

# LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA AL ABORTO Y EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

## CONSCIOUS OBJECTION TO ABORTION AND THE PUBLIC HEALTH SYSTEM

MARÍA JOSÉ PAREJO GUZMÁN  
*Universidad Pablo de Olavide, de Sevilla*

[https://doi.org/10.55104/ADEE\\_00021](https://doi.org/10.55104/ADEE_00021)

Recibido: 16/02/2024

Aceptado: 18/02/2024

**Abstract:** The hypothesis proposed in this research is that there are aspects of conscientious objection to abortion that, as they are not sufficiently regulated, represent a serious obstacle to women's access to voluntary interruption of pregnancy with full guarantees within the Public System of health. The intention underlying our study is to make theoretical contributions that can serve as a basis for a correct regulation of conscientious objection, with the ultimate goal of effectively providing full guarantees within the Public Health System for a health service that is being implemented, configuring as a fundamental right, such as the voluntary interruption of pregnancy. Without a doubt, addressing this issue seems like a collective need and a question of human rights, since it directly affects the citizenship status of women. In short, research into the issues addressed here is key to contributing to the democratic quality of our country

**Keywords:** abortion, voluntary interruption of pregnancy, conscientious objection, ideological and religious freedom, Constitutional Court

**Resumen:** La hipótesis que se plantea en esta investigación es que existen aspectos de la objeción de conciencia al aborto que, al no estar suficientemente regulados, suponen un grave obstáculo para el acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo con plenas garantías dentro del Sistema

Público de Salud. La intención que subyace en nuestro estudio es realizar aportaciones teóricas que puedan servir de base a una correcta regulación de la objeción de conciencia, con el fin último de dotar de manera efectiva de plenas garantías dentro del Sistema Público de Salud una prestación sanitaria que se está configurando como un derecho fundamental, como es la interrupción voluntaria del embarazo. Sin lugar a dudas, abordar este asunto se antoja como una necesidad colectiva y una cuestión de derechos humanos, por cuanto afecta de manera directa a la condición de ciudadanía de las mujeres. En definitiva, la investigación en torno a las cuestiones que aquí se abordan es clave para contribuir a la calidad democrática de nuestro país.

**Palabras clave:** aborto, interrupción voluntaria del embarazo, objeción de conciencia, libertad ideológica y religiosa, Tribunal Constitucional.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Contexto. 2.1 Evolución histórica y normativa del aborto en España. 2.2 Origen y evolución de la objeción de conciencia: de la objeción de conciencia al servicio militar a la objeción de conciencia al aborto. 2.3 Regulación actual del aborto y la objeción de conciencia al aborto: la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. 3. Análisis y discusión de los datos. 4. Conclusiones. 5. Bibliografía.

## 1. INTRODUCCIÓN

El derecho al aborto, con base en los principios de libertad, seguridad y gratuidad, ha sido y sigue siendo hoy día la principal reivindicación de las mujeres en todo el mundo, además de ser el punto de unión histórico e ideológico de las luchas feministas, pues encuentra su fundamento en algo tan básico para la democracia y la condición de ciudadanía como es la autonomía corporal de las mujeres.

En España, la configuración del aborto como un derecho no se produjo hasta el año 2010, pero su recorrido hasta entonces y tras su reconocimiento no ha estado exento de controversia, debido a los debates éticos y morales, pero sobre todo religiosos, que se han planteado desde algunos estratos sociales, por entenderlo contrario al derecho a la vida. Como consecuencia de estas posiciones contrarias al aborto, se terminó aceptando en España la posibilidad de que los profesionales sanitarios puedan negarse a llevar a cabo interrupciones del

embarazo por cuestiones religiosas o morales, en el seno del preexistente derecho a la objeción de conciencia.

En los últimos años, las numerosas barreras administrativas, temporales y geográficas a las que las mujeres se vienen enfrentando cuando deciden interrumpir voluntariamente su embarazo, han hecho patente la realidad del aborto en España: se trata de una prestación sanitaria incluida dentro de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, configurada además como un derecho con claros reflejos constitucionales, pero cuya cobertura no tiene cabida directamente en los centros de la sanidad pública, sino que se encuentra mayormente derivada a centros extra hospitalarios privados. Tras esta realidad subyacen cuestiones sin el debido tratamiento político ni legislativo cuya identificación es el principal objetivo de este trabajo.

En nuestro trabajo analizaremos la interrelación entre derecho al aborto y el derecho a la objeción de conciencia, y lo haremos partiendo de dos preguntas de investigación básicas: en primer lugar ¿existe un marco legal que garantice el derecho de las mujeres a abortar dentro del Sistema Público de Salud? y, en segundo lugar, ¿de qué manera la configuración actual del derecho a la objeción de conciencia supone un obstáculo a esas garantías?

Del planteamiento de estas preguntas surge la hipótesis que sirve como punto de partida y cuya verificación motiva la realización de este estudio: existen aspectos de la objeción de conciencia al aborto que, al no estar suficientemente regulados, dificultan el acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo con plenas garantías dentro del Sistema Público de Salud.

Los informes del Ministerio de Sanidad nos ofrecen anticipadamente algunas pistas sobre la incapacidad del sistema público de salud de dar cabida a las interrupciones voluntarias del embarazo que tienen lugar en nuestro territorio y, consecuentemente, la incapacidad política y legislativa de dotar de máximas garantías a esa prestación indudablemente reconocida como un derecho.

Abordar este asunto es una necesidad colectiva y una cuestión de derechos humanos, por cuanto afecta de manera directa a la condición de ciudadanía de las mujeres, y la investigación en torno a las cuestiones que aquí se abordan es clave para contribuir a la calidad democrática de nuestro país.

De esta forma, la intención de este trabajo es realizar aportaciones teóricas que puedan servir de base a una correcta regulación de la objeción de conciencia, con el fin último de dotar de manera efectiva de plenas garantías dentro del Sistema Público de Salud una prestación sanitaria que se está configurando como un derecho fundamental, como es la interrupción voluntaria del embarazo.

## 2. CONTEXTO

Con la intención de lograr una mejor comprensión de la actual situación legislativa y socio-política relativa al aborto y la objeción de conciencia, es imprescindible realizar un recorrido histórico a través de su regulación y de la jurisprudencia relacionada. Esta información es clave para comprender el sentido evolutivo de estas figuras jurídicas y para apreciar las virtudes, pero sobre todo las carencias, de la configuración actual.

### 2.1 Evolución histórica y normativa del aborto en España

#### 2.1.1 *La II República*

El Decreto de Presidencia de la Generalitat de Catalunya de 25 de diciembre de 1936<sup>1</sup> fue la primera norma que reguló el aborto en España. Su creación fue impulsada por el doctor Félix Martín Ibáñez, integrante anarquista de la CNT nombrado director general del Ministerio de Salud y Asistencia Social de la Generalitat.

Esta primera norma recogía los motivos por los que la interrupción podía practicarse, recogidos en el artículo 2 del citado Decreto, pudiendo ser por razones terapéuticas, eugenésicas o éticas. Más allá de los citados motivos, la norma no exigía más requisitos que la voluntad de la mujer<sup>2</sup> dentro del primer trimestre de gestación, con el único límite de no someterse a más de un aborto en un año<sup>3</sup>, excepto si hubiese alguna causa terapéutica que lo exigiera. La norma no fijaba plazo máximo si el aborto se realizaba por motivos terapéuticos o eugenésicos.

Desde el punto de vista procedimental, la norma exigía la apertura de una ficha médica de la mujer solicitante, en la que contaban su situación psicológica y social, además de un reconocimiento médico.

El propósito de esta regulación era poner fin a los numerosos abortos clandestinos, que tantos riesgos suponían para la salud de la mujer, por lo que se encargó a los dispensarios y consultas de obstetricia y ginecología de la Sanidad Pública la práctica de estas interrupciones voluntarias<sup>4</sup>. A su vez, establecía

---

<sup>1</sup> Decreto publicado en el *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, número 9, de 9 de enero de 1937, pp. 114 a 115.

<sup>2</sup> Artículo 3 del Decreto de Presidencia de la Generalitat de Catalunya de 25 de diciembre de 1936 de «interrupción artificial del embarazo».

<sup>3</sup> Artículo 5 del Decreto de Presidencia de la Generalitat de Catalunya de 25 de diciembre de 1936.

<sup>4</sup> Artículos 6, 7 y 13 del Decreto de Presidencia de la Generalitat de Catalunya de 25 de diciembre de 1936.

que la intervención de otros facultativos en el procedimiento sólo se permitiera con previa autorización y declaró el aborto privado como un acto criminal<sup>5</sup>.

Una Orden del Conseller de Sanitat i Asistencia Social, publicada dos meses después del decreto, desarrolló su contenido, dotando las intervenciones de mayores garantías técnicas y organizativas. Desde el Gobierno central, la también cenetista Federica Montseny –primera mujer ministra en España–, ocupando el cargo de ministra de Sanidad y Asistencia Social de la República, intentó sacar adelante con el respaldo de la doctora Mercedes Mestre un decreto que regulara el aborto a nivel nacional, pero este no salió adelante por contar con la oposición de buena parte de los miembros de su propio Gobierno, que en palabras de la propia Montseny «sólo veían en él aspectos negativos. Para ellos, esta permisividad sería motivo de desbordes sexuales, y se prestaría a ciertas inmoralidades de las que, a la larga, serían víctimas las propias mujeres»<sup>6</sup>. Ante este rechazo, por su convicción de no dejar desprotegidas a las mujeres ante la práctica del aborto, la ministra extendió el Decreto catalán al resto del territorio de la República española. Si bien, la aplicación práctica de estas primeras regulaciones es desconocida y posiblemente escasa, teniendo en cuenta la situación de guerra en la que se encontraba el país.

### 2.1.2 *La dictadura franquista*

Con la instauración de la dictadura franquista y del nacional catolicismo se aprueba la Ley de la Jefatura de Estado de 24 de enero de 1941 «para la protección de la natalidad contra el aborto y la propaganda anticoncepcionista», que declara actividad criminal todo aborto que no hubiese ocurrido de manera espontánea. Lo define en ese sentido, considerando el aborto «no sólo la expulsión prematura y voluntariamente provocada del producto de la concepción, sino también la destrucción en el seno de la madre»<sup>7</sup>.

En su exposición de motivos declara su carácter criminalizador<sup>8</sup>, materializado después en su desarrollo, que penaliza a la mujer que aborta y a quienes le provoquen o ayuden en el aborto, especialmente a los profesionales médicos sanitarios, para los que preveía penas prisión, multas e inhabilitaciones de entre

---

<sup>5</sup> BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica de la interrupción voluntaria del embarazo*, Navarra, Aranzadi, 2023.

<sup>6</sup> Extraído de MONTSENY, Federica, *La sanidad y la asistencia social durante la Guerra Civil. En Los médicos y la medicina en la guerra civil española*, Madrid: Saned, 1986.

<sup>7</sup> Artículo 1 de la Ley de Jefatura del Estado de fecha 24 de enero de 1941.

<sup>8</sup> Dice: «el Gobierno, consciente de su responsabilidad, decide combatir el crimen social que el aborto provocado representa y que impide que nazcan muchos miles de españoles anualmente».

diez y veinte años. Esta norma iba incluso más allá en la penalización, y castigaba también «*las prácticas abortivas realizadas en mujer no encinta creyéndola embarazada, la dispensa de sustancias o medicamentos abortivos sin prescripción facultativa, la fabricación y negociación de aparatos u objetos de ginecología capaces de provocar o facilitar el aborto*»<sup>9</sup>.

También sancionaba la utilización de métodos anticonceptivos y de procedimientos que evitasen la concepción, así como la publicidad y divulgación de estos, su exposición y venta pública.

En 1944 se reforma el Código Penal, incluyendo todas las conductas penalizadas en la citada Ley. Además de la inhabilitación especial, se introduce un tipo agravado que contempla el mayor grado de penas para facultativos, entre los que se encuentran matronas, practicantes y personas con títulos sanitarios. Se mantiene un tipo reducido de delito para los casos de «*aborto para ocultar la deshonra*»<sup>10</sup> pero reduciendo las penas previstas para los padres que cooperasen en la realización del aborto.

En el año 1963 se vuelve a reformar el Código Penal elevando el importe de las multas relativas a la colaboración con el aborto. Esta regulación permanece vigente en el año 1973, en que entra en vigor el Decreto que publica el Código Penal conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre.

### 2.1.3 *La despenalización de la anticoncepción*

Tras la muerte del dictador, en el contexto de la transición se aprueba la Ley 20/1978, de 8 de mayo, sobre modificación de determinados artículos del Código Penal y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, manteniendo los tipos delictivos relacionados con el aborto y la anticoncepción, modificándose únicamente las multas previstas.

El articulado de 1932 relativo al aborto quedó prácticamente inalterado, aunque sí se introdujo un importante cambio mediante la Ley 45/1978, de 7 de octubre, que modifica el Código Penal y despenaliza la fabricación, venta y expedición de métodos anticonceptivos.

Ante esta realidad legal, la realidad social se traducía en miles de abortos, para quienes disponían de recursos realizados en el extranjero y quienes no, realizados en clínicas clandestinas o por sí mismas, con los altísimos riesgos para la salud y la vida que ello implica. Frente a esa tesitura, se mantuvo un tipo

---

<sup>9</sup> BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica...* cit.

<sup>10</sup> Artículo 414 de la Ley de Jefatura del Estado de fecha 24 de enero de 1941.

delictivo casi sin aplicación, pues en pocas situaciones llegaba a los tribunales y en muchas menos se sancionaba penalmente<sup>11</sup>.

#### 2.1.4 La no punibilidad de determinadas conductas abortivas

Así, la interrupción voluntaria del embarazo seguía siendo delito en los años 80, quedando fuera del castigo penal únicamente el aborto provocado para salvar la vida de la madre y el aborto de mujer con nacionalidad española realizado en el extranjero<sup>12</sup>. Con esa tesitura, el número de abortos clandestinos y de mujeres españolas que abortaron en el extranjero estimado en España en 1979 era de 300.000, lo que ponía de relieve «*la nula efectividad de las normas penales y de la praxis jurisprudencial que en ella se apoyan*»<sup>13</sup>.

Con el primer gobierno socialista tras la transición, en 1982 se reforma del Código Penal con la intención –así lo indicaron en campaña electoral– de adecuarlo a la conciencia moral y cívica de la sociedad de la época. El Proyecto de Ley de reforma contemplaba la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo en situaciones en la que estuviese en peligro la vida de la mujer y en situaciones de peligro de nacimiento con graves patologías físicas o psíquicas, y violaciones; todo ello con la nota aclaratoria de «*asegurando el respeto a la libre conciencia de cada ciudadano*»<sup>14</sup>.

Aunque se hable generalmente de esta Ley como una despenalización del aborto, José Antonio Bosch Valero habla de «*no punibilidad*»<sup>15</sup>, siguiendo la opinión del magistrado Francisco Tomás y Valiente, que plasma en su voto particular en la STC núm. 53/1985 de 11 de abril «*conviene tener presente que el proyecto del artículo 417 bis no contiene ni una legalización ni tampoco una despenalización del aborto (fundamento jurídico 12), sino la simple declaración de no punibilidad de determinadas conductas, manteniendo intacto el tipo delictivo del 411 del Código, a mi juicio de muy dudosa constitucionalidad*».

El Proyecto de Ley Orgánica de Reforma Urgente y Parcial del Código penal fue aprobado el 2 de marzo de 1983 de reforma urgente y parcial del Código Penal, con el que el artículo 417 bis quedó redactado de la siguiente forma: «*El*

---

<sup>11</sup> BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica...* cit.

<sup>12</sup> STC núm. 75/1984, de 27 de junio. Otorgó el amparo constitucional y anuló una sentencia del Tribunal Supremo que condenaba como autora y cómplice de un delito de aborto a una mujer de España que se trasladó a Londres a abortar y a persona que la acompañaba, respectivamente.

<sup>13</sup> MUÑOZ CONDE, Francisco, *Derecho Penal. Parte Especial. 6.ª Edición*, Sevilla, Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1985.

<sup>14</sup> Proyecto de Ley Orgánica de Reforma Urgente y Parcial del Código penal.

<sup>15</sup> BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica...* cit.

*aborto no será punible si se practica por un médico, con el consentimiento de la mujer, cuando concurra alguna de las circunstancias siguientes: 1. Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud de la embarazada. 2. Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del art. 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiere sido denunciado. 3. Que sea probable que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el pronóstico desfavorable conste en un dictamen emitido por dos médicos especialistas distintos del que intervenga a la embarazada».*

Si bien, contra el Proyecto, un grupo de 54 Diputados liderado por José María Ruiz Gallardón y apoyado en informes de entidades tales como la Real Academia Nacional de Medicina en Defensa de la Vida Humana, la Confederación Episcopal Española o la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, interpuso un recurso de inconstitucionalidad que paralizó su entrada en vigor. El recurso tenía como alegación principal el respeto al artículo 15 de la CE que establece que «*todos tienen derecho a la vida*», debiendo según los recurrentes incluirse al *nasciturus* en esa expresión, y el artículo 39, fundamentando que los poderes públicos tenían el deber de garantizar la familia y la protección integral de los hijos, mientras el proyecto, insistían, excluía a los padres del consentimiento para el aborto de sus hijas. Tampoco consideraban acordes con la Constitución los supuestos concretos previstos para cada tipo (eugenésico, terapéutico y ético) en el proyecto para el aborto.

Finalmente, el Tribunal Constitucional declaró inconstitucional el Proyecto de Ley Orgánica, pero no por su contenido, sino por carencias en las exigencias constitucionales en la regulación concreta del aborto terapéutico, por cuanto estimaba insuficiente la sola intervención de un médico sin mediar dictamen médico alguno. Frente a esto, exigía al legislador que incluyera la necesaria realización de los abortos en centros sanitarios públicos o privados.

El 27 de junio de 1985 se aprobó la Ley Orgánica que reformaba el artículo 147 bis del Código Penal, incorporando las exigencias del TC, y despenalizando algunos tipos de aborto.

### 2.1.5 *La Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio*

Concretamente, y como ya se expresaba en el Proyecto de reforma, se declaró no punibles los abortos en caso de grave peligro para la vida o a salud física o psíquica de la embarazada, delito de violación y presunción de que el



feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas<sup>16</sup>. La Ley introduce además las comprobaciones previas que han de constar para casa supuesto, establece la exigibilidad del consentimiento expreso de la mujer embarazada, y fija la obligatoriedad de realización del aborto por un médico, o bajo su dirección, en centros o establecimientos públicos o privados acreditados.

Así, con esta fórmula legal no se optó por un sistema de plazos sino por uno de indicadores, que despenalizó tres supuestos concretos de aborto, lo que significaba que el aborto por voluntad de la mujer, la IVE, seguía constituyendo un delito.

Los supuestos concretos eran, por un lado, el aborto médico o terapéutico, que podía tener lugar cuando el embarazo supusiera un grave peligro para la salud, física o psíquica, para la mujer embarazada. La determinación del grave riesgo debía constar en un dictamen previo de un especialista, diferente al que realizara o dirigiese la intervención. Para este supuesto la Ley no establecía plazos, pudiendo realizarse en cualquier momento, y además en caso de urgencia por existir un riesgo inminente para la vida se podía prescindir del consentimiento expreso y del dictamen previo. Por otro lado, el aborto ético, que requería que el embarazo fuese consecuencia de un delito de violación y que esta hubiera sido denunciada. Para este supuesto existía un límite temporal de doce semanas. El tercer y último supuesto, el aborto eugenésico, para los casos en que se presumiera que el feto presentaría al nacer graves taras físicas o psíquicas. Requería también dictamen médico previo, pero este caso de dos especialistas de centros públicos o privados, distintos al que fuese a practicar o dirigir el aborto. Podía realizarse únicamente hasta la semana veintidós de gestación.

A esta reforma la acompañó la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 31 de julio de 1985 que, además de regular los requisitos para la realización de los abortos, establecía los requisitos que debían cumplir los centros sanitarios, así como el contenido de los dictámenes médicos. Una de las exigencias era la creación de una Comisión de Evaluación en cada centro, que debía estar compuesta por: el director médico, el director o jefe de enfermería, un médico especialista en Obstetricia y Ginecología, un psiquiatra o psicólogo y un asistente social<sup>17</sup>; lo que en muchas ocasiones se traducía en la no realización del aborto al ser la decisión de esta comisión la que prevalecía.

El 16 de julio de 1986 se publicó otra Orden, de estadística e información epidemiológica de las interrupciones voluntarias del embarazo, que ordenaba la notificación al Ministerio de Sanidad y Consumo de cada IVE realizada

---

<sup>16</sup> Artículo 417 bis del Código Penal tras la reforma.

<sup>17</sup> Artículo 3.2.º de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 31 de julio de 1985.

conforme a lo dispuesto en la última Ley aprobada. Esta información era remitida trimestralmente a las Consejerías de Salud de cada Comunidad Autónoma, ofreciendo datos certeros y fiables de las Interrupciones Voluntarias en España, y lo ha seguido haciendo de manera ininterrumpida hasta hoy.

El Real Decreto 2409/196, de 21 de noviembre derogó la Orden de 31 de julio de 1985 y parcialmente la de 16 de julio de 1986, «siguiendo las orientaciones de la OMS y de las organizaciones profesionales de carácter internacional»<sup>18</sup>, precisando los requisitos para la acreditación de los centros y determinando para cada uno los tipos de establecimientos, herramientas, unidades, etc.

La consecuencia social de la despenalización de estos supuestos fue la apertura en todo el país de clínicas privadas especializadas, ya que la sanidad pública no dio cabida a la atención de las demandas de las mujeres, por falta de precisión legal y recursos, tanto profesionales como técnicos.

#### 2.1.6 *La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*

El día 17 de diciembre de 2009 se aprueba en pleno del Congreso de los Diputados la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en una sesión protagonizada por un debate centrado en la moral y la ética, en lugar de en aspectos jurídicos. Aunque la mayoría de la cámara, en sintonía con la mayoría de la sociedad española y la comunidad internacional, estaban a favor de implementar políticas públicas que ofrecieran garantías jurídicas y sanitarias no sólo en materia de la interrupción voluntaria del embarazo, sino en general en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, otro sector político y social se posicionó totalmente en contra a la despenalización del aborto y a toda regulación sobre la anticoncepción<sup>19</sup>.

En ese orden de ideas, un gran número de componentes del Grupo Parlamentario Popular presentó un recurso de inconstitucionalidad contra parte del articulado de la norma solicitando su nulidad y en algunas Comunidades Autónomas (entre ellas Galicia, Navarra o Murcia) esta oposición se llevó a cabo mediante la no implementación de medios que garantizaran las prestaciones sanitarias. No ha sido hasta el pasado año 2023, concretamente en Sentencia del Tribunal Constitucional (STC 44/2023, de 9 de mayo) que se ha resuelto ese recurso, pero su contenido será objeto de análisis en un epígrafe posterior.

---

<sup>18</sup> Exposición de motivos del Real Decreto 2409/196, de 21 de noviembre.

<sup>19</sup> BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica...* cit.

Respecto a su contenido, la nueva regulación recogía dos supuestos en los que podía llevarse a cabo la interrupción del embarazo, a petición de la mujer y por causas médicas. El Título Segundo de esta Ley regulaba las condiciones de las IVE, así como una serie de medidas para garantizar el acceso a estas; concretamente, establece que las mujeres pueden abortar a petición propia sin necesidad de justificar motivo alguno hasta las 14 semanas de embarazo, siempre que –y se trata de un requisito legal–, previamente se le haya ofrecido por escrito y en sobre cerrado información clara, comprensible, accesible a todas las personas con discapacidad, y neutral, relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad y, además, que transcurriera el plazo de, al menos, tres días, entre la entrega de dicha información y la intervención<sup>20</sup>. Pasadas las 14 semanas, y hasta la semana 22, las mujeres pueden abortar si existen malformaciones fetales o riesgo para la salud de la madre; y después de esos plazos, podrá abortar si un comité médico señala la existencia de alguna malformación grave o incompatible con la vida<sup>21</sup>.

Introdujo también novedades respecto a la edad mínima para prestar consentimiento válido, pues, aunque la mayoría de edad sanitaria estaba situada como regla general en los dieciséis años, el aborto era una de las excepciones contempladas en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De esta forma, la Ley 2/2010 permitió a las mujeres de dieciséis años en adelante prestar el consentimiento, pero con la obligatoriedad de que al menos padre, madre o uno de los representantes legales tuviese conocimiento de su decisión, sólo pudiendo prescindir de este requisito si ello provocase «*un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo*»<sup>22</sup>.

Por último, cabe mencionar que esta ley incluía medidas relativas a la educación sexual, al acceso y gratuidad de métodos anticonceptivos y previó la creación de una Estrategia Nacional de Salud Sexual y reproductiva, que nunca llegó a implementarse.

---

<sup>20</sup> LEÓN ALONSO, Marta, «Objeción de conciencia, interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción: un debate inconcluso», en LEÓN ALONSO, Marta, SGRÓ RUATA, María Candelaria, *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re)emergente*, Córdoba. Católica por el Derecho a Decidir, Argentina, 2014, pp. 149-190.

<sup>21</sup> Artículo 15 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, referente a la interrupción por causas médicas.

<sup>22</sup> Artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, referente a la interrupción por causas médicas.

El Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada:

En 2013, con el Partido Popular en el Gobierno, se aprueba el anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada, impulsado por el entonces ministro de Justicia Alberto Ruiz Gallardón. La ejecución del anteproyecto suponía la vuelta a una ley de supuestos, pero mucho más prohibitiva que la del año 1985, pues de forma general el aborto volvería a configurarse como delito. Sólo se exceptuaban las IVE en caso de violación, siempre que esta hubiese sido previamente denunciada y sólo pudiendo realizarse hasta la semana 12 de gestación; y en el caso de riesgo grave para la salud física o psicológica de la madre, siempre dentro de las 22 semanas de gestación. Respecto a las malformaciones fetales, sólo se permitía la interrupción si el embrión era inviable y ello implicase trastornos psicológicos en la madre. También obligaba este anteproyecto a contar con la constatación del supuesto por parte de hasta dos facultativos para poder llevar a cabo el aborto, y a contar con el consentimiento paterno en todos los casos cuando la madre fuese menor de edad.

La fuerte oposición de la sociedad, especialmente de mujeres, en forma de movilizaciones masivas, consiguió que esta propuesta se retirara y el ministro impulsor dimitió de su cargo.

### 2.1.7 *La Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre*

Ante la debacle del anteproyecto, se aprueba en 2015 la Ley Orgánica 11/2015, de 21 de septiembre, que prevé la supresión de apartado 4.º del artículo 13 de la Ley del aborto, que permitía a las mujeres de 16 y 17 años interrumpir voluntariamente su embarazo sin el consentimiento paterno. De esta forma, las mujeres de esas edades que han querido abortar desde entonces no han podido hacerlo sin el consentimiento expreso de los que ejerciesen la patria potestad. En opinión de Bosch Valero, esta modificación fue, más que un intento de protección de las menores –civilmente, que no sanitariamente–, un gesto político de cara a mantener sus electores de cara las próximas elecciones.

## 2.2 **Origen y evolución de la objeción de conciencia: de la objeción de conciencia al servicio militar a la objeción de conciencia al aborto**

La figura de la objeción de conciencia queda contemplada por primera vez en el Ordenamiento Jurídico español en la Constitución Española, concreta-

mente en su artículo 30.2, que dando respuesta al momento histórico-social y en sintonía con el contexto internacional, la vincula directa y exclusivamente con el servicio militar. El propio artículo establece el necesario desarrollo de su contenido a través de una ley, y a su vez marca indirectamente unos primeros límites del alcance de la objeción de conciencia al no dar cabida a su ejercicio frente a la prestación sustitutoria y al no reconocer más allá de ese supuesto concreto la existencia de un derecho a objetar<sup>23</sup>.

En un primer momento, anterior a la entrada en vigor de la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, que regularía la objeción de conciencia y la prestación social sustitutoria, el Tribunal Constitucional se pronuncia configurando la objeción de conciencia como una especificación de la libertad de conciencia amparada por la libertad religiosa e ideológica que garantiza el artículo 16.1 CE. El Tribunal Constitucional, en STC 15/1982, de 23 de abril, en su fundamento seis, aprecia que, a pesar de que el derecho a objetar necesite de un desarrollo legislativo para su plena eficacia y aplicabilidad, el vacío legislativo no obsta de amparar las pretensiones individuales relacionadas con un derecho fundamental, siempre directamente aplicable, como es el derecho a la libertad ideológica y religiosa. Si bien, cabe resaltar que, tal y como establece el propio Tribunal, dicho pronunciamiento se realiza para suplir el vacío legislativo sobre esta materia con unas mínimas garantías jurídicas, y que además se relaciona en todo momento con el servicio militar, siendo el aplazamiento de la incorporación a filas el asunto analizado en la Sentencia.

Frente al recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra la Ley del aborto de 1985 vuelve a pronunciarse el Tribunal Constitucional en los mismos términos sobre el derecho a objetar en STC 53/1985, de 11 de abril, esta vez refiriéndose, y además por primera vez, a la objeción de conciencia al aborto. Trasladando la interpretación realizada en sentencias anteriores relacionadas con la objeción de conciencia al servicio militar, declara brevemente en el fundamento catorce que 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»*. Esta Sentencia, como veremos más adelante, será utilizada en el futuro para fundamentar –no sin polémica– la objeción de conciencia en el ámbito sanita-

---

<sup>23</sup> AHUMADA RUIZ, Marian, «Una nota sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios», *Revista Jurídica Universidad Autónoma de Madrid* (35), 2017, pp. 307-320.

rio; por ello cabe apreciarla en su contexto, puesto que se enmarca en una época de mucho debate en torno a la regulación del servicio militar en la democracia recién instaurada, y lo que pretendía no era sentar jurisprudencia sobre un derecho general a la objeción de conciencia relacionada con el art. 16.1, sino más bien dar respuestas concretas a situaciones surgidas a partir de la primera ley que regulaba la objeción al servicio militar<sup>24</sup>.

Tras la aprobación de la Ley 48/1984, de 26 de diciembre, las sentencias del Tribunal Constitucional evolucionan en un sentido distinto, configurando el alcance de la objeción de conciencia aplicable también a otros supuestos. En este sentido, destacan dos sentencias dictadas en la misma fecha; por un lado, la STC 160/1987, de 27 de octubre, que, en respuesta a un recurso de inconstitucionalidad presentado por el Defensor del Pueblo contra la ley reguladora de la objeción de conciencia, establece que la objeción tiene un carácter excepcional, por cuanto supone la omisión de un deber general, y que por esa naturaleza puntual no puede considerarse un derecho fundamental, sino un derecho constitucional autónomo, por hallarse expresamente recogido en la CE. Por otro lado, la STC 161/1987, de 27 de octubre, profundiza en esta idea, fijando la obligatoriedad de declarar expresamente el supuesto que justifica la excepción del deber en cada caso, no siendo admisible bajo ningún concepto el reconocimiento de un derecho general a la objeción de conciencia.

Esta segunda fase del desarrollo legal de la objeción de conciencia, posterior a la aprobación de la ley que la regula frente al servicio militar obligatorio, tiene como resultado el esclarecimiento de una serie de cuestiones que asientan doctrina y que servirán de base, de forma mayoritaria, en la argumentación de futuras sentencias y la configuración legal de la cuestión. Estas cuestiones son: que la objeción de conciencia no es un derecho fundamental y, por tanto, su regulación debe ser a través de Ley ordinaria; que su carácter es excepcional, por cuanto supone una excepción a un deber general, pero por reconocerse en la CE adquiere la condición de derecho constitucional autónomo; que no se puede objetar a la prestación civil sustitutoria; no existe un derecho a la objeción sobrevenida; y, ante todo, que no existe un derecho genérico de objeción, dado que sería permitir la insumisión, contraviniendo el sentido del Ordenamiento Jurídico<sup>25</sup>.

Cabe hacer mención en este repaso de la evolución de la objeción de conciencia a una serie de sentencias del Tribunal Supremo que abren un nuevo debate relacionado con esta figura, concretamente con la posibilidad de ser

---

<sup>24</sup> NAVARRO VALLS, Rafael, MARTÍNEZ TORRÓN, Javier, *Conflictos entre conciencia y ley. Las objeciones de conciencia*. Madrid, Iustel, 2011.

<sup>25</sup> AHUMADA RUIZ, Marian, «Una nota sobre la objeción de conciencia...», cit., pp. 307-320.

admitida en el ámbito educativo. Especialmente relevante es la STS 1013/2008 (11/02/2009), pues, aunque el fallo mantiene la postura de no reconocimiento de la objeción de conciencia sin hallarse expresamente regulada, cuenta con un voto particular del Magistrado Juan José González Rivas, que defiende la capacidad de los padres de oponerse a que sus hijos reciban contenido educativo contrario a sus creencias religiosas e ideológicas, dando de nuevo pie a la controversia y la disparidad de sentencias.

En el Proyecto de la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo de 2009 no se incluyó mención alguna a la objeción de conciencia, pero el Consejo de Estado (Dictamen 1384/2009) consideró conveniente aprovechar la oportunidad para regular la figura con el propósito de conseguir mayor certeza y seguridad jurídica. Como resultado, en el año 2010 se aprueba finalmente la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, reconociendo de forma explícita la objeción de conciencia al aborto en su artículo 19 de la siguiente forma: *«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.*

*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».*

El citado artículo pretendía garantizar el derecho de las mujeres a acceder al IVE dentro de la sanidad pública, al mismo tiempo que respetara el derecho del personal sanitario directamente relacionado con su práctica a objetar. Sin embargo, a pesar de establecer unas directrices mínimas de cara a su ejercicio –profesionales con intervención directa, carácter individual, recogerse previamente por escrito, inadmisibilidad para atenciones previas y posteriores y sin dificultar el acceso y calidad de la prestación–, su contenido no fue desarrollado, lo que generó numerosos conflictos jurídicos. En particular, no se definía

con claridad el ámbito subjetivo, dando lugar a diferentes interpretaciones acerca de la consideración del «*personal sanitario*», no se determinó el contenido de los escritos declarativos de la objeción, ni las acciones que quedaban fuera de su ámbito o medidas que garantizaran su efectivo ejercicio.

Esta falta de desarrollo legislativo dio lugar a que en las distintas Comunidades Autónomas se procediera de diferente forma en la organización práctica de la objeción de conciencia al aborto<sup>26</sup>, y emanaran resoluciones judiciales en sentidos muy diferentes e incluso contradictorios entre sí. Por ejemplo, en Auto de 29 de septiembre de 2010, la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha, falló admisible la objeción de conciencia realizada por los médicos de familia a la hora de ofrecer información sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, a pesar de ser esta un trámite necesario previo al IVE, mientras que el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, en Sentencia de 27 de marzo de 2013, determinó que el médico que decidiera objetar no está exento de transmitir a la paciente la información sobre las prestaciones y derechos a las que tendría acceso en caso de continuar con el embarazo<sup>27</sup>.

Por otro lado, como respuesta al requerimiento legal de la manifestación por escrito de la voluntad de objetar, algunas CCAA crearon sus propios registros de objetores de conciencia de profesionales sanitarios dependientes de la Administración<sup>28</sup>. El Tribunal Constitucional, en STC 151/2014, de 25 de septiembre, dictaminó acorde a la Constitución el registro de objetores a la interrupción voluntaria del embarazo creado por la Ley Foral 16/2010, de 8 de noviembre, de la Comunidad Foral de Navarra, haciendo de nuevo hincapié en que la objeción, por su carácter excepcional, debe estar justificada, «*pues no es un derecho que se satisfaga con el mero dato de conciencia*»<sup>29</sup>. Sin embargo, sí consideró inconstitucionales otros preceptos de la citada Ley Foral por considerar que vulneraban el derecho a la protección de datos.

Lejos de solucionar la problemática, el Anteproyecto de Ley para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada, lleva a cabo una reformulación de la objeción de conciencia, reforzándola y ampliando su alcance en detrimento del derecho a abortar de las mujeres. Concretamente, el Anteproyecto introducía una modificación en el articulado de la

---

<sup>26</sup> AHUMADA RUIZ, Marian, «Una nota sobre la objeción de conciencia...», cit., pp. 307-320.

<sup>27</sup> LEÓN ALONSO, Marta, «Objeción de conciencia, interrupción voluntaria del embarazo...», cit., pp. 149-190.

<sup>28</sup> LEÓN ALONSO, Marta, «Objeción de conciencia, interrupción voluntaria del embarazo...», cit., pp. 149-190.

<sup>29</sup> AHUMADA RUIZ, Marian, «Una nota sobre la objeción de conciencia...», cit., pp. 307-320.



Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, por la que configuraba la objeción de conciencia en los siguientes términos: no se admitía una objeción parcial o sobrevenida, sino la objeción general desde que se comienza a ejercer de la profesión; se permitía la objeción institucional, al poderse declarar esta «*por cuenta propia o ajena*»; y ya no sería necesario estar directamente implicado, contemplando el derecho además de para el personal profesional sanitario también para el personal auxiliar<sup>30</sup>.

Más allá del aborto, la objeción de conciencia en el ámbito sanitario sólo se encuentra expresamente regulada hoy en día para los profesionales sanitarios que, en el ámbito de la eutanasia, presten ayuda directa para morir<sup>31</sup>. Si bien, merece especial mención la STC 145/2015, de 25 de junio, respecto a la objeción en el ámbito farmacéutico. En esta polémica Sentencia, el Tribunal Constitucional reconoce el derecho a objetar de un farmacéutico que se negó a dispensar el medicamento conocido como «*píldora del día después*» por considerarlo abortivo, y amplía además el alcance de la objeción, al reconocer que está también justificado el no cumplir con la imposición legal de tener existencias del medicamento. El Tribunal respalda su razonamiento en la existencia de una «*objeción de ciencia*», por cuanto el conocimiento de los efectos abortivos de la píldora por parte del farmacéutico es suficiente motivo para justificar su negativa a intervenir de forma directa en la interrupción del embarazo mediante la provisión del medicamento. De esta forma, el TC da a la objeción farmacéutica el tratamiento de una objeción al aborto no regulada y fundamenta su argumentación en la obsoleta STC 53/1985 que, como ya mencionamos, consideraba la objeción como un derecho fundamental directamente aplicable. La Sentencia contó con tres votos particulares que evidenciaron las numerosas carencias y la falta de consistencia de los fundamentos jurídicos.

Volviendo a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, la objeción de conciencia se regula en su artículo 16, que de nuevo hace mención expresa del carácter individual y directo de este derecho, no permitiendo objeciones institucionales o colectivas, y contempla además la creación por parte de las administraciones sanitarias de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia, en aras de dar garantías a la prestación de ayuda a morir.

---

<sup>30</sup> NAVARRO CASADO, Silvia, *La objeción de conciencia en sanidad: contraprestación y registro de objetores*. Tesis doctoral, Universitat de Barcelona, 2021

<sup>31</sup> Respecto a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario hemos analizado exhaustivamente GÓMEZ SÁNCHEZ, Yolanda, «Reflexiones jurídico-constitucionales sobre la objeción de conciencia y los tratamientos médicos», *Revista de derecho político* (42), 1996, pp. 55-93.

### 2.3 Regulación actual del aborto y la objeción de conciencia al aborto: la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo

En mayo de 2022 se presentó por impulso del Ministerio de Igualdad el Anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de los derechos sexuales y reproductivos y la garantía interrupción voluntaria del embarazo, que intentó sin éxito derogar la normativa vigente.

Inconformes con la regulación coetánea, la coalición de Gobierno impulsó un nuevo anteproyecto con el propósito no de derogar, sino de modificarla. El Proyecto de Ley Orgánica por la que se modifica la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de interrupción voluntaria del embarazo se tramitó por vía de urgencia y fue aprobada el 15 de febrero de 2023, entrando en vigor el 2 de marzo del mismo año.

La norma acomete una reforma de gran envergadura, comenzando por reconocer los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres –vinculándolos con los derechos humanos–, comprendiendo también el derecho a la vida, a la intimidad, a la salud y a la educación, y prohibiendo la discriminación<sup>32</sup>. Hace mención también a las recomendaciones del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales al Estado español en 2018, respecto a las preocupantes *dificultades con las que cuentan las mujeres para acceder a información y a servicios de salud sexual y reproductiva, la falta de un mecanismo efectivo que garantice el acceso al aborto en casos de ejercicio de objeción de conciencia por partes de médicos y personal médico, y los obstáculos con los que se encuentran las adolescentes entre 16 y 17 años y las mujeres con discapacidad a la hora de acceder al aborto, al requerir el consentimiento expreso de sus representantes legales*<sup>33</sup>.

En el preámbulo de la Ley se justifica la modificación por los numerosos obstáculos a los que se han enfrentado las mujeres con anterioridad, y expone que la mayoría de los abortos se han llevado a cabo en centros extra hospitalarios de carácter privado «y, si bien es cierto que en una década se ha reducido esta tasa en casi diez puntos, pasando de un 88,55 % en 2010 a un 78,04 % en 2020», no se puede aún garantizar que la mayor parte de las IVE se realicen en centro públicos. Además, resalta una especial preocupación por la diferencia entre territorios frente ejercicio del derecho al aborto, existiendo territorios en los que no se han notificado ni una sola interrupción en centros de titularidad pú-

---

<sup>32</sup> Tal y como establece la Oficina del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos.

<sup>33</sup> Sesión 28.<sup>a</sup> del Comité DESC celebrada en marzo de 2018. BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica...* cit.

blica. En relación con esta diferencia entre Comunidades Autónomas, en el preámbulo se menciona la objeción de conciencia como un obstáculo si no se establecen los mecanismos necesarios.

La reforma introduce multitud de novedades en muchas materias, entre las que se incluyen la salud menstrual, la educación afectivo sexual, gestación subrogada, tipos de violencia relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Si bien, en el presente trabajo nos centraremos en lo relacionado con la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la objeción de conciencia.

Por una parte, cabe mencionar que el artículo 3, en relación a los principios rectores y ámbito de aplicación, reconoce los derechos en ella recogidos a todas las personas que se encuentren en España, incluyendo a extranjeras en situación regular o irregular, y también a las personas trans con capacidad de gestar en lo referente a los derechos reproductivos.

Por otro lado, en lo directamente relativo al aborto, se eliminan dos de los requisitos existentes con anterioridad, como son el periodo de reflexión de tres días y la obligatoriedad de información a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, debiendo proporcionarse sólo a petición de la mujer y nunca como requisito para acceder a la prestación. Sí se incluye no obstante información vinculada a la IVE, concretamente el derecho a recibir información sobre los métodos empleados, las condiciones legales, los centros públicos y acreditados a los que puede acudir, así como los trámites y condiciones a seguir para su cobertura en el servicio público. Para el caso de IVE tras la semana 14 de gestación por causas médicas, también se le facilitará información sobre los procedimientos disponibles para que la mujer elija la opción que más se adecúe a sus circunstancias<sup>34</sup>.

Una de las novedades más relevantes es la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres con discapacidad y las mujeres a partir de los dieciséis años sin necesidad de contar con el consentimiento de sus representantes legales. Se elimina así el apartado 5 del artículo 9 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Introduce también una serie de garantías para la prestación de las IVE, entre las que se encuentran la remisión por parte de las administraciones sanitarias que no puedan cubrir la prestación a un centro proximidad geográfica, la posibilidad de acudir a la vía jurisdiccional y compensación de gastos en caso de realizarse en centros acreditados.

---

<sup>34</sup> Artículo 17 de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Información vinculada a la interrupción voluntaria del embarazo.

Por último, respecto a la objeción de conciencia al aborto, se modifica el anterior artículo 19 bis, estableciéndose la posibilidad de objetar en exclusiva al personal profesional sanitario directamente implicado en la práctica de la IVE, el carácter individual de la objeción, la posibilidad de revocar la decisión y, especialmente, la necesidad de que se comunique por escrito y con antelación, para la organización de los servicios públicos a fin de que se garantice la disponibilidad del personal; asimismo, no es posible la objeción para la atención anterior y posterior a la interrupción. Si bien, la principal novedad en esta materia se materializa en el nuevo artículo 19 ter, que prevé la creación, en cada comunidad autónoma y en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de un registro de personas objetoras de conciencia respecto a la intervención directa en la práctica del aborto. Los datos recogidos en los registros serán los estrictamente necesarios para identificar a la personalidad sanitaria y el objetivo de estos será la correcta programación de las IVE. Respecto al Comité Clínico, se establece la incompatibilidad de su membresía con la objeción de conciencia<sup>35</sup>.

Es imprescindible recoger en este apartado dos Sentencias de este año del Tribunal Constitucional de enorme relevancia, por cuanto contribuyen a blindar el derecho al aborto en España.

Por un lado, la STC 44/2023, de 9 de mayo, resuelve el recurso de inconstitucionalidad presentado en 2010 por el Grupo popular contra gran parte del articulado de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

El Tribunal Constitucional desestima íntegramente el recurso de inconstitucionalidad y aclara que la aprobación de la Ley Orgánica 1/2023 no deja sin objeto el recurso, puesto que las sesiones plenarias por las que se mayoritariamente dicha desestimación aconteció antes de la aprobación de la nueva Ley de 2023, y, además, siendo la principal causa del recurso el paso de un sistema de indicadores a uno de plazos, la cuestión permanece vigente.

En este sentido, la sentencia determina la conformidad del sistema de plazos con la Constitución, por cuanto reconoce un ámbito razonable de autodeterminación que garantiza el derecho fundamental a la dignidad física y moral en conexión con su derecho a la dignidad y libre desarrollo. Estos derechos son derechos constitucionales que deben ser reconocidos y protegidos legalmente para que las mujeres puedan decidir libremente y sin coerción si continuar o no con el embarazo; el por ello que el TC, en relación con la garantía de acceso efectivo al IVE, resalta la obligación por parte de los poderes públicos no sólo

---

<sup>35</sup> Artículo 16 de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

de no lesionar y respetar los derechos fundamentales, sino también la obligación positiva de garantizar su efectividad.

El Tribunal recurre para fundamentar la sentencia a su doctrina en materia de prohibición de la discriminación por razón de sexo, mediante la que establecen la necesidad de que las situaciones que limiten los derechos de las mujeres, especialmente aquellas circunstancias que sólo pueden afectar a ellas –como sucede con lo relacionado con el embarazo, el parto o la lactancia–, sean interpretadas de la forma más favorable para la eficacia de dichos derechos.

También se pronuncia en esta sentencia el Tribunal respecto a la objeción de conciencia, remarcando que el derecho a la libertad ideológica *no es suficiente por sí mismo para liberar a los ciudadanos del cumplimiento de los deberes constitucionales y legales por razones de conciencia*; lo que no impide que pueda ser reconocida excepcionalmente por la Ley para determinados deberes, como es el caso de la objeción de conciencia al aborto, pero debiendo esta ser interpretada de manera restrictiva al personal directamente implicado en la IVE, y debiendo manifestarse de manera anticipada y por escrito, siendo esto –insisten– exigencias constitucionales. Resaltan también que el ejercicio de la objeción de conciencia debe ser en todo caso compatible con el derecho de la mujer a acceder de forma efectiva al aborto. Por último, el TC declara la importancia para la salud sexual y reproductiva de la perspectiva de género en las políticas sanitarias, educativas y sociales.

La Sentencia cuenta con varios votos particulares; especialmente novedoso y relevante resulta el voto particular de la magistrada doña María Luisa Balaguer Callejón, digno de mención por la estrecha relación de su línea argumentativa con el marco teórico de este trabajo. Para la magistrada la sentencia utiliza un planteamiento erróneo a la hora de resolver el recurso, puesto que lo hace desde la óptica del conflicto de intereses, entre el derecho de las mujeres a interrumpir su embarazo y la defensa de la vida prenatal. En contraposición, en su voto particular expone que centro del razonamiento debería ser *la autonomía de la mujer para decidir sobre su cuerpo en un marco jurídico laico*, y defiende que, siendo la IVE un derecho de las mujeres con un claro reflejo constitucional, una limitación de este sólo debería ser posible de manera excepcional y residual si el legislador identifica un bien jurídico que merezca tutela penal, y siempre respetando los derechos fundamentales de las mujeres. En este sentido, la magistrada plantea que no existen derechos constitucionales en conflicto, dado que entiende que el embrión y el feto son parte del cuerpo de la mujer y son su libertad (art. 17.1. CE), su dignidad (art. 10.1 CE), su integridad física y moral (art. 15.1 CE), su facultad para configurar su proyecto de maternidad (art. 18 CE), y su salud sexual y reproductiva (art. 43 CE), los derechos

expresamente recogidos en la Constitución; mientras que la vida prenatal protegible constitucionalmente, independientemente de que el *nasciturus* se pueda considerar bien jurídico merecedor de protección penal, es una *formulación jurisprudencial* que puede y debe ser revisada, por cuanto tiene su origen en la irrupción en el debate constitucional de la doctrina de la iglesia, según la cual el embrión y el feto son portadores del alma humana, y no en virtud de la viabilidad autónoma desde el punto de vista médico, según el cual suele fijarse dicha viabilidad entre las semanas veintiuno y veinticinco de gestación. Según este argumento, la limitación penal del aborto consentido con base temporal en las catorce semanas no corresponde con la viabilidad del feto sino a planteamientos éticos y religiosos que, *sin negar su valor en el contexto en que se formulan y su proyección hacia quienes comparten esos planteamientos éticos*, convertirlos en penalmente reprochables más que un límite supone una vulneración a los derechos fundamentales.

Por otro lado, en la STC 78/2023, de 3 de julio de 2023 el TC concluye que la derivación a una clínica privada, ubicada fuera del territorio autonómico (a unos 400 kilómetros de su domicilio), para la práctica de la interrupción del embarazo, «*vulneró el derecho de la recurrente a la interrupción del embarazo que forma parte de su derecho fundamental a la integridad física y moral (art. 15 CE, en conexión con el art. 10.1 CE)*». El servicio Murciano de Salud justificó el traslado en que «*ninguno de los facultativos de la Región de Murcia había pedido practicar abortos*», motivo inválido para el TC, pues el traslado a un centro privado se contempla en la Ley como una excepción condicionada a que se acredite que el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, y en este caso no se acreditó que todos los profesionales de la sanidad pública o de los centros vinculados ejerciesen la objeción de conciencia en los términos establecidos legalmente.

### 3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

Recordemos que el propósito de este trabajo es, por un lado, analizar si existe un marco legal que garantice el derecho de las mujeres a abortar dentro del Sistema Público de Salud, y por otro lado, determinar de qué manera la objeción de conciencia supone un obstáculo a esa falta de garantías. Con esta intención, en el siguiente análisis, haciendo uso de diferentes herramientas, fuentes y metodologías, plantearé una discusión articulada en tres partes: la primera tiene como fin recoger datos cuantitativos sobre la IVE y la objeción de conciencia y reflexionar sobre ellos, la segunda pretende medir cualitativa-

mente el impacto de la normativa actual sobre el derecho al aborto en la sanidad pública, y la tercera, como resultado de lo anterior, analizar el papel que juega la objeción de conciencia en las carencias que afectan a la regulación en materia de aborto en España.

El punto de partida del análisis es la recopilación de datos estadísticos oficiales relacionados con el objeto de estudio, pues a través de la observación de estas cifras podremos extraer posteriormente consecuencias directas de la regulación en materia de aborto y objeción de conciencia<sup>36</sup>.

El número total de abortos realizados en España se situaba en el año 2022 –último año sobre el que el Ministerio de Sanidad ofrece cifras oficiales<sup>37</sup>–, en 98.316 interrupciones notificadas, una cifra que no es llamativa si tiene en cuenta que la evolución se mantiene estable, no habiéndose producido variaciones significativas en las últimas décadas, ni siquiera tras la aprobación de la Ley de plazos de 2010, que produjo un leve ascenso para luego volver a los niveles previos a su aprobación<sup>38</sup>.

Si bien, al disgregar ese número obtenemos datos sumamente reveladores sobre la realidad del aborto en España. Se puede observar que, de los 98.316 abortos notificados, 81.585 fueron realizados en centros hospitalarios o extra hospitalarios de titularidad patrimonial privada, lo que supone un 82,98% del total y, en contraposición, que sólo el 17,02% de los abortos tuvieron lugar directamente en centros sanitarios públicos. Cabe en este punto aclarar que, cuando nos referimos a interrupciones realizadas en centros privados, nos estamos refiriendo a lo que la Ley Orgánica denomina «*centros acreditados*», que son centros cuya titularidad patrimonial, así como la gestión de recursos y del personal está en manos privadas, pero a los cuales se le está derivando, casi de forma automática y generalizada, una prestación sanitaria como es la interrupción voluntaria del embarazo, que está incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional Público de Salud, y como tal debería ser ofrecida y garantizada dentro del sistema sanitario público<sup>39</sup>. Con lo dicho y el subsiguiente análisis no se pretende menospreciar el intachable papel que numerosos profe-

---

<sup>36</sup> Ministerio de Sanidad, *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2022*. Madrid: Dirección General de Salud Pública, 2023.

<sup>37</sup> Publicación anual IVE. Datos definitivos correspondientes al año 2022. Informe disponible en: «<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/home.htm>».

<sup>38</sup> Publicaciones anteriores relativas a las IVEs «<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/embarazo/antecedentesIVEs.htm>».

<sup>39</sup> Así lo establece la exposición de motivos del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización: «*pretende definir las prestaciones que el sistema sanitario público actualmente está ofertando a los ciudadanos y garantizar estas prestaciones comunes*».

sionales sanitarios de clínicas privadas han desempeñado al asumir el ejercicio de una prestación histórica y legalmente estigmatizada y atacada, sino evidenciar la incapacidad de los poderes públicos de articular mecanismos para garantizar y gestionar de manera total o al menos mayoritariamente pública, una prestación sanitaria que se configura hoy como un derecho de enorme relevancia constitucional por su estrecha vinculación a derechos fundamentales.

Para indagar más en esta problemática, nos hemos acercado a estudiar el número de IVEs según la titularidad del centro y el motivo de la interrupción. En cuanto a esto se observa que, del total de 98.316 abortos notificados, 89.697 fueron por voluntad de la mujer mientras que 8.619 fueron por causas médicas. Si bien, de esa categoría mayoritaria, que es la voluntad de la gestante de interrumpir el embarazo, el 83%, es decir, 74.460 abortos, se realizaron en centros de titularidad privada. En contraste, podemos advertir que la única categoría en la que se llevan a cabo más abortos en centros de titularidad pública que de titularidad privada es en el caso de razones médicas por anomalías fetales incompatibles con la vida o enfermedad grave e incurable, siendo apreciable asimismo un gran número de abortos en centros públicos, aunque sin superar los realizados en centros privados, para los casos de existencia de riesgo de graves anomalías fetales.

En sintonía con los datos anteriores, si lo que examinamos es la semana de gestación, vemos que la mayoría se producen dentro de las primeras 14 semanas, siendo llamativo que sólo en el caso de interrupciones a partir de la semana 23 de gestación exista un mayor número de intervenciones en centros de titularidad pública.

Dando un paso más en la observación de los datos, la enorme distancia entre IVEs realizadas en centros de titularidad pública y privada se aprecia más fácilmente observando las cifras por comunidades autónomas. Hemos observado que existen entidades territoriales como Extremadura o las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla en las que no se notificaron el 2022 ni una sola interrupción voluntaria del embarazo en centros sanitarios públicos, otras como Murcia o Castilla-La Mancha en la que no se han llegado a 3, y otras muchas en las que esa cifra está muy por debajo del total de abortos realizados en la comunidad, como son los casos especialmente llamativos de Andalucía, Aragón o Madrid. Por su parte, cabe destacar que sólo en Cataluña la cifra de abortos realizados en centros sanitarios públicos es superior a los realizados en centros privados.

Vertidos estos datos, señalar que también entenderíamos de sumo interés explicar en este epígrafe, con cifras oficiales, lo relativo a la objeción de conciencia al aborto. Sin embargo, la realidad es que no hay datos oficiales sobre



este asunto, puesto que no existe actualmente ningún Registro de Objetores de Conciencia al IVE a nivel nacional y tampoco en la mayoría de comunidades autónomas, ni se han formulado por el momento instrucciones para su creación. Sólo la Comunidad Foral de Navarra<sup>40</sup> y la Región de Murcia<sup>41</sup> cuentan con este tipo de registros en sus administraciones públicas; por su parte Islas Baleares cuenta con un registro de médicos objetores, sin especificación al IVE, gestionado por el Colegio Oficial de Médicos de Baleares<sup>42</sup>, y Cataluña está trabajando en su creación según ha anunciado recientemente la portavoz del Govern<sup>43</sup>.

Esta falta de datos y de transparencia respecto al número y distribución del personal objetor hacen que la realidad subyacente pueda identificarse como un problema, pero a su vez enciende la señal de alarma. La premisa sobre la que trabajamos en este estudio es que la falta de datos oficiales sobre objeción de conciencia al aborto no significa que la realidad que la rodea no sea un obstáculo identificable al ejercicio del derecho al aborto, y es precisamente a la identificación de esas evidencias a lo que dedicaremos el resto del análisis.

A la vista de los datos expuestos, es evidente que los abortos llevados a cabo por decisión de la mujer, que legalmente se fija en el plazo de las 14 primeras semanas de gestación, son derivados en su inmensa mayoría a centros de titularidad privada y se llevan a cabo mayoritariamente a través de métodos instrumentales; mientras que en la sanidad pública, en proporción al total de ambos tipos –voluntario y por causas médicas– se llevarían a cabo más interrupciones por causas médicas, que tienen lugar en etapas más avanzadas de la gestación, y a su vez, se observa una clara preferencia por la utilización de métodos farmacológicos.

Pues bien, teniendo esto en cuenta, y continuando con la reflexión que ya introducíamos, deducimos que estos vínculos no son casuales si se interpretan en sintonía con la evolución normativa y jurisprudencial. A modo de adelanto, se podría pensar que esta distribución pudiera deberse a dos motivos: bien a la falta de recursos económicos y materiales destinados a la prestación del aborto

---

<sup>40</sup> Ley foral 16/2010, de 8 de noviembre, por la que se crea el registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo, disponible en: «<http://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=9301>».

<sup>41</sup> Sede electrónica región de Murcia, declaración de objeción de conciencia de las personas profesionales sanitarias directamente implicadas en la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo. Disponible en: «[https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3835&IDTIPO=240&RASTRO=c\\$m40288#seccion-basica](https://sede.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=3835&IDTIPO=240&RASTRO=c$m40288#seccion-basica)».

<sup>42</sup> Registro de objeción de conciencia del Colegio de médicos de Baleares: «<https://www.comib.com/save-page/objecion/>».

<sup>43</sup> Punzano, D. (27 de septiembre de 2023). Cataluña impulsa el registro de profesionales objetores a practicar el IVE. Recuperado el 11 de 1 de 2023, de «<https://www.redaccionmedica.com/autonomias/cataluna/cataluna-impulsa-el-registro-de-profesionales-objetores-a-practicar-ive-4465>»

dentro de la sanidad pública, lo cual no parece muy lógico teniendo en cuenta que las intervenciones derivadas a centros privados son igualmente costeadas con fondos públicos; o bien a una cuestión relacionada con los recursos humanos, los profesionales sanitarios, ya sea por no contar estos con el conocimiento para realizar la IVE –objeción de condiciones– o por oponerse a ellas por convicciones morales –objeción de conciencia–. Es esta segunda opción por la que nos decantamos y en la que profundizaremos seguidamente.

Pasamos entonces, en segundo lugar, como decíamos, a analizar cualitativamente el impacto de la normativa vigente en lo relativo a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en la sanidad pública. Para ello, someteremos el contenido de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, a un análisis de impacto teniendo en cuenta las variables de efectividad, eficacia y eficiencia.

De una parte, para analizar la efectividad debemos cuestionar si la actual regulación tiene aplicación práctica, es decir, debemos contemplar el grado de cumplimiento real de su contenido. Corresponde tener en cuenta la corta vigencia de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, puesto que ha pasado un año escaso desde su aprobación, no siendo posible todavía conocer cifras estadísticas oficiales relativas al IVE posteriores a su entrada en vigor. Si bien, es posible realizar algunas consideraciones sobre lo que sí sabemos. Sabemos que la Ley introduce novedades como la eliminación del periodo de reflexión, de la información previa obligatoria sobre ayudas a la maternidad o del consentimiento de los representantes legales en caso de menores o personas con discapacidad, y que introduce medidas y garantías para su aplicación efectiva, como la remisión a centros de proximidad geográfica (art. 18), la protección jurisdiccional (art. 19.4) o la compensación de gastos cuando se derive a centros vinculados (art. 19.5). A su vez, sabemos que la Ley no introduce ninguna modificación en lo que se refiere a limitar la derivación de abortos a las clínicas privadas, y tampoco introduce novedades respecto a la objeción de conciencia más allá de la previsión de crear el registro de objetores, ya que en relación a todo lo demás –necesaria implicación directa, carácter individual, posibilidad de revocación, obligatoriedad de que se producto con antelación y por escrito– ya lo viene declarando el Tribunal Constitucional en repetidas ocasiones como pudimos observar en la evolución jurisprudencial, y por tanto no suponen una novedad a lo que se viene exigiendo como requisitos.

De otra parte, para el estudio de la eficacia, la cuestión que debemos plantearnos es si la norma resulta suficiente la para alcanzar los objetivos que se propone. El preámbulo de la Ley Orgánica identifica una serie de obstáculos en el acceso al aborto y enuncia como objetivos la eliminación de todos ellos. Concretamente, reconoce que la mayoría de IVEs se llevan a cabo en centros

de carácter privado y que hay territorios en España en los que no se notifican ni un solo aborto en centros de la sanidad pública, y como respuesta declara la obligación de las administraciones de garantizar la prestación en centros sanitarios públicos de acuerdo a principios de gratuidad, accesibilidad y proximidad, y poniendo a disposición los recursos materiales y humanos suficientes para garantizar el derecho al aborto en todo el territorio.

Para concluir, para evaluar si la Ley es eficiente es necesario apreciar sus costes y beneficios, que en este ámbito debe entenderse en términos de tutela y garantía de los derechos fundamentales.

Al respecto, trayendo a colación la argumentación de la magistrada María Luisa Balaguer en su voto particular de la STC 44/2023, de 9 de mayo, sobre el sistema de plazos –que se mantiene inalterado tras la reforma–, cabe en este apartado repetir que el límite de las 14 semanas para el aborto por voluntad de la gestante no corresponde a la viabilidad del feto, que médicamente se sitúa entre la semana 20 y 25 de gestación, sino a planteamientos éticos y religiosos. En este sentido, cabría plantearse si más que un límite supondría una vulneración a los derechos fundamentales de la mujer, concretamente su libertad (art. 17.1. CE), su dignidad (art. 10.1 CE), su integridad física y moral (art. 15.1 CE) su facultad para configurar su proyecto de maternidad (art. 18 CE), y su salud sexual y reproductiva (art. 43 CE).

Si bien, dejando ese planteamiento a un lado, sí nos resulta provechoso para la cuestión de la objeción de conciencia el argumento de que la IVE tiene un claro reflejo constitucional y que una limitación de este sólo debería ser posible de manera excepcional y siempre respetando los derechos fundamentales de las mujeres. No obstante, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, pretende dar cabida en igual medida al derecho al aborto y al derecho a la objeción de conciencia. De hecho, la creación del registro de objetores no tiene otra intención que garantizar ambos, *«el pleno respeto del derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente su embarazo y el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario»*, y es un propósito más que razonable.

Como resultado de este trabajo vemos que la realidad es totalmente opuesta, ya que la insuficiente regulación y transparencia sobre la objeción de conciencia se traduce en la nula intromisión de los poderes públicos sobre su ejercicio, y por tanto en mayor libertad para el mismo, sin que se vea mermado o peligrado. En contraposición, hemos visto en que el derecho de las mujeres a acceder al aborto con plenas garantías en el sistema público de salud sí se ve minorado y vulnerado. Es por eso que esta Ley Orgánica tampoco puede considerarse eficiente en términos de equilibrio de derechos fundamentales, pues

no entra a resolver aspectos que son necesarios abordar para que de verdad se garanticen ambos derechos en la sanidad pública.

De todo lo anterior podemos concluir, por tanto, que actualmente sigue sin existir un marco legal que garantice el derecho de las mujeres a abortar dentro del Sistema Público de Salud.

Finalmente, y ya que, tras analizar el impacto de la normativa vigente, hemos concluido que no existe un marco legal que garantice el derecho al aborto en el Sistema Público de Salud, la idea es ahora, en tercer y último lugar, dar respuestas al porqué de esa insuficiencia, centrándonos en un obstáculo que creemos clave, por llevar aparejado otra serie de problemas para los que no se ha previsto solución, y cuya falta de tratamiento frena todo intento de garantizar el derecho al aborto en la sanidad pública en España.

Por un lado, está el problema de que, bajo el amparo de la objeción de conciencia, se protejan figuras que no entran en su definición. Es a lo que Bosch Valero llama «*objeción de condiciones*», un concepto que elude a la situación que se da en muchos hospitales de titularidad pública, y concretamente en los servicios de ginecología, en los que muchos profesionales no tendrían problema con llevar a cabo abortos desde el punto de vista moral o de la conciencia, pero no los realizan por otro tipo de circunstancias. Una de las causas es por la falta de formación de los propios profesionales de la sanidad pública, que en muchos casos no conocen las técnicas de interrupción voluntaria del embarazo. Otra de esas razones es una situación denunciada a menudo en la que el propio jefe del servicio se declara objetor<sup>44</sup> y ello influencia la decisión del resto de ginecólogos y ginecólogas, al ponerlos en la tesitura de decidir entre practicar el aborto o seguir la línea marcada por el servicio, lo que resulta en numerosas ocasiones en objeciones simultáneas, que de manera indirecta no son otra cosa que una «*objeción colectiva*» contra la que el requisito de individualidad de la objeción poco podría hacer. Frente a ello, es cierto, la Ley Orgánica ordena que se garantice la prestación, pero esa garantía es geográfica<sup>45</sup>, pudiendo, si no se puede garantizar con los recursos humanos de centros públicos por la razón que sea, recurrir a centros privados, por lo que nada impide que este tipo de «*falsas*» objeciones se produzca, pues será más fácil evitar el conflicto y que la prestación se realice en la sanidad privada, donde no existe este problema.

---

<sup>44</sup> BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica...* cit.

<sup>45</sup> El preámbulo dice así: «*La ley establece la obligación de las administraciones públicas sanitarias, en el ámbito de sus respectivas competencias, de garantizar la prestación en los centros hospitalarios, de acuerdo con criterios de gratuidad, accesibilidad y proximidad, estableciendo los dispositivos y recursos humanos suficientes para la garantía del derecho en todo el territorio en condiciones de equidad*».

Por otro lado, aunque casi indisoluble al anterior, está el problema del estigma del aborto en el ámbito profesional sanitario. El calado de esta cuestión afecta a la configuración misma del actual sistema de garantías del aborto, pero tiene su origen en las primeras regulaciones del aborto en España. Como pudimos observar en la contextualización de este trabajo, a 40 años de dictadura franquista en los que se penaliza gravemente a la mujer que aborta y también a quienes «ayuden en el aborto» –especialmente a los profesionales médicos sanitarios, para los que preveía penas prisión, multas e inhabilitaciones–, le sucedió un periodo de gran inseguridad jurídica en el que se mantiene el tipo delictivo de la ley franquista casi sin aplicación, para luego instaurarse un sistema que despenalizaba determinadas prácticas abortivas, con unos límites muy difusos entre se consideraba punible y lo que no. Esa penalización propició, por un lado, la falta de seguridad de los médicos, que no se atrevían a realizar abortos ante el temor a verse inmersos en procesos penales y, por otro, la estigma y falta de prestigio asociada a la práctica del aborto y a los profesionales que la ejercían, incentivada por la moral y ética católicas que lo criminalizaba, asociándolo a la delincuencia y reprochando la clandestinidad a la que inicialmente se veía abocada. Las consecuencias de esa evolución siguen palpables hoy día, en parte porque, como ya dijimos, aunque ahora el sistema sea de plazos se sigue penando la realización de determinados aborto –los realizados entre 14 y 20 semanas de gestación si no se cumplen con la exigencias para el aborto por causas médicas<sup>46</sup>– con base a la moralidad católica y no por criterios médicos de viabilidad fetal, y en parte porque el estigma continúa entre los profesionales de la sanidad pública y en muchos casos deriva en «objeciones» que, repetimos, no entran en los parámetros de la objeción de conciencia.

Otra cuestión a tratar deviene de la utilización preferente en los centros de la sanidad pública de métodos farmacológicos en detrimento de los instrumentales. En este sentido, aunque la Ley prevea la necesidad de que los centros que realicen abortos cuenten con recursos necesarios para ambos –ya que como vimos en muchos casos son complementarios–, el análisis de los datos estadísticos revelaba un claro paralelismo entre la utilización preferente de métodos instrumentales en centros privados y de métodos farmacológicos en los públicos. Entonces, si los instrumentales parecen reporta más beneficios para las mujeres cabe cuestionarse a qué se debe su menor uso en la sanidad pública.

---

<sup>46</sup> Artículo 145 bis del Código Penal: «Será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación especial para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de seis meses a dos años, el que, dentro de los casos contemplados en la ley, practique un aborto: a) Sin contar con los dictámenes previos preceptivos».

Posiblemente la principal razón sea, como ya hemos visto antes, el desconocimiento de los métodos instrumentales; pero lo que en este punto se defiende es que incentivar método farmacológico es también en parte la solución práctica que se da al problema de falta de recursos humanos a causa de la objeción de conciencia, ya que estos métodos conllevan en la mayoría de casos una menor implicación directa del profesional en la interrupción, y por tanto una menor carga ética-moral para el profesional.

Por último, es conveniente hacer algunas apreciaciones relacionadas con la previsión de creación de registros de objetores al IVE. Está prevista la creación de un registro en cada comunidad autónoma y otro en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Su creación es la medida más novedosa en materia de garantías del derecho al aborto y el derecho a la objeción de conciencia, pero ya hemos visto la complejidad de esta interrelación, por lo que consideramos poco probable que esta medida por sí sola garantice el equilibrio entre ambos derechos. Poco se sabe aún de cómo sería su funcionamiento, pero ya la propia Ley evidencia debilidades en la medida. Como expresa Bosch Valero<sup>47</sup>, el carácter privado de estos registros, a cuyo contenido sólo tendrán acceso la dirección de centros sanitarios, las personas encargadas de la planificación de recursos humanos en las comunidades autónomas y el INGESA, unido a que sólo serán inscribibles las personas directamente implicadas en el aborto, no impide que la mujer sea atendida con anterioridad por personal sanitario que –sin estar directamente implicado y por tanto no inscrito–, es objetor de conciencia, lo que podría llevar a que no ofrezca el IVE como una opción o que la información que se dé a la mujer no sea objetiva. Por otro lado, hay que tener en cuenta que son las comunidades autónomas en sus respectivas políticas en materias de sanidad las que, teniendo en cuenta la información contenida en su registro, distribuyan la prestación en el territorio, sin que ello implique que sea en centros públicos.

#### 4. CONCLUSIONES

El presente trabajo partía de la siguiente hipótesis: existen aspectos de la objeción de conciencia al aborto que, al no estar suficientemente regulados, dificultan el acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo con plenas garantías dentro del Sistema Público de Salud.

---

<sup>47</sup> BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica...* cit.

Para verificar o no dicha hipótesis, se planteó, en primer lugar, analizar si el actual marco legal garantiza el derecho de las mujeres a abortar dentro del Sistema Público de Salud y, en segundo lugar, en función de lo anterior, estudiar en concreto de qué manera la actual configuración de la objeción de conciencia obstaculiza dicho derecho.

Para tal fin, se consideró apropiada realizar una investigación teórica de enfoque multimodal que combinara la metodología cualitativa hermenéutica de interpretación jurídica con la recopilación de datos cuantitativos estadísticos sobre la situación actual. Así, partiendo necesariamente de la contextualización histórico-legal de ambas figuras y pasando por la observación de cifras oficiales –que arrojaban ya evidencias sobre las consecuencias de la regulación en materia de aborto y objeción de conciencia–, se procedió al análisis de impacto de la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, usando como guía las variables de efectividad, eficacia y eficiencia. Por último, sobre los resultados de dicho análisis, nos centramos en identificar cuestiones vinculadas a la objeción de conciencia que dificultan el pleno disfrute de una prestación, configurada como un derecho, en la sanidad pública.

En la observación de datos estadísticos se identificó, respecto al aborto, que los llevados a cabo por voluntad de la mujer, que se fija legalmente en el plazo de las 14 primeras semanas de gestación, en su mayoría son derivados a centros de titularidad privada, y que los métodos utilizados mayoritariamente son los instrumentales, mientras que, en los centros de la sanidad pública, en proporción al total de ambos tipos –voluntario y por causas médicas–, se llevan a cabo más interrupciones por causas médicas, que tienen lugar en etapas más avanzadas de la gestación, observándose además una evidente preferencia por la utilización de métodos farmacológicos. Por otro lado, respecto a la objeción de conciencia, se puso de manifiesto la falta de datos y de transparencia respecto al número y distribución del personal objetor, dificultando que la realidad subyacente pueda identificarse como un problema, lo que justifica la necesidad de indagar en la cuestión.

Como resultado del análisis de impacto, hemos llegado a la conclusión de que no hay un marco jurídico que proteja correctamente el derecho al aborto en España, principalmente por la incapacidad política y legislativa de los poderes públicos de ofrecer dicha prestación con plenas garantías dentro del Sistema Público de Salud. En términos de efectividad, se ha identificado un posible conflicto de competencias en relación a la gestión de la sanidad pública por parte de las comunidades autónomas. Desde el punto de vista de la eficacia, hemos demostrado que la norma resulta insuficiente para alcanzar sus objetivos, por cuanto declara la intención de garantizar la prestación en centros sani-

tarios públicos de acuerdo a principios de gratuidad, accesibilidad y proximidad, pero no recoge ni una sola medida para evitar la derivación automática que se viene produciendo a centros de titularidad privada. Por último, hemos puesto de manifiesto que la Ley tampoco es eficiente en término de equilibrio de derechos fundamentales, dado que el ejercicio de la objeción de conciencia, pese a su naturaleza excepcional, goza por su insuficiente regulación de menor intromisión y por tanto de mayor libertad para su ejercicio, de lo que resulta una posición privilegiada respecto al acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, a pesar de los derechos constitucionales que se ven afectados.

La última parte del trabajo se ha centrado en la identificación de una serie de cuestiones relacionadas con la objeción de conciencia cuya falta de tratamiento impide todo intento de garantía del derecho al aborto en la sanidad pública. En concreto se ha identificado, en primer lugar, la existencia de «*falsas objeciones*», entendidas como la protección bajo la definición de objeción de conciencia de situaciones que nada tienen que ver con la moral, como la objeción profesional o de condiciones. En segundo lugar, se ha hecho hincapié en el problema del estigma ligado al aborto en el ámbito profesional sanitario, que tiene su origen en la evolución histórica-normativa del aborto y que afecta a la configuración misma del actual sistema de garantías del derecho al aborto. En tercer lugar, se ha puesto de manifiesto el fomento de métodos farmacológicos como solución práctica al problema de la falta de recursos humanos a consecuencia de la objeción de conciencia, pese al menor impacto sobre el bienestar físico y psicológico de las mujeres de los métodos instrumentales. Y, por último, se ha cuestionado la viabilidad de la medida elegida para dar garantía de la prestación del IVE en la sanidad pública, consistente en la creación del registro de objetores de conciencia al aborto, por ser insuficiente por sí misma, precisamente por no prever respuestas a las cuestiones que previamente se ha detallado.

De todo lo expuesto, se puede concluir que, si bien es cierto que el marco legal actual elimina importantes dificultades sobre el acceso al aborto, como el periodo de reflexión, la información preceptiva sobre ayudas a la maternidad, el consentimiento de los representantes legales en caso de menores o personas con discapacidad, o el acoso a mujeres que acuden a las clínicas a interrumpir voluntariamente su embarazo<sup>48</sup>, la normativa actual continúa siendo insuficiente

---

<sup>48</sup> Artículo 172 quater del Código Penal: «1. *El que para obstaculizar el ejercicio del derecho a la interrupción voluntaria del embarazo acosare a una mujer mediante actos molestos, ofensivos, intimidatorios o coactivos que menoscaben su libertad, será castigado con la pena de prisión de tres meses a un año o de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a ochenta días*».



te en la eliminación de obstáculos por su incapacidad para garantizar la prestación en centros de la sanidad pública.

La correcta regulación de estos derechos es crucial desde el punto de vista democrático, y no sólo por los derechos fundamentales que pueden verse y de hecho se ven directamente vulnerados, como ya hemos observado, sino también porque, debido a las implicaciones de género que tiene la cuestión, afecta a la propia ciudadanía de las mujeres, pues no es posible concebir autonomía pública sin considerarlas sujeto político y jurídico<sup>49</sup>, y para ello es inexcusable el reconocimiento de la autonomía privada y, por tanto, de la libertad sobre el propio cuerpo. Siendo conscientes de las limitaciones, por evidentes cuestiones de espacio, de este trabajo y de la necesidad de indagar aún más en las cuestiones tratadas, entendemos que, de abordarse, podría llegarse a garantizar el derecho al aborto en la sanidad pública y que, al mismo tiempo, se llegaría a un equilibrio real con el derecho a la objeción de conciencia, sin que ello implique su supresión del ámbito sanitario.

Si bien, para que sea posible esta transformación es necesario resignificar la concepción del aborto, es fundamental que en el centro del debate social, político y legislativo sobre la cuestión se sitúen los derechos fundamentales de las mujeres y especialmente su salud y libertad para decidir sobre su propio cuerpo y, en consecuencia, sobre su propia vida. Serán necesarios grandes esfuerzos, más aún teniendo en cuenta la tendencia hacia la privatización de la sanidad pública que estamos viendo en diferentes territorios, pero precisamente la lucha feminista se ha caracterizado por ser motor de cambio social y, con seguridad, en estas cuestiones no será diferente.

## 5. BIBLIOGRAFÍA

- AHUMADA RUIZ, Marian, «Una nota sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios», *Revista Jurídica Universidad Autónoma de Madrid* (35), 2017, pp. 307-320.
- BOSCH VALERO, José Antonio, *El aborto en España. Guía jurídica práctica de la interrupción voluntaria del embarazo*, Navarra, Aranzadi, 2023.
- LEÓN ALONSO, Marta, «Objeción de conciencia, interrupción voluntaria del embarazo y anticoncepción: un debate inconcluso», en Marta LEÓN ALONSO,

---

<sup>49</sup> TORRES DÍAZ, María Concepción, «Mujeres y derechos sexuales y reproductivos: cuerpos y subjetividad desde la periferia constitucional», en LEÓN ALONSO, Marta, SGRÓ RUATA, María Candelaria, *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re)emergente*, Córdoba, Católicas por el Derecho a Decidir, Argentina, 2014, pp. 119-148.

- María Candelaria SGRÓ RUATA, *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re)emergente*, Córdoba. Católicas por el Derecho a Decidir, Argentina, 2014, pp. 149-190.
- MINISTERIO DE SANIDAD, *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2022*. Madrid: Dirección General de Salud Pública, 2023.
- MONTSENY, Federica, *La sanidad y la asistencia social durante la Guerra Civil. En Los médicos y la medicina en la guerra civil española*, Madrid, Saned, 1986.
- MUÑOZ CONDE, Francisco, *Derecho Penal. Parte Especial. 6.ª Edición*, Sevilla, Publicaciones de la Universidad de Sevilla, 1985.
- NAVARRO CASADO, Silvia, *La objeción de conciencia en sanidad: contraprestación y registro de objetores. Tesis doctoral*, Universitat de Barcelona, 2021.
- NAVARRO VALLS, Rafael, MARTÍNEZ TORRÓN, Javier, *Conflictos entre conciencia y ley. Las objeciones de conciencia*. Madrid, Iustel, 2011.
- TORRES DÍAZ, María Concepción, «Mujeres y derechos sexuales y reproductivos: cuerpos y subjetividad desde la periferia constitucional», en LEÓN ALONSO, Marta, SGRÓ RUATA, María Candelaria, *La reforma del aborto en España: perspectivas de un debate (re)emergente*, Córdoba, Católicas por el Derecho a Decidir, Argentina, 2014, pp. 119-148.