

## sociedad

### Los colegios médicos se ofrecen a regular la objeción a practicar abortos

E. DE B., Madrid

Al Ministerio de Sanidad le ha salido un aliado a la hora de regular la objeción de conciencia de los médicos ante el aborto. Ayer, en la subcomisión creada en el Congreso para estudiar una posible modificación de la regulación de la interrupción del embarazo, el presidente de la Comisión de Deontología del Consejo General de Colegios de Médicos, Rogelio Altisent, propuso que fueran los colegios profesionales los que llevaran a cabo el "proceso de validación" de los afiliados que quieran objetar.

Los encargados de tener un registro de estos profesionales serían los centros sanitarios, una vez que el médico hubiera acreditado su voluntad de objetar. La postura es un cambio frente a la inicial, cuando los colegios rechazaron el "intervencionismo" del Estado.

# **SUBCOMISIÓN DEL CONGRESO DE LOS DIPUTADOS PARA EL ESTUDIO DE LA LEGISLACIÓN EN MATERIA DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO**

---

Comparecencia en representación de la  
Organización Médica Colegial de España

**Dr. Rogelio Altisent Trota**

Presidente de la Comisión Central de Deontología  
del Consejo General de Colegios de Médicos

Madrid, 12 de diciembre de 2008

---

Comparezco ante sus Señorías en representación de la Organización Médica Colegial, para aportar algunos elementos de juicio al estudio que realiza esta Subcomisión sobre la aplicación de la legislación en relación con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Deseo en primer lugar expresar el agradecimiento de mi organización por la oportunidad que se nos brinda de contribuir a ofrecerles una perspectiva profesional, que a todas luces parece muy conveniente en el tema que nos ocupa.

La sociología nos muestra que para cualquier persona es difícil mantener una posición de neutralidad ante los dilemas éticos que plantea la interrupción voluntaria del embarazo. La cuestión tiene fuertes implicaciones éticas y emocionales, ya sea en defensa del ser humano en la fase de vida prenatal, ya sea en favor de la mujer, que en dramáticas circunstancias se plantea interrumpir su embarazo.

Pero además, para un profesional de la medicina, la formación de un criterio personal al respecto tiene ineludibles derivaciones sociales, en la medida que se puede ver implicado en esta cuestión de diferentes modos y en función de su especialidad médica, a la hora de recibir una solicitud, la petición de consejo o de ayuda, o ante la intervención en alguna fase material de la práctica de un aborto. Es por ello un tema clásico en el ámbito académico de la ética médica donde son tres las preguntas decisivas que se nos plantean: ¿cuándo comienza la vida de un ser humano?, ¿qué valor tiene la vida humana en fase prenatal?, y en consecuencia ¿qué protección merece esta vida?

Nos interesa la primera pregunta sobre cuándo comienza la biografía de un ser humano, porque para el profesional de la medicina significa que entra en

escena un nuevo paciente, y cuya respuesta iremos a buscar en la ciencia biológica.

De la segunda pregunta acerca del valor que reconocemos a esta nueva vida humana en su fase prenatal se ocupa la ética filosófica: es la compleja cuestión en torno a la dignidad humana y el debatido conflicto entre valores cuando entra en juego, por ejemplo, la salud de la madre, sus circunstancias, o su voluntad.

Por último, la tercera pregunta sobre la protección social que merece esta nueva vida cuando entra en conflicto con los intereses de la madre, corresponde al ámbito del Derecho, es decir al ordenamiento legal, lo cual constituye, según se nos ha transmitido, el principal interés de esta Subcomisión.

Entendemos, por tanto, que la naturaleza de esta comparecencia requiere dejar a un lado, las cuestiones científicas y las relacionadas con el debate filosófico, para centrarnos directamente en el análisis del escenario legal de la interrupción voluntaria del embarazo desde la perspectiva de la profesión médica. Dada la necesaria brevedad de esta intervención hemos seleccionado tres puntos para realizar unos comentarios desde el enfoque del ejercicio de la medicina y desde la responsabilidad que los Colegios de Médicos como entidades de derecho público tienen encomendada por la sociedad en la autorregulación de la profesión.

### ***1. Sobre el consentimiento informado en casos de petición de interrupción voluntaria del embarazo.***

En las últimas décadas el respeto a la autonomía del paciente ha pasado a situarse en la médula del ejercicio de la medicina, de tal manera que en los países occidentales disponemos de normas jurídicas muy precisas y detalladas para garantizar el respeto a la autonomía personal mediante el reconocimiento del derecho de los pacientes al adecuado consentimiento informado (CI).

Desde hace seis años en España contamos con la Ley 41/2002, que solemos denominar como “Ley de autonomía del Paciente”, en cuyo Art. 8 se establece que *“Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista, haya valorado las opciones propias de cada caso”*. La información, como se dice en el Art. 4, *“comprenderá como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”*. Pues bien, tenemos la clara percepción de que en este terreno la aplicación del CI a la interrupción voluntaria del embarazo está siendo en bastantes casos deficiente.

En cuanto a la información recibida son numerosos los testimonios de mujeres que han manifestado haber recibido una información muy pobre. Pero

el CI no es solo la información, también supone una conformidad libre, voluntaria y consciente. Cuando en el caso de un embarazo no deseado se baraja la opción de recurrir al aborto esto exige ofrecer alternativas y apoyo social para que la madre pueda elegir libremente, sin coacciones. Tenemos evidencia de que a menudo falla este proceso, de tal modo que incluso algunos casos de IVE enmascaran situaciones de violencia de género o coacciones familiares que generan una presión tal que invalidaría la validez ética y legal del consentimiento si se explorara con un poco de atención.

En el caso de la IVE el CI debe contar con la firma de un documento escrito tal como establece la ley, pero esta formalidad por sí sola no está ofreciendo suficientes garantías del proceso. Por ello, proponemos que se elabore un **protocolo de consentimiento informado que ofrezca garantías sobre su validez y el respeto a la autonomía de la mujer (PROPUESTA 1)**. Este procedimiento debería asegurar al menos tres aspectos:

- (a) La obligación de dar información sobre la naturaleza de la intervención y los riesgos físicos y psíquicos implicados, de acuerdo con la literatura científica actualizada. Precisamente se acaba de publicar un importante estudio en el *British Journal of Psychiatry* del 1 de diciembre de 2008, con un seguimiento de 30 años, según el cual no hay ninguna evidencia de que abortar reduzca los riesgos en salud mental de mujeres con embarazos no deseados, lo cual es muy significativo pues en España el 90% de los abortos se autorizan por riesgo para la salud mental de la madre, y sobre esto hay que dar la adecuada información a la mujer y a la sociedad.
- (b) La obligatoriedad de un periodo de reflexión que permita la maduración de la decisión y garantice un asesoramiento plural.
- (c) La oferta de ayudas sociales para el caso de que la mujer opte por continuar con el embarazo.

Sobre este último aspecto, desde la perspectiva que nos ofrecen las consultas médicas observamos que no existen, o que al menos no nos llega información sobre ayudas públicas dirigidas a mujeres gestantes con dificultades. Del mismo modo que con la Ley de Dependencia podemos acudir o remitir al paciente necesitado para que en los servicios de trabajo social se pueda informar y facilitar el acceso a las ayudas disponibles, que van a ser determinantes en el cuidado de un paciente, ante el caso de una mujer embarazada no se dispone de ayudas para facilitar una decisión auténticamente libre, que solo será creíble si se complementa con información previa sobre alternativas a la siempre traumática intervención que supone la interrupción de un embarazo. Nos debería avergonzar que en España una mujer opte por el aborto por falta de apoyo social o económico.

## **2. Sobre la vigilancia en el cumplimiento de la ley**

En los dos últimos años en España se han realizado investigaciones policiales con detenciones por sospecha fundada de delitos de aborto en varias clínicas privadas, donde además se ha conocido el hallazgo de certificados médicos firmados en blanco, con el objeto de burlar los supuestos establecidos para la despenalización del aborto en la legislación española.

Con independencia de las consecuencias penales que se deriven para aquellos médicos que hayan podido cometer delitos de aborto y de sus correspondientes sanciones deontológicas por este motivo, conviene recordar que la firma de un certificado en blanco o que falte a la verdad, por parte de un médico colegiado, constituye una grave infracción del Código de Ética y Deontología Médica (Art. 11), estando así tipificado en los estatutos de la OMC con sanciones de suspensión de colegiación.

Se ha argumentado que estos casos son una muestra evidente del fracaso de la vigente regulación de la IVE. Sin embargo una valoración objetiva de los hechos acontecidos obliga a concluir que el problema ha sido fundamentalmente de falta de vigilancia en la aplicación de la ley. Se ha llegado a decir que una ley de plazos hubiera minimizado estos problemas, pero hay razones para pensar que sería más bien al contrario, pues no es difícil imaginar que un médico dispuesto a firmar un certificado falso o en blanco para dar cobertura a uno de los actuales supuestos de penalización, tendría pocos escrúpulos para certificar en falso sobre el tiempo de gestación.

Por tanto, consideramos imprescindible articular un sistema de vigilancia que garantice el cumplimiento de la Ley, algo que actualmente no está funcionando y que contribuye al deterioro de la confianza de la sociedad en sus instituciones.

A raíz de estos casos de amplia difusión en los medios internacionales hemos tenido que atender consultas de otros países cuya Fiscalía ha realizado actuaciones por delito de abortos realizados en España por mujeres de esos países, a pesar de que sus propias legislaciones son más permisivas que la nuestra. Nos preocupa, por tanto, la imagen internacional que estamos ofreciendo en estos momentos.

Por otra parte, y respecto a la competencia en la vigilancia deontológica que nos corresponde a los colegios profesionales, hemos de admitir que nuestros medios son limitados. En este sentido deseamos hacer una propuesta para **articular un procedimiento de cooperación entre la esfera deontológica de los colegios de médicos y el ámbito judicial para mejorar la vigilancia de la ley y de los preceptos deontológicos en esta materia (PROPUESTA 2).**

Rogamos encarecidamente que en el informe de esta Subcomisión se tome en consideración esta propuesta.

### **3. Sobre la objeción de conciencia de los profesionales de la medicina**

El Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) de la OMC establece que *“al ser humano embrio-fetal se le debe tratar con las mismas directivas éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que se aplica a los demás pacientes”* (Art. 24). A raíz de la Ley de Despenalización del Aborto de 1985 el CEDM estableció en su Art. 23 que *“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 sancionado estatutariamente”*.

Por otro lado en lo que se refiere a la objeción de conciencia (OC) nuestro código establece claramente este derecho del médico en varios artículos (9.3, 26.1, 26.2) en concordancia con la doctrina constitucional de la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985.

Somos conscientes de que la figura de la objeción de conciencia puede generar algunas controversias. Por ejemplo si se diera el caso de que un médico hiciera OC para intervenir en la práctica de una IVE en la sanidad pública y luego no fuera coherente con esta posición en la práctica privada. Cuando alguna autoridad sanitaria ha planteado esta situación hemos declarado reiteradamente que si llega a su conocimiento algún caso de este tipo tienen obligación de realizar la pertinente denuncia ante el Colegio de Médicos, donde se han propuesto las más duras sanciones tal como establece una Declaración de la Comisión Central de Deontología, porque *“tal conducta sería signo de doblez moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría que es el afán de lucro el móvil esencial de su comportamiento”*.

Por otro lado también entendemos que ni el Estado ni el gobernante puede admitir o soportar que haya personas eximidas de obedecer la ley sin que exista algún tipo de reconocimiento de quien plantea la OC. Por esta razón ante aquellos casos en los que el médico se viera ante el imperativo legal de realizar una intervención sanitaria que choque contra sus convicciones estamos preparando un protocolo de validación deontológica de los casos de auténtica OC, evitando así la confusión, el abuso o la trivialización de un asunto que tiene un enorme significado para las personas.

Esta es nuestra última propuesta: un **proceso de validación de la OC que sea reconocido por la autoridad sanitaria (PROPUESTA 3)**, de tal modo que se supeditaría la dispensa de la obligación legal al dictamen del

colegio profesional, realizado tras una evaluación de la sinceridad y la consistencia de la posición expuesta por el colegiado que desea ejercer la OC.

El Colegio, por tanto, realizaría el registro de los colegiados que planteando ejercer la OC han recibido la validación de su corporación. El médico deberá inmediatamente comunicar su condición de objetor al inmediato superior del servicio sanitario, con el fin de arbitrar las medidas organizativas que sean necesarias para garantizar la asistencia a la que la autoridad sanitaria se ha comprometido.

Estos registros serán tratados según la doctrina del confidente necesario, de manera que no pueden ser conocidos por quien no necesite acceder a la identidad del objetor; por tanto no tendría ninguna lógica la existencia o el acceso a registros nominales por encima de los correspondientes servicios asistenciales.

Consolidar este proceso de manera sistemática tendría un interesante efecto de reflexión tanto para los médicos como para la administración sanitaria. Los casos de falsa OC se reconducirían y los auténticos entrarían en unos cauces de anticipación, transparencia e información. Esto redundaría en beneficio de los ciudadanos que de este modo se evitarían situaciones conflictivas, y de los médicos, que se sentirían perfectamente integrados en una cultura corporativa respetuosa con las diferentes sensibilidades éticas. El mayor inconveniente será que la administración sanitaria, pública o privada, deberá arbitrar medios organizativos para reconducir la asistencia sanitaria que un médico objetor dejaría de prestar, quien por otro lado debería realizar para su institución una tarea equivalente que permita equilibrar las cargas de trabajo.

El reconocimiento de la OC en las profesiones sanitarias mediante un proceso de validación encomendado a los colegios profesionales es plenamente coherente con la cultura política de las modernas democracias constitucionales, que tienen en la mediación ante la pluralidad, una de sus funciones esenciales para la consecución de una convivencia armónica, donde el balance de los derechos de las personas resulta decisivo.