlas a las usuarias que lo demanden (**se acompañan varias contestaciones en este sentido: Documentos 6**).

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, con notable desidia, 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.

4.4. 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, en el **documento nº 7**, 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 Baleares³¹.

³¹ 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.

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 “corretornos”, 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.

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 cromosomopatías (Sd Down) y a las 20 semanas para el cribado de anomalías morfológicas³².

³² Véase el “Proyecto de formación del Programa Andaluz para el Cribado de Anomalías Congénitas” de la Fundación IAVANTE, Plan de Genética. Consejería de Salud. Junta de Andalucía., publicado en línea a la página web <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 Cromosomopatías 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:

2. La implantación del cribado prenatal de utilidad abortista es promovida por la SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología)³³. Desde la implantación de estos programas los abortos eugenésicos han seguido un aumento progresivo³⁴.

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 cromosómica³⁵. La ecografía de cribado morfológico se realiza en la semana 20 para facilitar la opción feticida en plazo legal³⁶

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicacion/es/datos/370/pdf/DocPACAC.pdf>

³³ 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”.

³⁴ 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).

³⁵ “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 <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”.

³⁶ J. Valero de Bernabé “Medicina Perinatal y Diagnóstico Prenatal” en *Cuadernos de Bioética XX 2009/3ª*, pág. 441) “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”; J. Troyano, M. Usandizaga “Organización de la ecografía obstétrico-ginecológica” en *Recomendaciones para organización de un Servicio de Obstetricia y Ginecología. Documento SEGO 2005*, pág. 35: “Es una

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.

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 practique³⁷. Acompañamos como **Documento nº 8** comunicación de objeción de conciencia a algunas prácticas de diagnóstico prenatal, dirigida a la Gerencia de su Área de Salud por un Ginecólogo que trabaja en un hospital público.

6. Las secuelas para salud sexual y reproductiva y psíquica en la mujer se produce también cuando el aborto es justificado en un diagnóstico prenatal³⁸.

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”.

³⁷ 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.

³⁸ **Sobre lesión de la salud y dignidad de la mujer a la que se le facilita el aborto tras el diagnóstico prenatal véanse, entre otros, estos artículos con evidencia científica:** M. Di Giusto, R. Lazzari, et al., “Psychological aspects of therapeutic abortion after early prenatal diagnosis”, en *Clin. Exp. Obstet. Gynecol.* 18(3), 1991, pág. 169; L. Dallaire, G. Lortie, et al. “Parental reaction and adaptability to the prenatal diagnosis of fetal defect or genetic disease leading to pregnancy interruption”, en *Prenat. Diagn.* 15(3), 1995, pág. 249; S. Iles and D. Gath, “Psychiatric outcome of termination of pregnancy for foetal abnormality” en *Psychol. Med.* 23(2), 1993, pág.407; M. Korenromp, J., G. C. Christiaens, et al., “Long-term psychological consequences of pregnancy termination for fetal abnormality: a cross-sectional study” en *Prenat Diagn* 25(3), 2005, pág. 253; M. J. Korenromp, G. C. Page-Christiaens, et al., “A prospective study on parental coping 4 months after termination of pregnancy for fetal anomalies” en *Prenat Diagn* 27(8), 2007, pág. 709; C. H. Zeanah, J. V. Dailey, et al., “Do women grieve after terminating pregnancies because of fetal anomalies? A controlled investigation”, en *Obstet Gynecol* 82(2), 1993, pág. 270; R.S. Camargo, D.S. Santana, “Severe maternal morbidity and factors associated with abortion in Brazil” en *International Journal Gynaecol Obstet.*, 2011 Feb;112(2):88-92 F. Bánhidý, N. Acs, E.H. Puhó, A.E. Czeizel, “Association of very high Hungarian rate of preterm births with cervical incompetence in pregnant women”, en *Central European Journal of Public Health*, 2010 Mar, 18(1), pág. 8: “CIP is very

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 político 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 aborto³⁹.

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”.

³⁹ D.C. Wertz, J.C. Fletcher, K. Berg, “Report of consultants to WHO” en *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”⁴⁰.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre de 2003, 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:

*“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**”⁴¹.*

- *“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**”⁴².*

- *“El médico **no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas...**”⁴³.*

- *“El médico **nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa de este**”⁴⁴.*

- *“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**”⁴⁵.*

⁴⁰ Véase <http://www.sidar.org/recur/direc/legis/convencion.php>.

⁴¹ Art.4.1.

⁴² Art. 27.1.

⁴³ Art.27.2.

⁴⁴ Art. 27.3.

⁴⁵ 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”⁴⁶.
- “El médico nunca perjudicará intencionadamente al paciente ni le atenderá con negligencia”⁴⁷.
- “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**”⁴⁸.

Consejo de Europa, Resolución 1763, de 7 de octubre 2010: “El Derecho Objeción de Conciencia en la atención médica”: “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”⁴⁹.

⁴⁶ Art.18.2.

⁴⁷ Art. 4.4.

⁴⁸ Art. 2.1.

⁴⁹ Pub. en la pág. Web <http://assembly.coe.int/ASP/APFeaturesManager/defaultArtSiteView.asp?ID=950>

CONCLUSIONES:

1. Desde que el aborto se despenalizó en España (1985), hasta la entrada en vigor de la ley actual (2010), se ha dado una ausencia de cualquier control judicial sobre el aborto despenalizado que debió contemplarse en la Ley, conforme a la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/85⁵⁰. La “pasividad” por parte de 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, todo se hacía 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 art.

⁵⁰ 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 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”*.

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:

- 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.

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.

DOCUMENTOS ANEXOS

Documento nº 1

Procedimientos abreviados de interrupción voluntaria del embarazo
(IVE).

PROCEDIMIENTO ABREVIADO IVE

-Primero hay que comprobar que la usuaria esta dada de alta en BDU.

-Cumplimentar el documento de derivación firmado por nosotros Y USUARIA.

-Se le entregará en un sobre

1.- documento de derivación.

Copia usuario

Copia para centro concertado

2.-folleto información

3.- sobre cerrado en el caso:

-14 semanas sobre art.14

+14 semanas sobre art. 15

La usuaria llamará para saber los centro concertado al teléfono 900 850 100 o salud responde le informará de todos los centros acreditados. Elegirá uno al que llamará para concertar cita.

Documento nº 2

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).



ACTUACIÓN SANITARIA ANTE LA DEMANDA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO (IVE) EN EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA INSTRUCCIONES PARA LOS CENTROS SANITARIOS

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la mujer, y excepcionalmente por causas médicas cuando concurren una serie de circunstancias.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) garantiza esta prestación a través de concertos con clínicas acreditadas para la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

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. Este derecho lo podrán ejercer sólo los profesionales directamente implicados en la realización de la IVE.

De acuerdo con la Ley y con objeto de regular el acceso a la prestación de la IVE de las mujeres que lo demanden a través de los servicios sanitarios de nuestra Comunidad Autónoma se establecen las siguientes instrucciones:

1. ACCESIBILIDAD.

- Las mujeres que soliciten información para la IVE podrán acudir a cualquier centro de la red del SSPA independientemente del que tengan adscrito.
- Se resolverán todos los trámites en acto único, evitando desplazamientos innecesarios de la usuaria.
- Se preservará y asegurará en todo momento la intimidad y la confidencialidad en el proceso de atención.

2. INFORMACIÓN A LA MUJER

Cualquiera que sea el motivo de la solicitud de IVE y cualquiera que sea su edad, la mujer deberá ser informada por el profesional que la atienda. La información se estructura en tres niveles:



2.1. Información general:

- Condiciones para la interrupción prevista en esta Ley.
- Condiciones para su cobertura por el SSPA.
- Los distintos métodos de IVE.
- Centros a los que se puede dirigir.
- Trámites para acceder a la prestación.
- Los distintos métodos de anticoncepción.
- Esta información podrá prestarse además de por escrito, verbalmente, telefónicamente o por otros medios incluidas páginas web

2.2. Información previa al consentimiento informado

- En sobre cerrado elaborado por la Junta de Andalucía: *"Derechos, ayudas, beneficios y prestaciones públicas al embarazo, parto, post-parto, nacimiento, cuidados y atención de los hijos e hijas en Andalucía. (Art. 14 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo)*
- En sobre cerrado elaborado por la Junta de Andalucía: *Derechos, ayudas, beneficios, prestaciones públicas de apoyo a la autonomía de las personas con discapacidad y red de organizaciones sociales en Andalucía. (Art. 15 Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo).*
- Esta información sólo puede entregarse a la mujer que solicita IVE.

2.3. Información médica

- Según establece la Ley 41/2002¹
- Consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la continuación del embarazo y de la interrupción del mismo.
- Realizar preferentemente de forma verbal.
- Compete fundamentalmente al profesional y al centro que vaya a realizar la IVE.

INFORMACION COMPLEMENTARIA EN CASO DE MUJERES MENORES DE EDAD.

De 16 y 17 años.

- El consentimiento les corresponde a ellas igual que a las mayores de edad.
- Al menos un representante legal (madre o padre) deberá ser informado de la decisión de la menor que deberá acompañarla y dejar constancia en documento escrito de estar informado, en el centro donde se realice la IVE.
- Podrá prescindirse de esta información si la menor alega conflicto grave haciéndolo constar por escrito por el médico encargado de practicar la IVE.

Menores de 16 años.

- Necesitan el consentimiento de su madre o su padre que deberán manifestarlo por escrito, en el centro en el que se realice la IVE.

¹ Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.



3. CUMPLIMENTACIÓN DEL DOCUMENTO DE DERIVACIÓN (Anexo 2)

- Cualquiera que sea el motivo de la solicitud de IVE, es requisito imprescindible para acreditar la pertenencia de la mujer al SSPA y la financiación a través del Servicio Andaluz de Salud.
- El código que figura en el documento identifica a la mujer en todo el proceso con el fin de separar los datos de filiación de la información clínica, según requerimientos legales.
- La fecha que debe figurar documento de derivación, es la de inicio del proceso y la misma de la entrega del sobre preceptivo, salvo que la mujer haya recibido éste con anterioridad en un centro acreditado.
- El documento de derivación tiene un original y dos copias. El original será para el centro concertado que realizará la IVE y se le entregará a la mujer para que lo lleve a dicho centro cuando se haga la intervención. Las copias serán, una para el centro que tramita la IVE y la otra para la mujer gestante. La copia para el Centro sanitario deberá ser archivada y custodiada por el mismo.
- Tanto el original como las dos copias deberán ir firmadas y selladas por la Unidad de Atención a la Ciudadanía del centro sanitario.
- Este documento se adjuntará **grapado al sobre** que contiene la información sobre derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad o con ayudas a la discapacidad, y se considera acreditativo de la fecha de entrega del mismo, a efectos de periodo de reflexión.
- Cualquier **información clínica relevante** es recomendable que se consigne en el documento de derivación o aportándolo en informe anexo, aunque no es requisito imprescindible.

4. REQUERIMIENTOS NECESARIOS SEGÚN TIPO IVE

- 4.1. **Solicitud de IVE a petición de la mujer.** Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, (en adelante L.O.) de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Hasta las 14 semanas de gestación incluida.
- Entrega del **sobre preceptivo** con información relativa al artículo 17.2. (Información sobre ayudas públicas y derechos laborales vinculados a la maternidad y centros disponibles para asesoramiento y atención sanitaria).



- La fecha de entrega es la que figura en el documento de derivación que se adjunta al sobre. Imprescindible para comprobar que hayan transcurrido los tres días de reflexión hasta la realización de la IVE en cumplimiento de la Ley.
 - El sobre habrá de ser entregado personalmente a la mujer gestante interesada. No podrá ser entregado a terceras personas. La información podrá darse también verbalmente.
- **Gestión de la cita con la clínica concertada:** preferentemente la realiza la propia mujer tras recibir la información pertinente de los centros existentes y de los concertados con el SAS. El teléfono se podrá facilitar el profesional que la atiende o a través del teléfono 900 850 100 podrá recibir información de todos los centros concertados. En caso necesario se gestionará la cita desde el centro sanitario. Existe la disponibilidad del servicio de traducción a través del *SALUD RESPONDE*, 953 011 080 (desde red externa) ó 211080 (desde red corporativa).
 - Se recomienda ofertar a la mujer una cita para inicio de *anticoncepción reglada eficaz* en un plazo menor de 20 días después de la IVE, garantizando así el inicio de la anticoncepción antes de la siguiente ovulación.

4.2. Solicitud de IVE por causas médicas. Artículo 15 de la L.O.

- Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada (Art. 15. a). Hasta las 22 semanas de gestación incluidas.
 - El diagnóstico de riesgo para la vida o la salud de la mujer gestante, debe constar en un **informe** emitido con anterioridad a la intervención por un médico/a especialista distinto del que practica o dirige la intervención. (Incluye cualquiera de las especialidades recogidas en la normativa al respecto).²
 - En caso de riesgo vital para la gestante podrá prescindirse de dicho informe.
 - Se le gestionará la cita para la IVE desde el centro sanitario.
- Riesgo de graves anomalías en el feto (Art. 15. b). Hasta las 22 semanas de gestación incluidas.

² Ley Orgánica 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
Real Decreto 183/2008 de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada



- El diagnóstico de graves anomalías en el feto debe constar en **informes** emitidos con anterioridad a la intervención **por dos médicos o médicas** especialistas distintos del quien practique o dirija la intervención.
 - Entrega del sobre preceptivo con información relativa a este artículo: Derechos, prestaciones y ayudas públicas relativas a personas con discapacidad y organizaciones de asistencia social.
 - El sobre habrá de ser entregado personalmente a la mujer gestante interesada.
 - Gestionar la cita para la IVE desde el centro sanitario.
- Anomalías fetales incompatibles con la vida (Art. 15. c. Apartado 1). Sin plazos.
 - El diagnóstico de anomalías fetales incompatibles con la vida, debe constar en un **informe** emitido con anterioridad por un médico o médica especialista distinto del que practica la intervención
 - Gestionar la cita para la IVE desde el centro sanitario.
 - Cuando se detecte en el feto enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico (Art. 15. c. Apartado 2). Sin plazos.
 - Será necesario la confirmación de un **comité clínico** formado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.
 - Se le asignará un comité de los designados³ que emitirá y comunicará su dictamen a la Dirección Gerencia del Hospital en el que la mujer ha presentado la solicitud quién denegará o autorizará la IVE.
 - Se informará a la mujer gestante del dictamen.
 - Se informará a los servicios de Apoyo del SAS para su financiación.
 - Se le gestionará la cita para la IVE desde el centro sanitario.

En Sevilla a 28 de junio de 2010

³ Los comités clínicos se constituirán en hospitales de red pública y se publicarán en BOJA.



Anexos.

Anexo 1.

Información a la mujer.

Anexo 2.

Documento de derivación (si este se informatiza
habrá que dar instrucciones de acceso a la web)

Anexo 3.

Algoritmos.

Anexo 4.

Argumentario



ANEXO 1

La Interrupción voluntaria del embarazo

¿Qué es?

La interrupción voluntaria del embarazo es un procedimiento para finalizar un embarazo. Se realiza por profesionales de la medicina especializados o bajo su dirección, con una técnica adecuada y siguiendo los criterios de calidad sanitaria. Es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo. La interrupción voluntaria del

¿Cuándo se puede solicitar una IVE?

Según la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo se puede solicitar la IVE en las siguientes circunstancias:

- A petición de la mujer en las primeras 14 semanas de gestación.
- También por determinadas causas médicas con diferentes plazos.

¿Cuáles son las causas médicas en las que puede realizarse una IVE?

- Cuando exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada hasta las primeras 22 semanas de gestación.
- Ante riesgo de graves anomalías en el feto hasta las primeras 22 semanas de gestación.
- Cuando existan anomalías fetales incompatibles con la vida.
- Cuando se detecte en el feto enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico.

¿Cuáles son las condiciones para la cobertura de la IVE?

En Andalucía la IVE es financiada por el sistema sanitario a todas las mujeres que lo soliciten y tengan derecho a la asistencia sanitaria pública.

¿Qué trámites son necesarios?

1. Acudir a un centro sanitario público y solicitar cita con profesional sanitario.
2. La mujer será derivada a un centro acreditado a través del documento de derivación.
3. Recibirá información de las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo



4. Cuando la solicitud de la IVE sea a petición de la mujer, dispone de un plazo de reflexión de 3 días desde la entrega de la información hasta la intervención.
5. Pedir cita con centro acreditado para la interrupción del embarazo y concertado con el Servicio Andaluz de Salud.

Las mujeres también pueden decidir acudir de forma privada dentro del periodo establecido por la ley (primeras 14 semanas de embarazo). En este caso, acudirán directamente a cualquiera de los centros acreditados y pagarán el coste de la intervención.

¿Cómo se realiza?

Existen diferentes métodos según las semanas de gestación y dependiendo de la situación de cada mujer.

Estos métodos son instrumentales o quirúrgicos y farmacológicos según la Organización Mundial de la Salud

¿Dónde se realiza?

Las intervenciones se realizan en centros sanitarios acreditados. En Andalucía es financiado por Sistema Sanitario a través de centros acreditados públicos o concertados con el SAS.

A través del teléfono 900 850 100 se informa de todos los centros acreditados.

Antes de una IVE, ¿se necesita alguna preparación?

En general, las mujeres sanas no necesitan ninguna medida previa, pero es recomendable consultar a un profesional sanitario si existe algún problema de salud, así como aspectos relacionados las condiciones previas a la intervención.

¿Qué requisitos generales son necesarios para la realización de una IVE?

Que se realice en un centro sanitario público o privado acreditado.

Que se lleve a cabo por profesionales de la medicina especializados o bajo su dirección.

Que se realice por consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada, o en su caso, del representante legal.



En caso de las menores, ¿quién da el consentimiento?

En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la IVE les corresponde exclusivamente a ellas. Según la ley actual, al menos un representante legal (madre o padre) deberá ser informado de la decisión de la menor que deberá acompañarla y dejar constancia, en documento escrito de estar informado, en el centro donde se realice la IVE.

Podrá prescindirse de esta información si la menor alega conflicto grave haciéndolo constar por escrito por el médico encargado de practicar la IVE.

Las chicas menores de 16 años necesitan ir acompañadas de su madre o su padre.

¿Qué hacer tras una IVE?

En el centro donde se practique la IVE todas las mujeres reciben información sobre los síntomas y cuidados posteriores. Es importante estar alerta y saber que:

- **Es normal:** un sangrado irregular tras la intervención durante unos 15 días, molestias en el bajo vientre similares a la menstruación, molestias en las mamas. La regla suele aparecer entre 25 y 50 días posteriores a la IVE.
- **No es normal:** un fuerte dolor en el vientre, temperatura mayor de 38º o sangrado mucho más abundante que la regla que no cede en pocas horas. En estos casos se debe acudir a urgencias o al centro de salud o a la clínica que le atendió.
- **Es aconsejable durante las primeras semanas:** usar la ducha en lugar de tomar baños. Usar compresas en lugar de tampones y mantener relaciones sexuales sin penetración.

Es muy importante iniciar anticoncepción segura antes de la primera regla tras la IVE, para ello se recomienda solicitar cita en su Centro de Salud.

Más información en:

- Teléfono de Salud Sexual y Reproductiva: 900 850 100
 - Teléfono de Salud Responde: 902 505 060
- www.saludsexualyreproductiva.es
saludresponde@juntadeandalucia.es



ANEXO 2

CÓDIGO _____

FECHA _____

HOJA DE DERIVACIÓN PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO DESDE LOS CENTROS SANITARIOS

DISTRITO CENTRO SANITARIO

PROVINCIA: CÓDIGO POSTAL DOMICILIO

NUHSA
Nº de Historia Única de Salud de Andalucía

FECHA DE NACIMIENTO:

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 EDAD Años

FECHA ÚLTIMA REGLA NORMAL:

DATOS CLÍNICOS (Cumplimentar por personal sanitario si procede)

SEMANAS DE GESTACIÓN: ECOGRAFÍA SÍ NO

RH: (Si se conoce)

OTROS DATOS DE INTERÉS: Se pueden aportar en informe adjunto.

SE ACOMPAÑA INFORME CLÍNICO: (Ver reverso para los casos en que sea preceptivo)

SE ENTREGA SOBRE CON INFORMACIÓN PRECEPTIVA SÍ NO (Artículo 17. L.O. 2/2010)

CENTRO CONCERTADO

NOMBRE DEL CENTRO _____ TELÉFONO _____

DOMICILIO _____ LOCALIDAD _____

FECHA DE LA CITA _____ HORA _____

CENTRO CONCERTADO DONDE SE REALIZA LA IVE (Deberá acompañar informe de alta)

FECHA DE LA INTERVENCIÓN:

<i>Día</i>	<i>Mes</i>	<i>Año</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CENTRO SANITARIO
Firma y sello.

CENTRO CONCERTADO
Fecha, firma y sello.

CONFORME USUARIO O
PERSONA AUTORIZADA
Fecha y firma.



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *(Extracto de los artículos correspondientes)*

Artículo 14. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO A PETICIÓN DE LA MUJER.

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

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

Artículo 15. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR CAUSAS MÉDICAS.

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

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

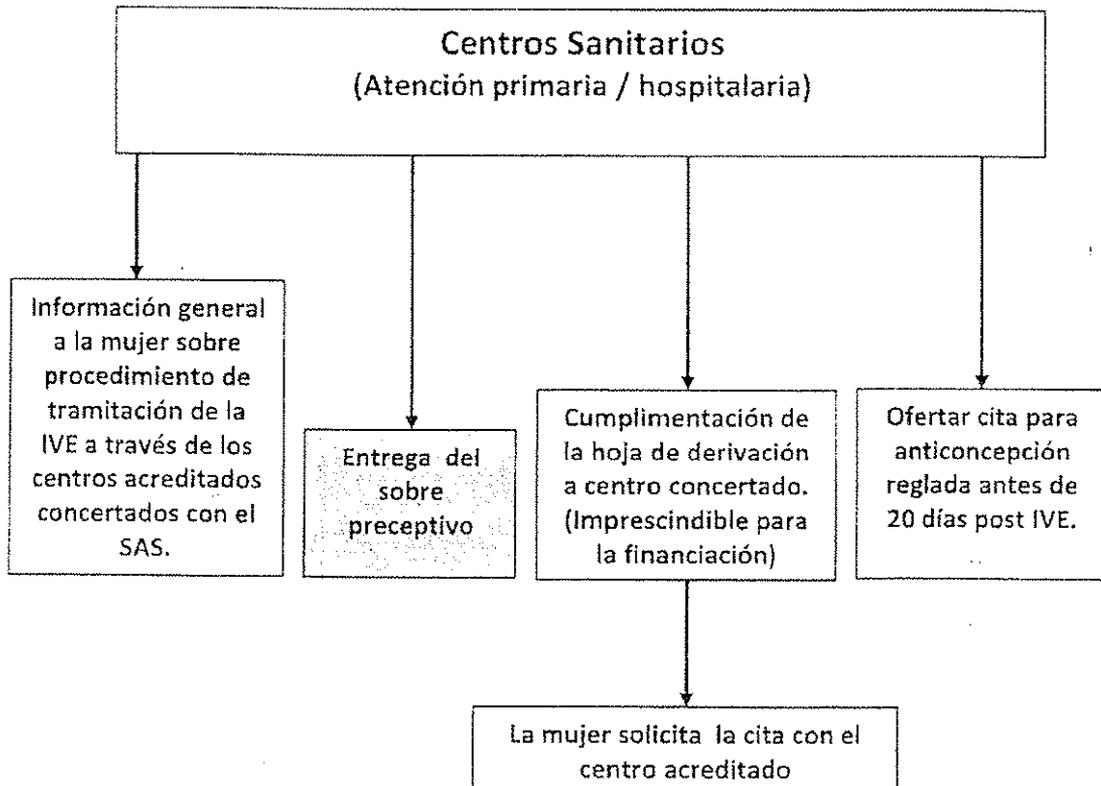
- El Servicio Andaluz de Salud sólo abonará las intervenciones que se realicen en los centros previamente concertados.
- Las mujeres beneficiarias tendrán que acreditar su cobertura sanitaria a través de este documento.
- Esta hoja deberá ser presentada en el centro concertado en donde se va a realizar la IVE como requisito imprescindible para que pueda ser abonado con cargo al Servicio Andaluz de Salud.



ANEXO 3 ALGORITMOS

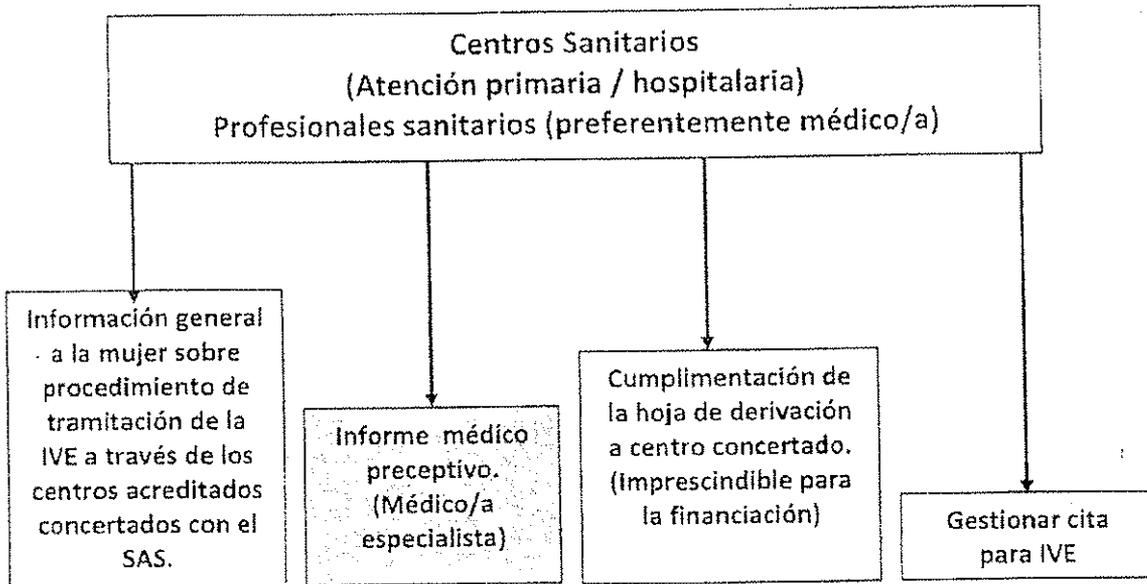
Actuación sanitaria ante la demanda de Interrupción Voluntaria de Embarazo en el Servicio Sanitario Público de Andalucía

Solicitud de IVE a petición de la mujer Hasta la 14ª semana de gestación. (Artículo 14. Ley Orgánica 2/2010)

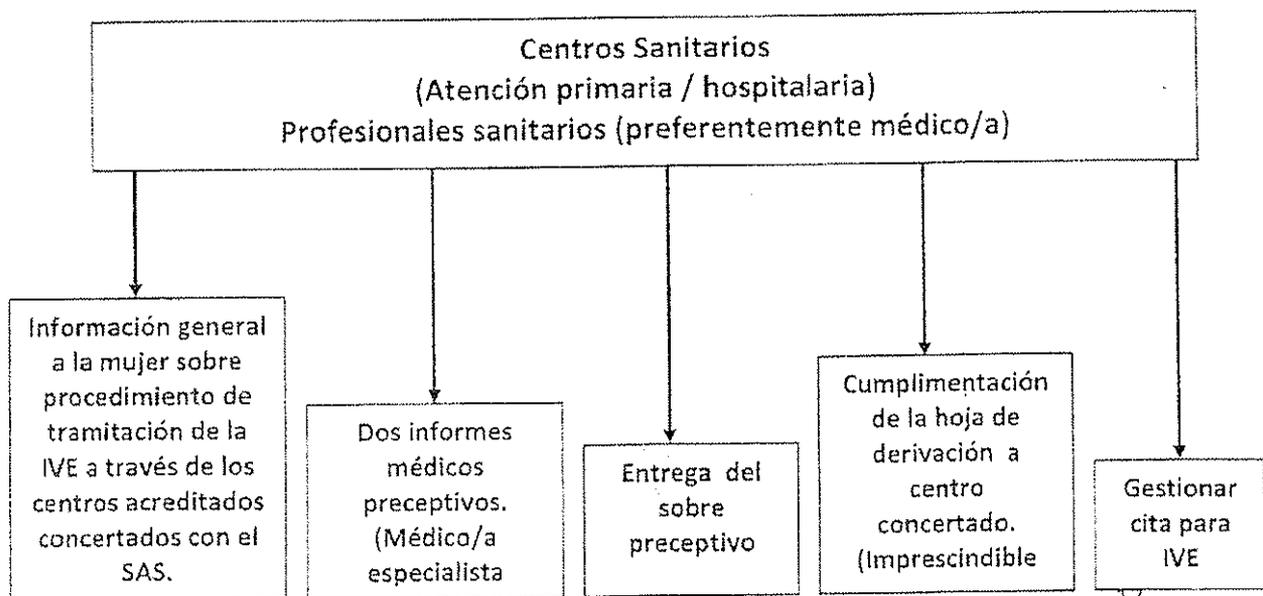




Solicitud de IVE por causas médicas.
Grave riesgo para la vida o salud de la embarazada
Hasta la 22ª semana de gestación.
(Artículo 15 letra a. Ley Orgánica 2/2010)

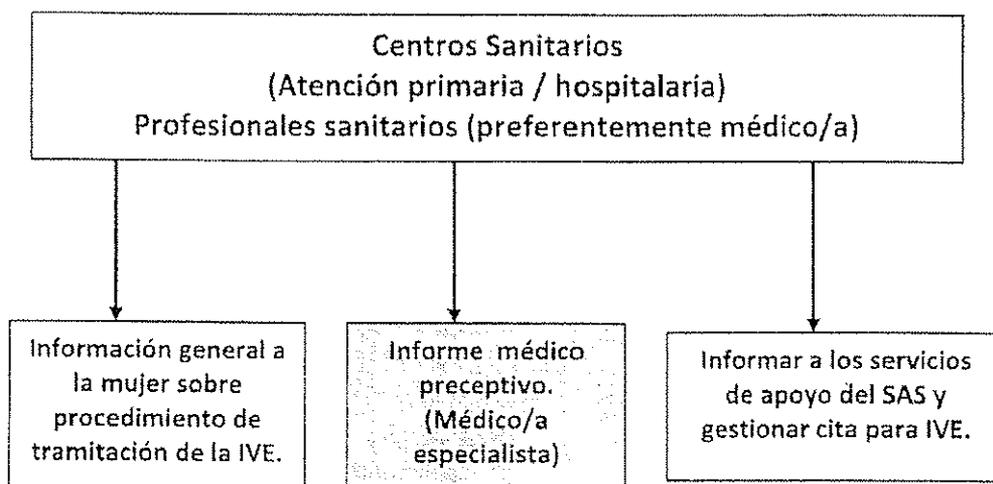


Riesgo de graves anomalías en el feto.
Hasta la 22ª semana de gestación.
(Artículo 15 letra b. Ley Orgánica 2/2010)





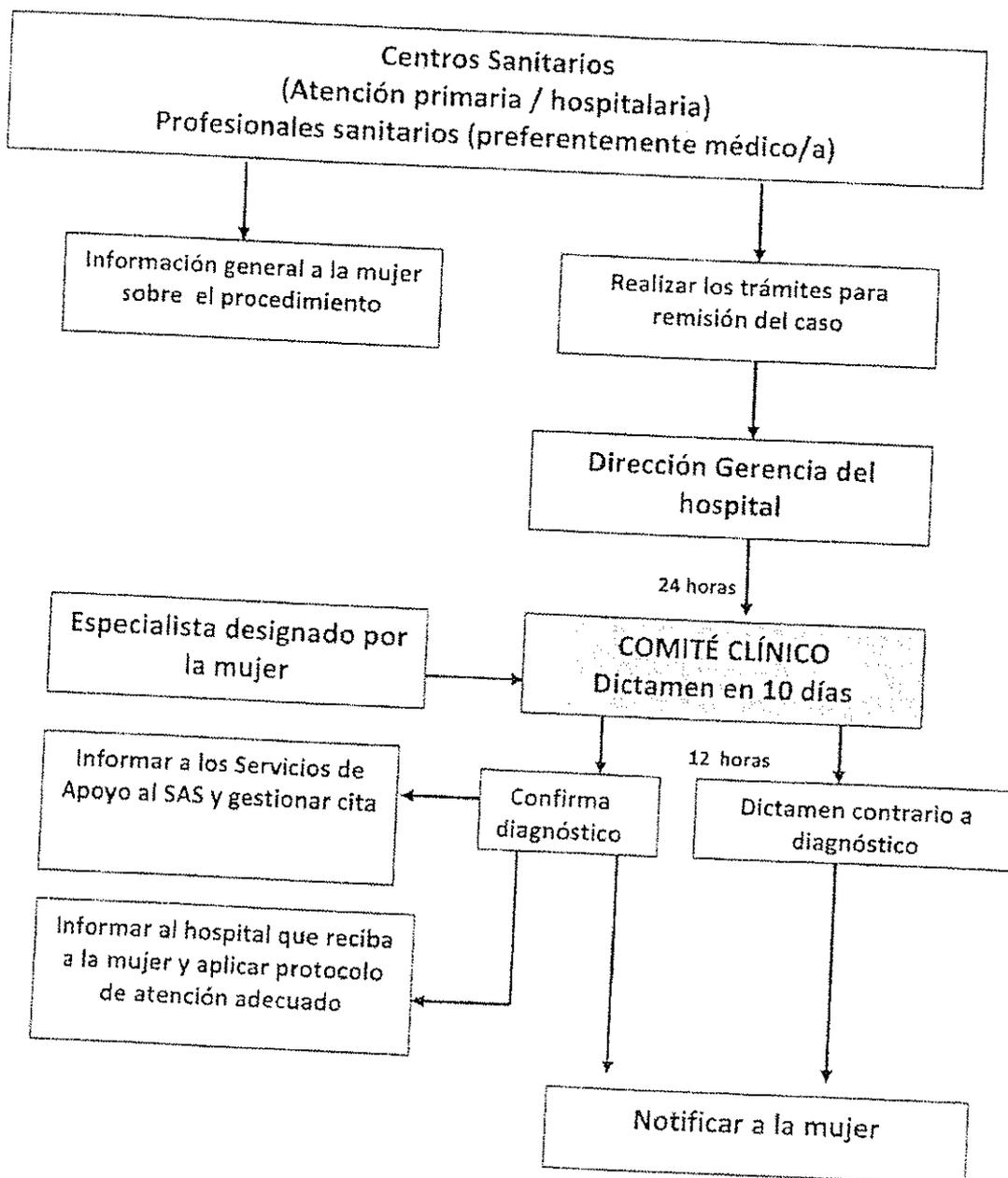
**Solicitud de IVE por causas médicas.
Anomalías fetales incompatibles con la vida.
(Sin plazos).
(Artículo 15 letra c. Apartado 1. Ley Orgánica 2/2010)**





Solicitud de IVE por causas médicas. Cuando se detecte en el feto enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico. (Sin plazos).

(Artículo 15 letra c. Apartado 2. Ley Orgánica 2/2010)





ANEXO 4

Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y
de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

ARGUMENTARIO PARA PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA.

FECHA DE APROBACIÓN DE LA LEY.

3 de marzo de 2010. Publicada en BOE número 55 del 4 de junio.

ENTRADA EN VIGOR: 5 de julio de 2010.

Contenidos de la Ley

- TÍTULO PRELIMINAR. Disposiciones generales.
- TÍTULO I. De la salud sexual y reproductiva.
- TÍTULO II. De la interrupción voluntaria del embarazo

DECRETOS QUE LA DESARROLLAN

- 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.
- Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.

ACCESO A LA IVE:

Según ley y en las condiciones más favorables para la protección de los derechos de las mujeres.

REQUERIMIENTOS PARA LA IVE.

Según la Ley la IVE se realizará por Médico especialista o bajo su dirección.

En Centro sanitarios públicos o privado acreditados.

Con consentimiento escrito de la mujer según Ley 41/2002. Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Mujeres Menores de edad:

De 16 y 17 años:

- El consentimiento les corresponde a ellas igual que a las mayores de edad.



- Al menos un representante legal (madre o padre) deberá ser informado de la decisión de la menor que deberá acompañarla al centro donde se realice la IVE y dejar constancia en documento escrito de estar informado.
- Sólo se puede prescindir de lo anterior cuando la menor alegue conflicto grave. En este caso se deberá dejar constancia en la historia clínica del centro donde se realice la IVE, con la firma de la menor

Menores de 16 años

- Se precisa consentimiento parental igual que hasta ahora.
- La madre, padre o representante legal tendrá que documentar el parentesco: DNI, Libro de familia.

En los centros sanitarios a los que acuden las mujeres para solicitar información y el documento de derivación, habrá que informar de esta circunstancia cuando las mujeres sean menores, pero corresponde a los centros que realizan la IVE la solicitud de los documentos que exige la ley a tutores o progenitores, tanto en mujeres de 16 y 17 años como en las menores de 16.

Modalidades de IVE

La Ley no es una ley de supuestos sino de libre decisión de la mujer y por causas médicas.

- **Interrupción del embarazo a petición de la mujer.** Límite 14 primeras semanas de gestación.
- **Interrupción del embarazo por causas médicas.**
 - Grave riesgo para la vida y la salud de la embarazada. Límite 22 semanas.
 - Riesgo de anomalías fetales. Límite 22 semanas.
 - Anomalías fetales incompatibles con la vida. Sin límite.
 - Que se detecte en el feto enfermedad extremadamente grave e incurable. Sin límite pero previo dictamen de un Comité Clínico.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO A PETICIÓN DE LA MUJER.

Según los datos epidemiológicos de que disponemos y que son oficiales y se publican anualmente tanto a través del Ministerio de Sanidad y Política Social como de la Consejería de Salud, más del 93% de las IVE que se realizan están entre las primeras 14 semanas de gestación. Por tanto, la mayoría de las solicitudes que lleguen a los centros sanitarios serán a petición de las mujeres (Artículo 14 de la Ley). Para esta modalidad de IVE se precisa lo siguiente.

Periodo de reflexión:

Se establece un periodo de reflexión para la mujer de 3 días a contar desde la fecha de solicitud de la IVE.



Es imprescindible documentar esta fecha a efectos legales para poder acreditar los 3 días de reflexión.

La fecha de realización de la IVE tendrá que ser al menos habiendo transcurrido estos tres días debidamente documentados.

Información preceptiva

En el momento de la solicitud hay que entregar a la mujer un **sobre cerrado** con información sobre ayudas al embarazo y la maternidad y derechos vinculados.

Este sobre estará disponible en todos los centros sanitarios públicos y en los centros acreditados. Lo elabora y distribuye la Junta de Andalucía con el formato regulado para todo el SNS.

Documento acreditativo de la fecha de entrega: es imprescindible según artículo 14 de la Ley.

En el SSPA se ha establecido un **documento de derivación** (que sustituye al que había hasta ahora) y a todos los efectos será el Documento acreditativo de la fecha de entrega, y deberá adjuntarse al sobre.

Las mujeres que no soliciten financiación pública de la IVE recibirán el sobre en los centros privados acreditados con el documento acreditativo de entrega del sobre que se determine.

DOCUMENTO DE DERIVACIÓN DESDE CENTROS SANITARIOS

- Este documento es del Servicio Sanitario Público de Andalucía.
- Se establece como requisito para la financiación de la IVE por el SSPA a las mujeres residentes en nuestra Comunidad Autónoma y con derecho a asistencia sanitaria pública.
- Es un documento en papel por triplicado. En adelante se podrá establecer éste en formato electrónico e imprimible desde una aplicación web.
- Este documento está codificado y no contiene datos identificativos de la mujer y con la fecha debidamente cumplimentada y adjuntado al sobre es el **documento acreditativo de la fecha de entrega** de la información y de inicio del proceso de IVE.
- Las mujeres que no deseen financiación pública de la IVE no precisan este documento.

¿QUÉ INFORMACIÓN RECOJE EL DOCUMENTO DE DERIVACION?

- Código: Identifica a la mujer en todo el proceso.
- Fecha: de inicio de proceso y entrega del sobre cerrado con información para la mujer. Imprescindible para acreditar el periodo de reflexión.
- Información necesaria para la tramitación de la IVE y la financiación por el SAS.
- Información clínica mínima que sea de utilidad para quien va a realizar la IVE. No es obligatorio cumplimentarla, aunque sí recomendable en caso de existir alguna



- información relevante y que pueda ser de interés para el profesional que vaya a practicar la IVE.
- Firma de la Unidad de Atención a la Ciudadanía y de la mujer para que quede constancia tanto de haber recibido el sobre que se adjunta como del centro derivador para la financiación.

¿CÓMO GARANTIZAR LA ACCESIBILIDAD DE LAS MUJERES SOLICITANTES?

Cada centro puede organizar, según las características del mismo, la forma de dar respuesta a la demanda de las mujeres.

Los profesionales que van a tramitar las IVE son fundamentalmente los sanitarios y el jefe o jefa de la UAC, que lo realizaría en su despacho y de forma confidencial. Pero hay que garantizar que haya profesionales de la Unidad de Atención a la Ciudadanía (UAC) formados, tanto por la mañana como por la tarde en cada centro.

Independientemente de esto, el procedimiento deben conocerlo a fondo todos los profesionales de los centros. Es imprescindible que todo el personal sea consciente de que el acceso a la IVE es un derecho de las mujeres y que el SSPA debe garantizárselo.

Si se hicieran trámites con diferentes profesionales, éstos se harán movilizándolo documentos y evitando desplazamientos de la usuaria.

¿QUIÉN CUMPLIMENTA DE DOCUMENTO DE DERIVACIÓN?

La IVE es una actividad clínica, incluida en la cartera de servicios. Este documento de derivación, como cualquier otro, puede cumplimentarlo el médico como se viene haciendo en nuestros servicios u otro profesional (matrona, personal de enfermería o de trabajo social).

Sin embargo la Ley establece que hasta la semana 14 la decisión de interrumpir el embarazo es sólo de la mujer. Hay que garantizar que la mujer solicitante salga del centro con el documento de derivación. Cualquier profesional puede cumplimentar los datos necesarios para la derivación, incluida la Unidad de Atención a la Ciudadanía ya que la información clínica es recomendable pero no imprescindible para la 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. Se trata de proporcionar la información necesaria a las mujeres que lo soliciten, evitando juzgar conductas o limitar derechos. Tampoco se trata de dar autorización.



REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA.

La Ley es bastante clara en cuanto al tratamiento de los datos. Según el artículo 21, apartado 5:

“Las informaciones relacionadas con la IVE deberán ser conservadas en la historia clínica de tal forma que su mera visualización no sea posible salvo por el personal que participe en la práctica de su prestación...”.

En el caso de que el profesional considere necesario el registro en la historia clínica y la mujer no se oponga a este registro, las hojas de seguimiento de consulta relacionadas con la IVE deberán quedar bloqueadas, de forma que únicamente acceda a las mismas el profesional que las creó. Si la mujer expresase su deseo de que no se registre dato alguno en su historia en relación con la IVE, los profesionales sanitarios, en cumplimiento de la Ley de Autonomía del paciente, no podrán hacer referencia al mismo, ni siquiera bloqueando la hoja de seguimiento de consulta.

PROFESIONALES SANITARIOS Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

Los profesionales sanitarios que atiendan a las mujeres en los centros de atención primaria y especializada, que no vayan a intervenir en la realización de la IVE, no podrán objetar ni a dar información ni a atender a las mujeres antes o después de haberse sometido a la IVE, según establece la ley en su artículo 19.

“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 menoscabadas 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”.

INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO POR CAUSAS MÉDICAS

Cuando concurren causas médicas para solicitar IVE hay que tener en cuenta que en muchos casos el embarazo era deseado circunstancia que hará difícil la toma de decisión por lo que es muy importante cuidar la información que se tenga que dar.

QUIEN REALIZA LOS INFORMES MÉDICOS

Los informes o dictámenes médicos que apoyan la solicitud de IVE a que se refiere el artículo 15 deberán ser realizados por médicas o médicos especialistas. Las especialidades médicas incluyen la Medicina Familiar y Comunitaria.



CUADRO RESUMEN

MODALIDAD DE IVE	LÍMITE SEMANAS	PERIODO REFLEXIÓN	INFORMES MÉDICO	DOCUMENTO DERIVACIÓN
Artículo 14	< ó = 14	SÍ	NO	SÍ
Artículo 15. a)	≤ ó = 22	NO	SÍ (1)	SÍ
Artículo 15. b)	< ó = 22	NO	SÍ (2)	SÍ
Artículo 15. c) 1	Sin plazo	NO	SÍ (1)	NO
Artículo 15. c) 2	Sin plazo	NO	SÍ	COMITÉ CLÍNICO

Documento nº 3

Extracto del Programa de Acreditación de Competencias Profesionales.

I. El Ciudadano

1. Orientación al Ciudadano (satisfacción, participación y derechos)

Buena práctica 01.05_00

El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos de los ciudadanos.

Propósito: Promover el respeto por los derechos de los ciudadanos y sus familias reconocidos por el Sistema Sanitario Público de Andalucía y, mediante acciones efectivas, facilitar el ejercicio de los mismos.

Evidencia 01 Facilitar el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en mujeres que lo requieran.



Prueba: Informe de práctica clínica de un caso en el que se ha facilitado la Interrupción Voluntaria del embarazo en los últimos 24 meses.

Evidencia 02 Facilita información sobre el uso de los derechos de segunda generación (libre elección, voluntades vitales anticipadas, segunda opinión médica, garantía de plazos de respuesta).



Prueba: Informe de reflexión sobre facilitación del uso de los derechos de segunda generación.

2. Oferta de servicios y conocimiento organizativo

En relación con la competencia **Oferta de servicios y conocimiento organizativo**, en el/la Médico/a de Familia de Atención Primaria se observa la siguiente buena práctica:

El/la profesional:

- > Orienta al ciudadano sobre la oferta de servicios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Buena práctica 01.06_00

El/la profesional orienta al ciudadano sobre la oferta de servicios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Propósito: Facilitar el conocimiento y acercamiento de la organización a los ciudadanos, en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Evidencia 01 Informa, oferta o proporciona recursos disponibles y/o no disponibles en el Área asistencial del usuario*.
(*Pacientes o profesionales.



Prueba: Informe de práctica clínica de 2 casos en los últimos 24 meses, en los que se informa, oferta o proporciona recursos disponibles y/o no disponibles en el Área Hospitalaria o de Salud del Usuario.

4> guía rápida de competencias del/de La Médico/a de familia de atención primaria

BLOQUE I. El ciudadano					
CRITERIO I: Orientación al Ciudadano (satisfacción, participación y derechos)					
Competencia	Buena práctica	Evidencia		Prueba	Nivel
1. Orientación al ciudadano: respeto por sus derechos	Buena Práctica 01.01.00: El/la profesional proporciona la información necesaria para promover la toma de decisiones compartida.	Evidencia 01	Utilización del consentimiento informado en las situaciones que lo requieran.	Prueba: Autoauditoría de historias de salud de pacientes atendidos en los últimos 12 meses.	
	Buena Práctica 01.02.00: El/la profesional protege la confidencialidad de la información proporcionada por las personas, preservando su intimidad.	Evidencia 01	Adopción de medidas para garantizar la privacidad e intimidad.	Prueba: Informe de reflexión sobre las medidas puestas en marcha para favorecer y mejorar la intimidad y confidencialidad en la atención a los ciudadanos (manejo de la historia de salud, solicitud de autorización para dar información a terceras personas, uso de un lugar adecuado para dar información, etc...).	
	Buena Práctica 01.03.00: El/la profesional contribuye a mejorar la accesibilidad de los usuarios para ser atendidos.	Evidencia 01	Realización de visitas domiciliarias programadas, además de las que se determinan en los servicios específicos de la cartera de servicios.	Prueba: Informe de práctica clínica sobre 2 casos en los que se ha realizado visita domiciliar programada (salvo pacientes incluidos en el programa de visita domiciliaria) en los últimos 12 meses.	
		Evidencia 02	Propuesta de medidas para mejorar la accesibilidad del/de la ciudadano/a.	Prueba: Informe de reflexión sobre medidas llevadas a cabo por el profesional para facilitar la accesibilidad de los pacientes y profesionales, por ejemplo: consulta telefónica o telemática, correo electrónico, modificaciones en la agenda, telemedicina, etc.	
	Buena Práctica 01.04.00: El/la profesional cuida la relación con los usuarios procurando satisfacer sus necesidades y expectativas.	Evidencia 01	Ausencia de reclamaciones* por "Trato incorrecto" en los últimos 12 meses. (*) Reclamaciones en las que tras su resolución se confirme dicho trato.	Prueba: Certificado de la Dirección del Centro Hospitalario o del Distrito de Atención Primaria sobre ausencia de reclamaciones por "trato incorrecto".	
	Buena Práctica 01.05.00: El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos de los ciudadanos.	Evidencia 01	Facilitar el derecho a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en mujeres que lo requieran.	Prueba: Informe de práctica clínica de un caso en el que se ha facilitado la Interrupción Voluntaria del embarazo en los últimos 24 meses.	
	Evidencia 02	Facilita información sobre el uso de los derechos de segunda generación (libre elección, voluntades vitales anticipadas, segunda opinión médica, garantía de plazos de respuesta).	Prueba: Informe de reflexión sobre facilitación del uso de los derechos de segunda generación.		
2. Oferta de servicios y conocimiento organizativo	Buena Práctica 01.06.00: El/la profesional orienta al ciudadano sobre la oferta de servicios en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.	Evidencia 01	Informa, oferta o proporciona recursos disponibles y/o no disponibles en el Área asistencial del usuario*. (*) Pacientes o profesionales.	Prueba: Informe de práctica clínica de 2 casos en los últimos 24 meses, en los que se informa, oferta o proporciona recursos disponibles y/o no disponibles en el Área Hospitalaria o de Salud del Usuario.	

Documento nº 4

Hoja de derivación



HOJA DE DERIVACIÓN PARA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO DESDE LOS CENTROS SANITARIOS

DISTRITO CENTRO SANITARIO

PROVINCIA: CÓDIGO POSTAL DOMICILIO

INICIALES DE LA MUJER NUHSA

Nº de Historia Única de Salud de Andalucía

FECHA DE NACIMIENTO:

<small>Día</small>	<small>Mes</small>	<small>Año</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 EDAD Años

FECHA ÚLTIMA REGLA NORMAL:

DATOS CLÍNICOS (Cumplimentar por personal sanitario si procede)

SEMANAS DE GESTACIÓN: ECOGRAFÍA SI NO

RH: (Si se conoce)

OTROS DATOS DE INTERÉS: Se pueden aportar en informe adjunto.

SE ACOMPAÑA INFORME CLÍNICO: (Ver reverso para los casos en que sea preceptivo)

SE ENTREGA SOBRE CON INFORMACIÓN PRECEPTIVA SI NO (Artículo 17.L.O. 2/2010)

CENTRO CONCERTADO

NOMBRE DEL CENTRO TELÉFONO

DOMICILIO LOCALIDAD

FECHA DE LA CITA HORA

CENTRO CONCERTADO DONDE SE REALIZA LA IVE (Deberá acompañar informe de alta)

FECHA DE LA INTERVENCIÓN:

<small>Día</small>	<small>Mes</small>	<small>Año</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CENTRO SANITARIO Fecha, firma y sello.	CENTRO CONCERTADO Fecha, firma y sello.	CONFORME USUARIA O PERSONA AUTORIZADA Fecha, firma.

1.- EJEMPLAR PARA EL CENTRO CONCERTADO

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. (Extracto de los artículos correspondientes)

Artículo 14. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO A PETICIÓN DE LA MUJER.

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

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

Artículo 15. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR CAUSAS MÉDICAS.

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

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

- El Servicio Andaluz de Salud sólo abonará las intervenciones que se realicen en los centros previamente concertados.
- Las mujeres beneficiarias tendrán que acreditar su cobertura sanitaria a través de este documento.
- Esta hoja deberá ser presentada en el centro concertado en donde se va a realizar la IVE como requisito imprescindible para que pueda ser abonado con cargo al Servicio Andaluz de Salud.

Documento nº 5

Comunicaciones de objeción de conciencia

A/A DEL SR.DIRECTOR GERENTE DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

REGISTRO GENERAL	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD Servicio Andaluz de Salud	
	19 JUL. 2010	
	Registro General Área Sanitaria Norte de Málaga	Hora

Dña. Silvia Montoro Goethe, con DNI nº 79012036K y colegiado nº 18/1810149 del Ilustre Colegio de médicos de Granada, como médico de familia adscrito a la Unidad de Gestión Clínica de Mollina, como mejor proceda

EXPONE:

Que mediante el presente escrito, en cumplimiento del artículo 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 marzo de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo (LSSRIVE) que como requisito para el ejercicio del derecho fundamental a la objeción de conciencia reconocido en el artículo 16 de la Constitución Española y en el Código de Ética y Deontología Médica, impone la obligación de su "manifestación anticipada y por escrito" a los profesionales sanitarios "directamente implicados vengo a "comunicar anticipadamente y por escrito" mi condición de OBJETORA DE CONCIENCIA POR DEBER DEONTOLOGICO a **implicarme directamente** como médico **en cualquier fase del proceso** de interrupciones de embarazos con la intención de causar la muerte de un ser humano(IVE ó ILE)

FUNDAMENTACIÓN DE LA OBJECCIÓN

I: Mi objeción a implicarme directamente en cualquier fase del proceso que conduce a acabar con la vida de un ser humano - como la denominada IVE- no está motivada en base a razones religiosas, ideológicas o políticas, sino en base a razones estrictamente científicas y deontológicas que como médico tengo la obligación y la vocación de cumplir.

Nuestro Código de Ética y Deontología Médica establece:

- *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)*

Lo cual significa que si al ser humano embriofetal hay que tratarlo con las mismas directrices éticas que a cualquier otro paciente y a ningún paciente le podemos provocar intencionadamente la muerte, ni siquiera ante petición expresa por su parte, tampoco podremos provocar intencionadamente la muerte del ser humano embriofetal, ni siquiera ante la petición expresa de sus progenitores .

Si violara los preceptos deontológicos citados por acatar la recurrida nueva ley de aborto estaría violando otra ley anterior que me lo impide como un deber; la 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 que 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*

Pues bien, los principios deontológicos aplicables son los que establece el Código Deontológico de mi profesión, en los artículos antes citados, al que tengo el deseo de seguir siendo fiel reiterando lo que en su día juré públicamente.

Por otro lado, sabemos que un aborto intencionado supone un trauma para la mujer, incluso aunque se trate de un hijo enfermo. Trauma que puede dejar graves secuelas tanto para su salud sexual, como para su salud mental y condicionar su futuro reproductor. Pues en base al **Principio Deontológico de No Maleficencia** (no causar daño) tampoco puedo colaborar en un proceso que supone un trauma y que afecta negativamente a la salud de la mujer.

2: Habiendo fundamentado que acabar con la vida de un ser humano, por joven que esta sea y más aun cuando no se debe a una indicación médica sino político social, es contrario a la deontología y la ética médica y que por tanto **no es un acto médico**, con el que un licenciado en medicina esté deontológicamente y éticamente legitimado en cooperar, procede fundamentar que este "proceso paramédico" **tampoco es un acto único**.

Cuando se interrumpe un embarazo sin intención de que el niño en gestación muera, como ocurre cuando se induce voluntariamente un parto, se desarrolla todo un procedimiento que incluye diferentes actos y fases e implica a varios profesionales como se establece en las Normas de Calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería S.A.S 2002 ...

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3. Proceso Embarazo, Parto y Puerperio. ...

De igual manera cuando el objetivo de la interrupción del embarazo no es obtener un recién nacido vivo sino muerto, se trata de un PROCESO que se desarrolla en fases en las que los distintos profesionales **directamente implicados** deben cooperar necesariamente desde que una usuaria accede al sistema sanitario, contacta con el médico de primaria, se inicia el cribado de cromosomopatías, se tramita la solicitud de aborto, se gestionan los trámites burocráticos y administrativos, es derivada al especialista, se da la orden de ingreso, se realiza el estudio preoperatorio o de diagnóstico prenatal, se programa el acto quirúrgico, se traslada a la mesa de quirófano, se efectúa la extracción instrumental del ser humano fetal, supera el postoperatorio y es dada el alta hospitalaria.

3: Igualmente supone cooperar en actos contra la vida de los seres humanos la implicación directa en la prescripción de medios de regulación de la natalidad de tipo abortivo o antimplantatorios como los dispositivos intrauterinos, las píldoras del día siguiente o técnicas de producción en laboratorio de seres humanos, que por los mismos fundamentos deontológicos pueden ser materia de objeción por mi parte y amparada en el artículo 26.1 de nuestro Código Deontológico.

4: Asimismo deseo dejar constancia de la absoluta reserva y la especial protección de que goza esta declaración, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999,

de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, especialmente en sus artículos 6 y 7.

POR LO EXPUESTO:

Solicito tenga por hechas las anteriores manifestaciones en previsión de posibles reclamaciones, denuncias, expedientes disciplinarios o discriminación laboral y tenga por formulada mi condición de objetor de conciencia, POR MOTIVOS ESTRICTAMENTE DEONTOLOGICOS, a implicarme directamente en cualquier acto paramédico orientado a facilitar o promover la muerte intencionada de un ser humano tanto en la fase consultiva, como en la preparatoria como en la ejecutiva.

En Antequera, a 16 de Julio de 2010.

Firmado:

Silvia Rantoro

N.º DE REGISTRO	UNIDAD DE PRODUCCIÓN	
	18 NOV. 2010	
	Registro en el Área Sanitaria Norte de Málaga Archidona, Málaga	Nota

A/A DEL SR. GERENTE DEL ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA

**DOÑA ANA MALDONADO CHECA, ENFERMERA COLEGIADA 5481 Y
DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES EN C/ CARRERAS 6
ARCHIDONA 29300**

**SOBRE EL ASUNTO: DECLARACIÓN DE OBJECCIÓN DE CONCIENCIA AL
ABORTO, S/ ESCRITO REFERENCIA AM/gg 09 AGOSTO 2010**

EXPONE:

Que habiendo recibido escrito sobre mi declaración de objeción, carece de garantías elementales de información para el ciudadano, por lo cual me deja en indefensión.

SOLICITO:

Ser informada de la base legal por la que se me deniega ser considerada objetora de conciencia al aborto, en especial la orden de la Junta de Andalucía o del SAS por la que se rija la obligatoriedad, al personal sanitario, de participar en procesos administrativos o sanitarios que concurran en la ejecución de un aborto.

Igualmente, caso de que el escrito referido sea una desestimación, me sean indicadas las autoridades ante las que recurrir dicha desestimación de la objeción que en derecho he presentado, así como los plazos que tengo para ello.

En Archidona, a 17 de octubre de 2010

Fdo. Ana Maldonado Checa



Documento nº 6

Rechazos de objeción de conciencia por la Administración.



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



D^a Ana Maldonado Checa
C/ Carreras, 6 Archidona
29300

N/Ref. AM/gg
Asunto: **Objeción de Conciencia IVE**

Antequera, a 09 de agosto de 2010

En relación con su escrito presentado el 05/09/2010 comunicando su condición de objetor de conciencia en consonancia a lo dispuesto en el art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, le informo que tal comunicado carece validez práctica para el ejercicio de las funciones que desempeña en el Área Sanitaria Norte de Málaga (ASNM), toda vez que en ninguno de los centros del ASNM se realiza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Se le recuerda que el derecho a la objeción de conciencia que ampara el art. 19.2 de la LO 2/2010, **ampara únicamente a aquellos profesionales que están directamente implicados en la realización de la IVE**, entre los que no se encuentran aquellos profesionales, que como usted, se encuentran adscritos al ASNM, toda vez que el IVE, se reitera, no se realiza en ninguno de los Centros del ASNM.

En consecuencia, **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**, como usted erróneamente reclama.

Sin perjuicio de lo anterior, se le aclara que, si en algún momento se modificase esta situación, se establecerá el procedimiento oportuno y las salvaguardas correspondientes, que actualmente son de todo punto innecesarios.

Lo que se le comunica para su conocimiento y efectos.

Atentamente,

EL GERENTE
P.A. EL DIRECTOR MÉDICO



Fdo: Antonio Mantero Muñoz



N/Ref. AM/gg
Asunto: Objeción de Conciencia IVE

JUNTA DE ANDALUCÍA	
Ramón Páez Ruiz de Angulo	
C/Canales, 16 1-D	
L 20103029002 Málaga	25/11/2010
Registro General	HORA
A.S. Norte de Málaga	13:56:49
Antequera (Málaga)	

Antequera, a 13 de agosto de 2010

En relación con su escrito presentado el 05/08/2010 comunicando su condición de objetor de conciencia en consonancia a lo dispuesto en el art. 19.2 de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, le informo que tal comunicado carece validez práctica para el ejercicio de las funciones que desempeña en el Área Sanitaria Norte de Málaga (ASNM), toda vez que en ninguno de los centros del ASNM se realiza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Se le recuerda que el derecho a la objeción de conciencia que ampara el art. 19.2 de la LO 2/2010, **ampara únicamente a aquellos profesionales que están directamente implicados en la realización de la IVE**, entre los que no se encuentran aquellos profesionales, que como usted, se encuentran adscritos al ASNM, toda vez que el IVE, se reitera, no se realiza en ninguno de los Centros del ASNM.

En consecuencia, **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**, como usted erróneamente reclama.

Sin perjuicio de lo anterior, se le aclara que, si en algún momento se modificase esta situación, se establecerá el procedimiento oportuno y las salvaguardas correspondientes, que actualmente son de todo punto innecesarios.

Lo que se le comunica para su conocimiento y efectos.

Atentamente,

**EL DIRECTOR MÉDICO
ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA**

Fdo: Antonio Mantero Muñoz



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

S A L I D A	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD Servicio Andaluz de Salud
	04 AGO 2010 5526
	Registro General Área Sanitaria Norte de Málaga Málaga

Silvia Montoro Goethe
C/ Agustina Aragón, 31A 1B
Granada 18004

N/Ref. AM/gg

Asunto: Objeción de Conciencia IVE

Antequera, a 27 de julio de 2010

En relación con su escrito presentado el 19/07/2010 comunicando su condición de objetor de conciencia en consonancia a lo dispuesto en el art. 19.2 de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, le informo que tal comunicado carece validez práctica para el ejercicio de las funciones que desempeña en el Área Sanitaria Norte de Málaga (ASNM), toda vez que en ninguno de los centros del ASNM se realiza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Se le recuerda que el derecho a la objeción de conciencia que ampara el art. 19.2 de la LO 2/2010, **ampara únicamente a aquellos profesionales que están directamente implicados en la realización de la IVE**, entre los que no se encuentran aquellos profesionales, que como usted, se encuentran adscritos al ASNM, toda vez que el IVE, se reitera, no se realiza en ninguno de los Centros del ASNM.

En consecuencia, **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**, como usted erróneamente reclama.

Sin perjuicio de lo anterior, se le aclara que, si en algún momento se modificase esta situación, se establecerá el procedimiento oportuno y las salvaguardas correspondientes, que actualmente son de todo punto innecesarios.

Lo que se le comunica para su conocimiento y efectos.

Atentamente,

**EL DIRECTOR MÉDICO
ÁREA SANITARIA NORTE DE MÁLAGA**

Fdo: Antonio Mantero Muñoz

Documento nº 7

Escritos de objeción de conciencia y contestación en el caso de una matrona y un administrativo adscrito a un Centro de Salud.

O F I C I O

S/REF:

N/REF:

FECHA: 13 DE SEPTIEMBRE DE 2010

ASUNTO: SOLICITUD OBJECCIÓN DE CONCIENCIA PARA PRACTICAR I.V.E.

CENTRO DE SALUD CUENCA-3
MATRONA
D^a ALICIA PINEDA MIRAMÓN
Parque S. Fernando, s/n
16004.- CUENCA

REGISTRO GENERAL DE CUENCA SESCAM 8
GERENCIA ATENCION PRIMARIA
REGISTRO GENERAL DE CUENCA
SALIDA 2103947
17-09-2010 08:36:13

En relación con su solicitud de reconocimiento de Objeción de Conciencia para participar en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, conforme a lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva, y la Orden de 21 de junio de 2010 de la Consejería De Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, por la que se establece el procedimiento de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, y CONSIDERANDO:

Primero.

Que el art. 19.2 de la referida Ley Orgánica dispone que 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 menoscabadas 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.

Segundo.

Que el art. 17.1 de la citada Ley Orgánica establece que todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y

acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

Tercero.

Que la Orden de 21 de Junio de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la JCCM, por la que se establece el procedimiento de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, establece en su art. 2 que la misma **será de aplicación a los profesionales sanitarios del Sescam directamente implicados** en la interrupción voluntaria del embarazo que por razones de conciencia manifiesten rechazo o negativa a realizar la intervención de la interrupción voluntaria del embarazo, añadiendo en su art. 3.1. que **son profesionales directamente implicados en una IVE los facultativos especialistas en ginecología y obstetricia, los facultativos especialistas en anestesiología y reanimación, los diplomados en enfermería y las matronas.**

Cuarto.

Que el art. 3.6 de la referida Orden de 21 de junio de 2010 establece que si la solicitud no cumple con los requisitos legales, o ha sido presentada por profesionales que no estén directamente implicados en una IVE, se denegará la inscripción.

HE RESUELTO:

Desestimar su solicitud y **denegar la inscripción** de la declaración en el Registro de Objectores de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, conforme a lo establecido en el art. 3.6 de la Orden de 21 de junio de 2010 ya referida, al entender que Vd. no es una profesional directamente implicada en una IVE, de acuerdo con lo establecido en los arts. 2 y 3.1. de la Orden citada, y en la Ley Orgánica 2/2010.

Contra la presente Resolución, que no agota la vía administrativa, podrá interponerse recurso de alzada ante el Director Gerente del Sescam, en el plazo de un mes desde la notificación, conforme a lo establecido en el art. 3.6 de la Orden de 21 de junio de 2010 ya referida y los arts. 107 y 115 de la Ley 30/1992, de 26 de Noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

El Director - Gerente de Atención Primaria

PD (Resol. De 27/10/2008 sobre delegación de competencias; DOCM 06/11/2008)



Fdo. Félix Castellano Cortinas

SR. DIRECTOR –GERENTE DEL DISTRITO SANITARIO ALJARAFE,
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD,
MAIRENA DEL ALJARAFE (Sevilla)



Sevilla, 04/08/2010

D. José Fernando Pérez Santos, DNI 28.550.361-R, titular de plaza administrativa en propiedad en el SAS desde 1986, se dirige a Ud. para dejar constancia escrita de los hechos siguientes:

1º. Ser objetor de conciencia contra toda forma de homicidio, sea militar o médico, reconocido como tal por el Estado Español mediante documento expedido por el extinto Tribunal Español de la Objeción de Conciencia, formado tras el reconocimiento como derecho humano de la objeción de conciencia por la Constitución española de 1978. Así mismo presenté ante el SAS en junio de 2002 un texto de objeción de conciencia contra cualquier forma de colaboración administrativa con cualquier forma de aborto, fuera directa, indirecta o auxiliar.

2º. Que en fecha 21 de febrero del 2009 tomé posesión de plaza de auxiliar administrativo por traslado al Dispositivo de apoyo del Distrito Sanitario Aljarafe (Boja nº 7 de fecha 13/01/09), dándose la característica de que estas plazas disponibles ofertadas, mas de 52 puestos repartidos en 32 diferentes unidades de trabajo, no pueden tomarse en propiedad para facilitar la movilidad sino que el personal administrativo con plaza en propiedad toma su plaza meramente "en el Distrito". No obstante lo cual se realiza en todos los Distritos un "Concursillo de traslados para auxiliares administrativos propietarios" con carácter interno, aguardándose regularmente a la incorporación previa de todos para publicitar un plazo de admisión de solicitudes y, posteriormente, decidir los puestos en base a antigüedad y puntuación) teniendo derecho por ser la persona de mayor puntuación a elegir entre los mas de 52 puestos ofertados, existiendo entre dichos 52 puestos al menos algunos que nada tenían que ver con los abortos: informática, epidemiología, medio ambiente, personal, etc. Resultando que tras solicitar telefónicamente la sra. Directora de Personal tener una entrevista conmigo y comunicarle yo mi condición de objetor de conciencia frente el aborto al objeto de seleccionar un puesto de trabajo adecuado donde no tuviera conflictos respecto a este asunto, esta me responde que "que raro es ud." y que los puestos que me puede ofertar son los centros de salud de Bormujos y de Gines, dónde, me asegura ella, "no se tramitaban para nada las llamadas ives" (interrupciones voluntarias del embarazo, es decir parricidios), por lo que no tendrá allí ningún problema en ese sentido", según sus palabras. Resultando que Así pues, engañado, y sin permitírseme ejercer mi derecho a participar en el Concurso interno de traslados, me encuentro VIOLENTADO en un lugar DONDE SI SE TRAMITAN ABORTOS habiéndose proporcionado una información totalmente falsa y engañosa,

ya que, según descubro, es precisamente desde los Centros de Salud desde donde se reciben, canalizan y tramitan las solicitudes de aborto así como las PDD y otras formas de planificación familiar abortista, en todo lo cual interviene el trabajador auxiliar administrativo. Descubro así mismo que se ha coaccionado en el pasado a auxiliares administrativos contratados a actuar contra su conciencia bajo amenazas de despido y/o falta grave o expediente en este Distrito Sanitario Aljarafe, y se me informa que el motivo de este engaño es por que el SAS no reconoce al personal administrativo el derecho humano a la objeción de conciencia garantizado por la Constitución Española en su art. 30.2 y objeto de especial protección ya que es susceptible de Recurso de Amparo por el art. 53.2, para todos los ciudadanos sin discriminación alguna, con lo que se violaría además el art. 14 de la misma ("los españoles son iguales ante la Ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social") y que, al parecer, se pretende acabar con las objeciones de conciencia de los administrativos mediante estos procedimientos de amenazas tamizadas, engaños, etc. todo lo cual tiene el aspecto de lo que podría llamarse acoso moral agravado por el objetivo de impedir el ejercicio de un derecho humano reconocido por la Constitución Española.

3º Resumiendo lo antedicho a este caso personal resulta la situación siguiente:

1. Proviendo de un concurso de traslados y poseyendo la mayor puntuación se me impide por la Dirección de Personal mediante engaño el acoplamiento a un puesto de trabajo donde no se trate el aborto, existiendo esos puestos y teniendo derecho a cualquiera de los mismos por mi puntuación superior que me daba acceso a cualquiera de los más de cincuenta puestos ofertados.
2. Debo soportar el acoso de la responsable de planificación familiar y otro personal abortista del Centro de Salud a donde me asignan, así como las estrategias de hostilización y acoso para que me marche. Es incómodo para los abortistas tener un pro-vida entre ellos que les recuerde con su mera presencia que el aborto es un homicidio legalizado.
3. Las gestiones hechas tanto por el director del Centro de Salud como por el sindicato CSIF en el sentido de que se me permitiera pasar a otro puesto de trabajo haciéndose un uso más inteligente de los recursos humanos y resolviéndose una situación conflictiva resultan infructuosas.
4. La situación se agrava con la nueva ley del aborto y las nuevas directrices de personalización de la atención al usuario que convierten documentalmente al auxiliar administrativo en el único responsable identificado de la tramitación de un expediente extra-judicial conducente a la muerte de un ser humano inocente.

4º Ante esta situación agravada reitero que el puesto de trabajo no es el adecuado para mí y es incompatible con mi ética, que no puedo colaborar por razón

de mi conciencia moral con facilitar abortos, ni píldoras abortivas, ni PDD, ni métodos abortivos de planificación familiar teniendo para mi la vida un valor sagrado. Declaro mi acuerdo y conformidad con la "Declaración Madrid" (17/03/2009) firmada por varios miles de catedráticos, profesores, académicos y especialistas y redactada por el catedrático de genética de la Universidad de Alcalá Dr. Juvé de la Barreda: "Existe sobrada evidencia científica de que la vida empieza en el momento de la fecundación....El embrión y el feto son las primeras fases del desarrollo de un nuevo ser humano y en el claustro materno no forman parte de la sustantividad ni de ningún órgano de la madre, aunque dependa de esta para su propio desarrollo....El aborto es un drama con dos víctimas: una muere y la otra sufre a diario las consecuencias de una decisión dramática e irreparable..... (la)nueva ley legitima un acto violento para el no nacido y para su madre". "Es una verdad tan clara como el día que el aborto es un crimen"(M-K.Gandhi). Manifiesto, así mismo, mi acuerdo con la premio Nobel de la Paz Teresa de Calcuta: " El aborto es el acto más diabólico que puede cometer el hombre.....socava las bases de la paz mundial.....porque si una madre es capaz de destruir a su propio hijo, ¿qué me impide matarte?¿qué te impide matarme?El aborto es un homicidio en el vientre de la madre. Creo que si los países ricos permiten el aborto, son los más pobres y necesitan que recemos por ellos porque han legalizado el homicidio". Julian Marias el prestigioso filósofo español, discípulo de Ortega y Gasset ha dejado escrito: "A veces se usa una expresión de profunda hipocresía para denominar el aborto provocado, se dice que es la "interrupción voluntaria del embarazo". Los partidarios de la pena de muerte tienen resueltas sus dificultades: la horca o el garrote pueden llamarse ahora interrupción de la respiración.....Cuando se provoca el aborto o se ahorca, se mata a alguien.....La aceptación social del aborto es, sin excepción, lo mas grave que ha acontecido en este siglo". "He sido un asesino en serie" (Dr. Bernard Nathanson, pionero del aborto en los Estados Unidos, conocido como el "rey del aborto", autor de "El grito silencioso" y de otros videos y libros donde se arrepiente amargamente de los abortos que realizó). No es esta pues una cuestión menor y, tal vez, en un futuro se celebre en alguna ciudad española un Juicio similar al celebrado en la ciudad alemana de Nüremberg donde se busquen los responsables de la muerte de un millón y medio de españoles abortados hasta la fecha, un número muy superior al de los crímenes médicos cometidos por los nazis en Alemania.

5º Pongo así mismo en su conocimiento el comunicado de la Asociación Nacional para la Defensa de la Objeción de Conciencia (ANDOC) quien ha asumido apoyar jurídicamente a todo profesional de los Servicios Sanitarios, no solo a médicos y enfermeros sino también a auxiliares administrativos y personal de servicios que objetan ante la nueva ley del aborto. Por mi parte, debo asumir en un esfuerzo de buena voluntad que si Udes. persisten en mantenerme en el puesto de trabajo inadecuado no debe ser por pisotear la ética del trabajador y mantenerlo bajo acoso psicológico/moral sino porque me dan licencia para que intente salvar a las víctimas mediante la información adecuada para ello, obrando en conformidad con mi ética pro-vida y firmando mi deber y derecho ético, en conciencia, de dar una información ajustada a los hechos (véanse los trabajos de los catedráticos de genética Nombela y

Joubert sobre la naturaleza humana del embrión desde el momento mismo de la concepción o el notable trabajo de la profesora Natalia López Moratalla, "*Los Primeros Quince Días de la Vida Humana*" (2004) finalmente expresar mi negativa innegociable a colaborar burocrática o administrativamente en la facilitación del aborto y que no tramitaré ni uno solo de estos casos conducentes al homicidio abortista, bajo ningunas circunstancias ni por más presiones ni más amenazas abiertas ni camufladas. Antes estoy dispuesto a perder el trabajo que a colaborar con un solo homicidio de un inocente. No puedo pues y me niego, por razón de conciencia, a dar información conducente o facilitadora del abominable parricidio contra una criatura humana concebida, sea informando de los trámites burocráticos previos o dirigiéndola hacia otra persona que se los facilite hacia el mismo fin, es decir, el exterminio de un ser humano en formación.

Sevilla, 4 de Agosto de 2010



Fdo: José Fernando Pérez Santos, DNI 28.550.361



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

*Recibido
el 06/10/10*

R 2-x

SALIDA	JUNTA DE ANDALUCÍA CONSEJERÍA DE SALUD
	23 SET. 2010
	789 Mairena del Aljarafe (Sevilla)

Fecha: Mairena, 23 de septiembre de 2010
N/Ref.: JMPP/MDPV/as
Asunto: NOTIFICACIÓN RESOLUCIÓN

D. JOSE FERNANDO PEREZ SANTOS
C/ MADRE MARIA TERESA, 9
41005 SEVILLA

Adjunto se remite resolución de la Dirección Gerencia del Distrito Aljarafe, en relación a su escrito de petición.

LA DIRECTORA DE G.E. Y DESARROLLO
PROFESIONAL

[Handwritten Signature]

Fdo.: Dolores Picón Valero



D. José M^a Páez Pinto, Director Gerente del Distrito Sanitario Aljarafe, visto el escrito de D. José Fernando Pérez Santos, con DNI N^o 28.550.361 R, de fecha 18 de agosto de 2010 en el Registro del Distrito Sanitario Aljarafe.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- D. José Fernando Pérez Santos, presta servicio en el Dispositivo de Apoyo del Distrito Sanitario Aljarafe como Auxiliar Administrativo, en el Consultorio de Bormujos, procedente de concurso de traslado, tomando posesión el 21 de febrero de 2009.

SEGUNDO.- Que mediante el referido escrito, el dicente viene a formular petición a esta Dirección Gerencia manifestando que se le asignó un puesto de trabajo contrario al solicitado y que el mismo es incompatible con su ética moral al realizar tareas que facilitan tramites de abortos, y otras formas de planificación familiar abortista.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

- 1.- Esta Dirección es competente en base a la delegación de competencias de la Dirección General de Personal y Desarrollo Profesional del S.A.S., por Resolución de 18 de enero de 2.007.
- 2.- El artículo 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo, dispone que los **profesionales sanitarios directamente implicados en la Interrupción Voluntaria del Embarazo**, tendrán el derecho a ejercer la Objeción de conciencia. Por tanto establece el ámbito de aplicación especialmente para este tipo de profesionales, quedando por tanto excluido de este derecho el resto de categorías que forman parte del sistema sanitario.
- 3.- Por otro lado, el procedimiento de Interrupción Voluntaria del Embarazo, no se lleva a cabo en los Distrito de Atención Primaria, y menos aún en el Centro de Salud de Bormujos, por ello desde el respeto más escrupuloso al derecho de los profesionales sanitarios de ejercer la objeción de conciencia en los supuestos que determina el art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010, no cabe sino señalar que si en algún momento se modificase esta situación, se establecería el procedimiento oportuno y las salvaguardas correspondientes, que actualmente son de todo punto innecesarias.
- 4.- Con respecto a la argumentación en la validez del proceso de acoplamiento, al que el dicente hace referencia, comunicamos, que resuelto definitivamente el concurso de traslado (BOJA n^o 7 de 13/01/09), y sin que se pudiese dilatar mas en el tiempo, fueron convocados los candidatos el día 18 de febrero, a fin de concursar en el acoplamiento interno en la adjudicación de plazas vacantes en el Dispositivo de Apoyo, acoplamiento al que no concurrió el dicente por motivo de encontrarse de baja laboral desde el 27 de junio de 2008.



Incorporado, tomo posesión de su plaza el 21 de febrero de 2009 en el Dispositivo de Apoyo, y se le ofreció varios centros de salud donde existían plazas vacantes. D. José Fernando Pérez eligió libremente el Consultorio de Bormujos, considerando por tanto que desde este Distrito, se realizó un proceso legal, consensuado y acorde para la organización asistencial de todos los centros.

Por lo que se **RESUELVE**

Desestimar las peticiones realizadas en su solicitud de fecha 18 de agosto de 2010.

Contra la presente Resolución que agota la vía administrativa, se podrá interponer bien recurso potestativo de reposición ante este mismo órgano en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente al de notificación o bien deducir directamente recurso contencioso administrativo ante el Juzgado competente en el plazo de dos meses a contar desde el día siguiente al de notificación.

En Mairena del Aljarafe a 22 de septiembre de 2010

EL DIRECTOR GERENTE

Fdo.: José M^a Páez Pinto



Documento nº 8

comunicación de objeción de conciencia a algunas prácticas de
diagnóstico prenatal

A LA GERENCIA DEL AREA SANITARIA DEL CAMPO DE GIBRALTAR
Esteban Rodríguez Martín , con DNI: 31.336.330 y colegiado nº 7933 del Ilustre Colegio de médicos de Cádiz como médico especialista en ginecología adscrito al Hospital Punta de Europa de Algeciras , como mejor proceda

EXPONE:

Que mediante el presente escrito, **en cumplimiento del artículo 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010 de 3 marzo** de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria de embarazo.(LSSRIVE) **que como requisito para el ejercicio del derecho fundamental** a la objeción de conciencia, reconocido en el artículo 16 de la Constitución Española, el 26 del Código de Ética y Deontología Médica, el 18 de la Declaración Universal de derechos Humanos, el 9 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, **impone la obligación de su “manifestación anticipada y por escrito” a los profesionales sanitarios “directamente implicados”** vengo a “comunicar anticipadamente y por escrito” mi condición de OBJETOR DE CONCIENCIA POR DEBER DEONTOLOGICO a **implicarme directamente** como médico **en cualquier fase de los procesos** relacionados con interrupciones de embarazos con la intención de causar la muerte de un ser humano(IVE ó ILE-PACAC)

FUNDAMENTACIÓN DEONTOLOGICA DE LA OBJECION

1: Mi objeción a implicarme directamente en cualquier fase del proceso que conduce a acabar con la vida de un ser humano - como la denominada IVE- está motivada, con independencia de razones religiosas, ideológicas o políticas, **en base a razones estrictamente científicas y deontológicas** que como médico tengo la obligación y la vocación de cumplir.

Nuestro Código de Ética y Deontología Médica establece:

- *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)*

Lo cual significa que si al ser humano embriofetal hay que tratarlo con las mismas directrices éticas que a cualquier otro paciente y, a ningún paciente le podemos provocar intencionadamente la muerte, ni siquiera ante petición expresa por su parte, tampoco podremos provocar intencionadamente la muerte del ser humano embriofetal, ni siquiera ante la petición expresa de sus progenitores.

Por los mismos fundamentos deontológicos tampoco podremos colaborar en un programa oficial de cribados de enfermedades prenatales concebido para que una de sus utilidades sea poder acabar con la vida de un ser humano embriofetal enfermo. Tal es la concepción del PACAC (Programa Andaluz de Cribados de Anomalías Congénitas que está facilitando que se esté causando intencionadamente la muerte de los niños que nacerían con el SD. De Down o cualquier otro defecto, anomalía, discapacidad o enfermedad.(En concreto en nuestro hospital, gracias a la implantación del PACAC , no ha nacido ni un solo niño con el Sd Down cuando se ha diagnosticado prenatalmente, el 100% han sido ejecutados, también se han abortado niños

por haberles sido diagnosticado un labio leporino y la ausencia congénita de una mano, así como cardiopatías tratables como la tetralogía de Fallot.)

- *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)*

Es contrario a la deontológica participar en un programa de diagnóstico que no respeta la vida humana y la dignidad de la persona humana en la fase embriofetal de su vida, a la que hay que tratar con las mismas directrices éticas que a cualquier otra, y abdica de su deber de intentar siempre la curación o mejoría del paciente y cuando no es posible propone su muerte intencionada a través de una ILE.

Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud

Si violara los preceptos deontológicos citados por acatar la recurrida nueva ley de aborto estaría violando otra ley anterior que me lo impide como un deber; la 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 que 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***

Pues bien, **los principios deontológicos aplicables son los que establece el Código Deontológico** de mi profesión, (no un político, ni un gestor del sistema sanitario, que si es médico también está obligado a cumplir los deberes que impone) en los artículos antes citados, al que tengo el deseo de seguir siendo fiel reiterando lo que en su día juré públicamente y que constituye un deber cuyo incumplimiento podría ser sancionado:

- *. 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)***
- *. El incumplimiento de alguna de las normas de este Código supone incurrir en falta disciplinaria tipificada en los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial, cuya corrección se hará a través del procedimiento normativo en ellos establecido (Art 2.2)*

Con respecto a causar la muerte a una persona en la fase de su vida embriofetal mediante el proceso denominado políticamente IVE, que se hace en base supuestos de derecho positivo al margen de la deontología, el colegio de médicos renuncia a su sanción sin considerarlo un acto médico según se establece en el Art. 23.1 y reafirmando que el médico es un servidor de la vida humana.

- ***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.

Que el colegio renuncie a la sanción que merece quien viole los deberes deontológicos no lo convierte en un acto acorde a la deontología y por tanto nunca se puede obligar o presionar a un médico para que sea cómplice en procesos que pueden conducir a la muerte intencionada de un ser humano, ni por una ley estatal, ni por una directriz hospitalaria o de una sociedad científica, ni por la exigencia de ningún usuario del sistema sanitario.

Por otro lado, sabemos que un aborto intencionado supone un trauma para la mujer. Trauma que puede dejar graves secuelas tanto para su salud sexual, como para su salud mental y condicionar su futuro reproductor. Pues en base al **Principio Deontológico de No Maleficencia** (no causar daño) tampoco puedo colaborar en un proceso que supone un trauma y que afecta negativamente a la salud de la mujer.

- *El médico **nunca perjudicará intencionadamente al paciente** ni le atenderá con negligencia. Evitará también cualquier demora injustificada en su asistencia (Art 4.4)*
- *Si el paciente exigiera del médico un procedimiento que éste, **por razones científicas o éticas**, juzga inadecuado o inaceptable, el médico, tras informarle debidamente, queda dispensado de actuar (Art . 9.3)*

Así mismo, por razones científicas y éticas, juzgo inadecuadas las mutilaciones del aparato reproductor exigidas al médico, ya se trate del clítoris o de las trompas de Falopio. Y, por las mismas razones éticas y científicas, juzgo inadecuadas técnicas médicas que no respetan la dignidad y la vida de los seres humanos embrionarios como; los métodos contraceptivos que pueden causar la muerte antes de la implantación, (los dispositivos intrauterinos y píldoras postcoitales) y los métodos reproductivos que incluyen la manipulación, congelación, compra-venta, selección eugenésica y producción artificial de embriones humanos. Y ello amparado también en los principios deontológicos de mi profesión establecidos en el Art. 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: Habiendo fundamentado que acabar con la vida de un ser humano, por joven que esta sea y más aun cuando no se debe a una indicación médica sino político social, es contrario a la deontología y la ética médica y que por tanto **no es un acto médico**, con el que un licenciado en medicina esté deontológicamente legitimado en cooperar, procede fundamentar que este “proceso paramédico” **tampoco es un acto único**.

Cuando se interrumpa un embarazo sin intención de que el niño en gestación muera, como ocurre cuando se interrumpe voluntariamente un embarazo mediante la inducción de un parto, se desarrolla todo un procedimiento que **incluye diferentes actos y fases e implica directamente a varios profesionales** como se establece en las Normas de Calidad incluidas en el Contrato Programa Consejería S.A.S 2002 ... ARQUITECTURA DE **PROCESOS NIVEL 3. Proceso Embarazo, Parto y Puerperio. ...**

De igual manera cuando el objetivo de la interrupción del embarazo no es obtener un recién nacido vivo sino muerto, (IVE-ILE) se trata de un PROCESO que se desarrolla en fases en las que los distintos profesionales **directamente implicados** deben cooperar necesariamente desde que una usuaria accede al sistema sanitario, contacta con el médico de primaria o de urgencias, se le entrega el sobre cerrado que implica directamente al profesional sanitario al constituir un requisito legal para poder acceder a un aborto sin indicación médica, se tramita la solicitud de aborto, se gestionan los trámites burocráticos y administrativos, es derivada al especialista al que, se da la orden de ingreso, se realiza el estudio preoperatorio, se programa el acto quirúrgico, se traslada a la mesa de quirófano, se efectúa la extracción instrumental del ser humano fetal, supera el postoperatorio y es dada el alta hospitalaria. En los abortos por malformación, anomalía o enfermedad fetal, el proceso incluye el paso previo por las distintas fases del programa andaluz de anomalías congénitas en la semana 12 y 20 de la gestación.

3: Asimismo deseo dejar constancia de la absoluta reserva y la especial protección de que goza esta declaración, de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, especialmente en sus artículos 6 y 7.

POR LO EXPUESTO:

Solicito tenga por hechas las anteriores manifestaciones en previsión de posibles reclamaciones, denuncias, expedientes disciplinarios o discriminación laboral y tenga por formulada mi condición de **objeto** de conciencia POR MOTIVOS ESTRICTAMENTE DEONTOLOGICOS, **a implicarme directamente en cualquier acto paramédico orientado a facilitar o promover la muerte intencionada de un ser humano, sano o enfermo, tanto en la fase consultiva, como en la preparatoria como en la ejecutiva.**

En Algeciras, a 10 de Julio de 2010.

Firmado: