

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO: PROCEDIMIENTO PARA SU EJERCICIO. LOS REGISTROS DE OBJETORES.

María Martín Ayala

Servicios Jurídicos.

Servicio de Salud de Castilla La Mancha.

1. LA REGULACIÓN DE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LA LEY 5/2010, DE 3 DE MARZO, DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO.

La necesidad de una ley que regulara la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en relación con el aborto y delimitase su alcance, contenido y las condiciones para su ejercicio, ha sido una constante demanda tanto desde el ámbito jurídico como sanitario. Sin embargo, no podemos obviar que, por parte de algunos colectivos de estos mismos sectores, se mantenía la innecesariedad de esta regulación argumentándose que, ante la negativa de los facultativos a realizar este tipo de intervenciones, la realidad clínica siempre había solventado eficazmente la situación sin que resultara menoscabada la prestación de los servicios sanitarios.

Dicha concreción se ha visto parcialmente satisfecha con la entrada en vigor de la nueva Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y

de la Interrupción Voluntaria del Embarazo¹. Por primera vez se reconoce a través de un texto legal el derecho de objeción de conciencia en el caso del aborto, pero sin otorgarle la importancia que, a nuestro juicio, merece, puesto que, después del largo camino recorrido hasta su reconocimiento legal, no se le ha concedido un tratamiento individualizado en un artículo concreto, sino que se ha incluido como una consecuencia de la práctica de la prestación².

De este modo, comprobamos que artículo 19 de la Ley recoge el derecho de los profesionales a

¹ En opinión del Comité de Bioética de España a propósito del proyecto de Ley Orgánica de Salud sexual y Reproductiva y de la IVE (7 de octubre de 2009) debía tratarse de una ley con rango suficiente pues encuentra fundamento constitucional (conclusión décima). En el mismo sentido se pronunciaba el Consejo de Estado en su Dictamen de 17-9-2009 Ref.1384/2009.

² Contemplado en el Capítulo II, relativo a las “garantías en el acceso a la prestación”, artículo 19: “medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud”.

la objeción, si bien su vago contenido no deja de multiplicar los interrogantes sobre su aplicación. Así, de acuerdo con lo dispuesto en el mismo, analizamos a continuación los requisitos necesarios para su formulación.

En primer lugar, respecto al ámbito subjetivo, la Ley sólo admite la objeción de conciencia en relación con “*los profesionales sanitarios directamente implicados*” en la interrupción voluntaria del embarazo. Esta delimitación puede tener su origen en un voto particular emitido en su día a propósito de la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, que sostuvo que la conocida como “cláusula de conciencia” es un derecho constitucional solamente del médico y demás personal sanitario al que se pretenda que actúe de una manera *directa* en la realización del acto abortivo.

Pero ¿a quién debemos entender incluidos en el término de *profesionales directamente implicados*? Tanto el Código Penal como la propia Ley 2/2010 exigen que el aborto sea practicado por un médico o bajo su dirección³, por lo que no cabe duda, como por otra parte parece lógico, que el facultativo ostentará el derecho.

En el otro extremo⁴, encontramos posturas que incluyen en esta acepción al personal administrativo, al personal de trabajo social o psicología, al ecógrafo, al analista, anestesista, enfermero, ginecólogo, o cualquier otro especialista, que directa o

³ Artículo 195 bis del Código Penal derogado por la Ley 2/2010, y artículos 12 y siguientes de la Ley 2/2010.

⁴ La Guía Ética de la Objeción de Conciencia elaborada recientemente por el Centro Jurídico Tomás Moro junto con otras asociaciones se refiere al personal administrativo que tiene que planificar la agenda del médico, o que tiene que autorizar el pago de las facturas de la práctica abortiva, al personal de trabajo social o psicología, que tiene que informar sobre la práctica del aborto, al ecógrafo que tiene la misión de realizar las pruebas conducentes a establecer la discapacidad del feto, al analista, anestesista, enfermero, ginecólogo, o cualquier otro especialista, que directa o indirectamente coopere en cualquiera de los actos administrativos, médicos o auxiliares necesarios para concluir un aborto. Del mismo modo, se afirma que tiene que reconocerse la objeción del director del centro clínico u hospitalario que por razón de su cargo tiene que diseñar los cuadrantes, permisos, agendas o disponibilidad de personal necesario para garantizar la práctica de interrupciones voluntarias del embarazo, ya sea en centros públicos o privados. De igual forma, el médico de atención primaria, que en algunas comunidades autónomas es el primer obligado por ley a entregar a la mujer gestante los sobres informativos sobre la práctica abortiva.

indirectamente coopere en cualquiera de los actos administrativos, médicos o auxiliares necesarios para concluir un aborto e incluso al médico de atención primaria, que en algunas comunidades autónomas es el primer obligado por ley a entregar a la mujer gestante los sobres informativos sobre la práctica abortiva. Asimismo plantean la posibilidad de otorgar este derecho a objetar a quién tiene que autorizar la objeción. Lo mismo sucede en relación al Comité Clínico, cuya intervención es necesaria para que, en determinados supuestos, el aborto pueda llevarse a cabo.⁵

En este contexto, en otros países encontramos pronunciamientos que sostienen que los motivos de conciencia que algunos profesionales pueden esgrimir son perfectamente admisibles y equiparables a los de los que se niegan a participar directamente en la intervención abortiva. Así lo ha reconocido por ejemplo, la jurisprudencia norteamericana en la sentencia donde se admitió el derecho a objetar a una enfermera que se negó a preparar el instrumental médico con el que se iba a practicar un aborto, y a recoger los restos humanos que de él se derivaron⁶; o la Ley italiana de 22 de mayo de 1978, que reconoce la objeción de conciencia al que ejerce “*actividades auxiliares*”⁷.

A raíz de este debate, y teniendo en cuenta la indeterminación de la ley, alguna Administración Sanitaria ha optado por concretar exactamente este aspecto subjetivo. Destacamos así, la Orden de 21 de junio de 2010 de la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha que considera que son profesionales directamente implicados los *facultativos especialistas en ginecología y obstetricia, los facultativos especialistas en anestesiología y reanimación, los diplomados en enfermería y las matronas*⁸. Sin embargo, el pasado mes de septiembre, el Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha, acordó la suspensión cautelar de

⁵ El Comité Clínico se regula en el artículo 16 de la LO 2/2010, desarrollado posteriormente por el RD 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la LO.

⁶ Sentencia de la Corte del Distrito del Estado de Indiana, 128 F.D.R. 666, 1989 U.S. Dist.Lexis 16391, Tramm versus Porter Memorial Hospital.

⁷ Recurso de Inconstitucionalidad interpuesto por el Grupo Popular a la Ley 2/2010. Motivo Sexto: Inconstitucionalidad del artículo 19.2 párrafo primero de la Ley 2/2010, de 3 de marzo, por vulneración de los artículos 16.1 y 2 y 18.1 de la CE.

⁸ Art. 3 de la mencionada Orden.

los efectos de este precepto⁹, a raíz de la interposición, por parte del Colegio de Médicos de Toledo, de un recurso contencioso-administrativo contra la mencionada Orden. En el mismo plantean su desacuerdo con la restricción del derecho respecto a los profesionales citados en la misma, argumentando que dicha limitación imposibilitará el ejercicio de un derecho fundamental constitucionalmente reconocido al resto de los profesionales implicados en la intervención, como es el caso de los médicos de atención primaria¹⁰. Como consecuencia, la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla la Mancha ha manifestado su intención de modificar la Orden ampliando el derecho a todos aquéllos profesionales sanitarios directamente

⁹ Auto nº 392/10 de la Sección 2ª del TSJ de Castilla La Mancha de 29 de septiembre de 2010.

¹⁰ Los motivos esgrimidos por el Colegio Oficial de Médicos de Toledo en el recurso contencioso administrativo planteado contra la Orden de 23/06/2010 citada (P.O. 606/2010) basan su fundamentación en la antigua doctrina del Tribunal Constitucional (STC 53/1985 de 11 de abril) que hacía referencia al derecho de objeción afirmando que, en cuanto que forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el artículo 16.1 de la Constitución, “existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación”. Sin embargo, recordemos que con posterioridad se pronunció de forma contradictoria, a raíz de una Sentencia de 1987 (STC 161/1987), relativa a la objeción de conciencia al servicio militar, estableciendo que debe ser el legislador, mediante la promulgación de la norma de desarrollo correspondiente, quien reconozca la aplicación de la objeción de conciencia para casos concretos, y quien armonice en la forma que estime más conveniente el derecho individual del objeto, con la salvaguarda de derechos reconocidos (como es el derecho a la protección de la salud), estableciendo condiciones razonables y proporcionadas a la protección de todos los intereses afectados. A estos efectos, recordemos la reciente y significativa Sentencia del Tribunal Supremo de 21 de junio de 2010, que desestima una solicitud de objeción de conciencia presentada por dos asistentes técnico-sanitarios afirmando que en nuestro ordenamiento, no existe un derecho general a la objeción de conciencia de alcance constitucional, ya que se trata de un derecho de rango puramente organizativo. Argumenta su tesis en dos razones fundamentales: en primer lugar, el artículo 16.1 de la Constitución recoge como límite específico a la libertad religiosa “el mantenimiento del orden público protegido por la ley”, lo que pone de manifiesto que el constituyente nunca estableció que las personas pueden comportarse siempre según sus creencias, y en segundo lugar alega el artículo 9.1 de la Carta Magna que consagra el imperio de la ley y la obediencia incondicionada al derecho, de modo que el reconocimiento de un derecho a la objeción de conciencia de alcance general “equivaldría en la práctica a que la eficacia de las normas jurídicas dependiera de su conformidad con cada conciencia individual”.

implicados en la interrupción voluntaria del embarazo.

Al hilo de la cuestión principal, y adentrándonos en lo que debemos considerar como ámbito objetivo del derecho, nos planteamos ahora qué actividades debemos entender incluidas en la práctica de la intervención. En lo que se refiere a este punto, no parecen existir dudas respecto a que la alegación de la no intervención comporta para el personal sanitario el reconocimiento de su derecho a no intervenir en la práctica del acto abortivo en sentido estricto (la destrucción del feto), pero no podemos afirmar lo mismo respecto a la emisión de los dictámenes previos exigidos para el caso de la interrupción por causas médicas del art. 15 de la Ley¹¹, pruebas diagnósticas prenatales, o a la realización de las actividades asistenciales anteriores al mismo¹², puesto que la norma simplemente conviene en afirmar que: “*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*”(art.19.2).

La propia Comisión Central de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial (OMC) emitió el pasado mes de julio un comunicado con objeto de precisar que la objeción de conciencia, tal y como viene contemplada en la Ley 2/2010, “*sólo puede ser admitida en aquellas acciones directas necesarias para su realización y, por tanto, no debe trasladarse a actuaciones previas indirectas, ya que podría convertirse en una obstrucción a un derecho contemplado en la legislación vigente*”¹³.

Sin embargo, el Tribunal Superior de Justicia de Baleares, en su Sentencia de 13 de febrero de 1998, anterior por tanto a la Ley que nos ocupa, sostenía que no cabía exigir del profesional sanita-

¹¹ La simple realización de valoraciones ecográficas minuciosas no atentaría en ningún caso contra la objeción de conciencia del médico, pero sí le obligan a tener que especificar datos que justifiquen, conforme a los casos legalmente previstos, interrupciones de embarazo.

¹² La Sentencia de 13 de febrero de 1998, TSJ de Baleares, consideró incluidas en éstas actividades asistenciales la “*instauración de la vía venosa y analgésica, control de dosis de oxitocina, control de dilatación del cuello del útero y control de las constantes vitales durante todo el proceso*”

¹³ Fuente: www.medicospacientes.com, Madrid, 27 de julio de 2010.

rio que en el proceso de interrupción voluntaria del embarazo tenga la intervención que corresponda a la esfera de sus competencias “*intervención que por hipótesis se endereza causalmente a conseguir, sea con actos de eficacia directa, sea de colaboración finalista, según el cometido asignado a cada cual, el resultado de la conciencia que el objetor rechaza, cual es la expulsión del feto sin vida*”. De lo anterior puede desprenderse que para el Tribunal referido, la objeción de conciencia respecto del aborto puede invocarse no sólo cuando el profesional sanitario va a realizar actos directos que lo provoquen, sino también cuando su curso se limita a la colaboración finalista del proceso en sí.

A nuestro juicio, sin embargo, si bien cabría analizar caso a caso el derecho a la objeción de los profesionales que van a intervenir *directamente* en la interrupción, parece claro que la objeción no debe implicar la exención de actividades asistenciales posteriores, y ello porque las razones de conciencia no pueden extenderse a todas las incidencias derivadas del acto abortivo, puesto que además, en ocasiones, no podríamos definir las en el tiempo. Es comprensible que un profesional se abstenga de llevar a cabo una actuación que le plantea conflictos de naturaleza ideológica, pero no puede negarse a prestar atención sanitaria a alguien que lo necesita, independientemente de la razón que lo haya conducido a ésta situación (pensemos en otros casos como pudiera ser el suicidio), teniendo el deber jurídico de su asistencia.

Por otra parte, ¿qué ocurre cuando un médico es objetor respecto a su labor en la sanidad pública pero practica el aborto en centros privados? Según lo recogido en la Declaración de la Comisión Central de Ética y Deontología Médica de la OMC, sería éticamente intolerable que un colegiado que objetara en conciencia en la institución en la que trabaja asalariado, practicara la acción objetada cuando trabaja por cuenta propia o en un centro privado. Tal conducta sería signo de doble moral que causaría grave descrédito a la profesión médica, pues revelaría el afán de lucro el móvil esencial de su comportamiento. En este sentido se debería de penalizar esta conducta.

Todo ello nos conduce a plantearnos nuevas cuestiones en lo que a la amplitud del derecho se refiere. En primer lugar, respecto a la posibilidad de admitir declaraciones de objeción de conciencia

al aborto *parciales*, LARIOS RISCO, D., afirma que: “*la respuesta en derecho debe ser afirmativa puesto que, ni la norma de aplicación (LO 2/2010) ni la doctrina anterior a ésta (STC 53/1985) permiten excluir esa posibilidad, ya que el alcance de la objeción moral a la realización de un acto sólo puede determinarla el propio objetor*”¹⁴, por lo que el facultativo puede mostrarse contrario a la interrupción del embarazo si se trata de una decisión no condicionada de la embarazada, y sin embargo no objetar en caso de que se trate de un aborto terapéutico o eugenésico. En estos casos la objeción de conciencia sólo podría ejercerse respecto a las conductas que efectiva y directamente resulten afectadas por la creencia que fundamenta la objeción.

Respecto al caso de la posible aceptación de una objeción de conciencia *sobrevenida*, no cabe duda de que, al no contemplarse en la normativa un límite temporal para presentar la declaración y al establecerse la posibilidad de revocación de la misma, debemos entenderla comprendida, teniendo en cuenta además, que la conciencia personal no es un elemento inamovible sino que fluye en función de factores como la evolución ideológica de la persona, el avance tecnológico e incluso de modificaciones en el catálogo de derechos de los usuarios.

En este mismo sentido, nos preguntamos ahora, si cabría contemplar también el caso de la objeción de conciencia *excepcional*, entendida ésta como la que surge en casos donde existe el deber jurídico de actuar pero las circunstancias determinan que sea discutible la concurrencia de este deber. A juzgar por lo expuesto, este supuesto nos conduciría a una mayor inseguridad jurídica, debido a que la normativa debe tender a la concreción de las actividades comprendidas y no a contemplar fórmulas abiertas.

Volviendo a los requisitos exigidos por la ley para el ejercicio de este derecho, en segundo lugar, respecto al modo de ejecución del mismo, se establece que debe llevarse a cabo sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia. De lo que se deduce que el

¹⁴ LARIOS RISCO, D. Informe de 20 de julio de 2010 de los Servicios Jurídicos del Servicio de Salud de Castilla La Mancha. Ref. 198/2010/IVI.

Servicio de Salud competente deberá organizarse para garantizar su prestación.

Desde este enfoque, la jurisprudencia ha dispuesto que cualquier facultativo de guardia que fuera requerido para una actuación puntual, tiene la obligación de prestar la asistencia que procediera, con independencia de que fuera objetor o no, alcanzando incluso situaciones límite como la de obligar al personal sanitario objetor de guardia a prestar asistencia a las pacientes internadas con objeto de una IVE en el caso de que nos hallemos ante una situación de emergencia (Sentencia de 29 de junio de 1998 de la Audiencia Territorial de Oviedo).

Por otra parte, la objeción de conciencia debe tratarse de una decisión individual del personal sanitario directamente implicado. Efectivamente, parece lógico que no pueda ser alegada por una persona jurídica, como por ejemplo un hospital privado: *“La razón es que la objeción de conciencia es un derecho estrictamente personal. Cuestión distinta es que una entidad sanitaria privada, en razón de su ideario, pueda prohibir la realización en la misma de actos abortivos, pero en este caso estaríamos ante una cláusula para la defensa del carácter propio de la entidad y no ante un supuesto de objeción de conciencia”*¹⁵.

La Comisión Central de Deontología Médica de la OMC afirma igualmente que debe tratarse de un derecho individual que no puede ser colectivo ni institucional, porque cercenaría el derecho del ciudadano a las prestaciones que contempla la Ley¹⁶.

Por último, en lo que atañe al aspecto formal, debe manifestarse anticipadamente y por escrito. Respecto a la manifestación con carácter anticipado, el artículo 9 del RD 2409/1986 de 21 de noviembre, sobre Centros Sanitarios Acreditados y Dictámenes Preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo (derogado por la LO 2/2010), ya contemplaba la obligación del médico de comunicar a la mujer que le solicita la

interrupción de su embarazo con carácter inmediato su negativa a realizar el aborto a fin de que ésta pueda acudir con tiempo suficiente a otro facultativo. Este concepto jurídico indeterminado de la anticipación, ha sido desarrollado únicamente por la Orden de 21 de junio de 2010 de Castilla La Mancha, que interpreta que la declaración deberá presentarse por escrito con una antelación de 7 días hábiles a la fecha prevista para la intervención, rigiendo este mismo plazo para la revocación de la misma (de lo que se concluye que debemos excluir la figura de la revocación implícita consistente en la intervención posterior en un aborto, acto que por otro lado sería contrario a la declaración).

Como se puede comprobar, de lo expuesto no se deduce el procedimiento a seguir para el ejercicio efectivo de este derecho por parte de los profesionales sanitarios, ya que la norma se limita a establecer premisas generales sin entrar en especificaciones como a quién se debe informar de la condición de objetores, ante quién se debe presentar la declaración, efectos del incumplimiento de los requisitos legales necesarios para poder ser considerado objetor...

En este sentido, la Ley, tanto en su Exposición de Motivos, como en su disposición adicional cuarta, habilita al Gobierno para llevar a cabo *sine die* el desarrollo reglamentario de todos aquellos aspectos necesarios para la aplicación y desarrollo de la misma. Sin embargo, si bien se han publicado algunas normas referidas a algunos aspectos de la Ley¹⁷, la cuestión de la objeción de conciencia no ha sido desarrollada hasta la fecha.

En efecto, a pesar de la obligatoria aplicación de sus preceptos con motivo de la entrada en vigor de la Ley el pasado día 5 de julio, no se ha producido el desarrollo necesario para la puesta en marcha de lo dispuesto en el artículo 19 para el ejercicio de derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales, lo que ha provocado que algunas CCAA, como en el caso mencionado de Castilla La Mancha, hayan decidido tomar la iniciativa mediante la publicación de sus propias

¹⁵ ABELLÁN, F.; ANTEQUERA VINAGRE, J.M.; GARCÍA GARCÍA, R.; LARIOS RISCO, D.; MARTÍN SÁNCHEZ, I.; SÁNCHEZ-CARO, J.; *Libertad de Conciencia y Salud, guía de casos prácticos*, Editorial Comares, Granada, 2008. pg.83.

¹⁶ Contenido parcial del comunicado de la Comisión Central de Deontología Médica de la OMC www.medicosypacientes.com. Madrid, 27 de julio de 2010.

¹⁷ Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley orgánica 2/2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, sobre la creación y funcionamiento del Comité Clínico, y Real Decreto 831/2010 de 25 de junio, de garantía de calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.

normas, asumiendo el riesgo de que, en un momento posterior, el Gobierno decida llevar a cabo su desarrollo reglamentario que pudiera resultar contradictorio y obligue, en su caso, a rectificar los pasos de éstas.

2. LOS REGISTROS DE OBJETORES DE CONCIENCIA AL ABORTO.

Tal y como se anticipaba, aunque la norma estatal no preveía nada al efecto, la Consejería de Salud y Bienestar Social se Castilla la Mancha, mediante la Orden de 21 de junio de 2010 (DOCM núm. 124, de 30 de junio), ha establecido el procedimiento de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, regulando asimismo la creación de un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia en el ámbito de dicha Comunidad Autónoma.

En lo que al procedimiento se refiere, el artículo 3 de la Orden establece que la declaración de objeción de conciencia se presentará en el registro del centro de trabajo o en cualquiera de los previstos en el artículo 38.4 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico y Procedimiento Administrativo Común, o telemáticamente y se dirigirá a la persona titular de la Gerencia de Atención Especializada en la que preste sus servicios. Recibida la solicitud, y una vez comprobado que se cumplen todos los requisitos legales, la persona titular de la Gerencia de Atención Especializada, ordenará de oficio la inscripción de la declaración en el registro de objetores de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo. En el caso de que la resolución no cumpla los requisitos legales, o haya sido presentada por profesionales que no estén directamente implicados en una IVE, la Gerencia denegará la inscripción. Contra ésta Resolución el interesado podrá interponer recurso de alzada ante la Dirección Gerencia del SESCAM.

De este modo, observamos que se ha optado por la creación de un registro de objetores dependiente del Director Gerente del SESCAM para dar cumplimiento a lo requerido por el artículo 19 de la Ley 2/2010¹⁸, favoreciendo la celeridad en la prestación sanitaria de la IVE así como el recono-

cimiento de la objeción de conciencia de los profesionales que por la nueva norma tienen atribuido.

La propia Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, en su artículo 23 prevé que las Administraciones Sanitarias, de acuerdo con sus competencias, crearán los registros y elaborarán los análisis de la información necesarios para el conocimiento de las distintas situaciones de las que puedan derivarse acciones de intervención de la autoridad sanitaria¹⁹.

En torno a ésta cuestión, aunque es cierto lo esgrimido sobre la falta de mención por parte de la Ley Orgánica de la traslación a las CCAA de la creación de un registro de estas características, debemos recordar que para otros casos, la norma básica si que ha contemplado ésta posibilidad. Así por ejemplo la Ley Básica de Autonomía del Paciente (Ley 41 /2002 de 14 de noviembre) establece art. 11.2 que cada Servicio de Salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito. Para ello, muchas autonomías han creado registros, en algunos casos de carácter constitutivo, para la inscripción de éstas declaraciones, de modo que se facilite su acceso a las personas autorizadas en el momento oportuno para que la voluntad del paciente pueda hacerse efectiva²⁰.

En este sentido, el Documento sobre la Objeción de Conciencia en Sanidad elaborado por el Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret Parc Científic de Barcelona (noviembre de 2007), cuyo origen reside en la necesidad de incidir en el diálogo entre la universidad y la sociedad mediante la transmisión del conocimiento científico y técnico, preconiza que *debe regularse el modo de efectuar la declaración de objeción mediante un documento que recoja de forma explícita a qué prácticas concretas afecta la objeción y, consecuentemente, debe constar claramente si el sujeto invoca objeción de conciencia a fin de que el*

¹⁹ En ejecución de estas competencias la Comunidad Autónoma de Andalucía ha creado y regulado el Registro único de partos y nacimientos de Andalucía mediante Decreto 330/2010 de 13 de julio.

²⁰ Cataluña (Decreto 175/2002, de 25 de junio), Madrid (Decreto 3/2005 de 23 de mayo), Galicia (Decreto 259/2007, de 13 de diciembre), Cantabria (Decreto 139/2004, de 15 de diciembre)...

¹⁸ La Ley afirma que deberá realizarse en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma (art. 19.2).

gestor sanitario pueda organizar adecuadamente la atención de los usuarios. Ésta declaración de objeción deberá ser registrada en cada institución de forma que se respeten las garantías establecidas en la Ley de protección de Datos. Ante cada supuesto de objeción, debe asegurarse siempre la atención al usuario de forma que éste pueda ejercitar efectivamente sus derechos. (...) Es decir, para que un derecho sea eficaz no basta con que se reconozca, sino que el ordenamiento tiene que establecer los cauces para que pueda ser ejercido en la práctica.(...)la formalización de la declaración deberá incluirse en un registro de la institución sanitaria donde se produzca. Ello está justificado por las indispensables necesidades de organización de las instituciones, para poder asegurar al máximo la previsión de poder cumplir con los deberes que tienen asignados. Este Registro, en tanto su contenido afecta al derecho a la intimidad, debe estar protegido conforme a la vigente ley orgánica de protección de datos.

Teniendo en cuenta éstas consideraciones la Orden de 21 de junio de 2010 citada, concibe el registro con una triple finalidad:

- a) La inscripción de las declaraciones de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, así como las revocaciones de la misma.
- b) Facilitar información a la Administración sanitaria para garantizar una adecuada gestión de dicha prestación con el fin de conocer los centros públicos a los que se pueda dirigir la mujer que manifieste su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo.
- c) Dar cumplimiento a lo requerido por la normativa vigente de protección de datos de carácter personal²¹.

Respecto a ésta tercera finalidad, recordemos que la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) es su artículo 2, obliga a la creación de un fichero automatizado cuando haya que llevar a cabo el tratamiento de datos de carácter personal registrados en soporte físico, en las condiciones

establecidas en el artículo 20 de la misma. Sin embargo el artículo 7.2 de la LOPD únicamente legitima el tratamiento de los datos de carácter personal que revelen la ideología, afiliación sindical, religión y creencias, en el supuesto de que se haya manifestado previamente el consentimiento expreso y por escrito del interesado. No obstante, respecto a ésta excepción, la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD), en el Informe de 4 de agosto de 2009, ha afirmado que el contenido de dicho artículo podría colisionar con lo a su vez dispuesto en el artículo 7.1 de la propia LOPD que establece que : “*De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 16 de la Constitución, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias. Cuando en relación con estos datos se proceda a recabar el consentimiento a que se refiere el apartado siguiente, se advertirá al interesado acerca de su derecho a no prestarlo*”.

En virtud del informe citado, dicha contradicción se solventaría a la luz de lo dispuesto en la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995²², concluyéndose que los datos referidos a la ideología del afectado deberán quedar restringidos en su tratamiento a menos que el propio interesado levante ésta restricción.

En el caso que nos ocupa, la LO 2/2010, tal y como se ha expuesto en anteriores párrafos, exige, con carácter previo al ejercicio de la objeción de conciencia, la manifestación expresa y anticipada del profesional sanitario objetor. O lo que es lo mismo, la propia Administración sanitaria, para garantizar la prestación, y por lo tanto, en el ejercicio de una potestad reglada, tiene la obligación de solicitar la declaración previa del objetor, lo que conlleva consecuentemente aparejado el consentimiento del profesional al tratamiento de esa información especialmente protegida y, por lo tanto, su renuncia a reservarse ése aspecto de su ideología. De este modo, la manifestación y el consentimiento para el tratamiento de los datos van irremisiblemente unidos.

En base a los argumentos anteriores, el Gabinete Jurídico de la AEPD en su informe núm.

²¹ LO 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y Reglamento de desarrollo de la citada ley, aprobado en virtud del Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.

²² Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995 relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos datos. Art. 8.2.

272/2010, considera que el tratamiento de los datos identificativos del personal sanitario que ejercita su derecho a la objeción de conciencia puede entenderse amparado en el artículo 7.2 de la LOPD, y en este sentido afirma: “De este modo, la exigencia de manifestación expresa del profesional previa al efectivo ejercicio del derecho en un supuesto determinado parece tener, según lo dispuesto en el artículo 19.2 de la Ley Orgánica, un doble objeto: por una parte, garantizar en todo caso el ejercicio del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa del profesional sanitario y, por otra, otorgar al sistema un principio de seguridad jurídica, de forma que quienes quieran acogerse a la prestación sanitaria y les sea denegada puedan conocer el hecho de que la persona que se opone a la realización de la prestación ha manifestado previamente su objeción a dicha realización”²³.

En este punto conviene que hagamos algunas puntualizaciones a lo esgrimido por la AEPD en este informe. Señala la Agencia que nos hallamos ante un derecho fundamental, en concreto ante el derecho a la libertad ideológica religiosa y de culto recogido en el artículo 16 de la Constitución Española, invocando a tal efecto la Sentencia del Tribunal Constitucional 53/1985, de 11 de abril, donde se sostenía, a propósito del aborto, que el citado derecho a la objeción de conciencia existe y puede ser ejercido con independencia de que se hubiera dictado o no una ley reguladora en esta materia. Sin embargo, recordemos que actualmente la doctrina de este Tribunal se sitúa en una postura distinta, sosteniendo que únicamente deberá admitirse éste derecho excepcionalmente respecto a un deber concreto, para lo cual es necesario la interposición de una ley que así lo reconozca²⁴. Sin duda, ha de tratarse de un error de referencias, pues de lo contrario estaríamos ante argumentaciones claramente contradictorias ya que, si se considera la objeción como derecho fundamental, no es posible que se sostenga paralelamente la necesidad de dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 19 de la LO 2/2010 mediante la creación de un registro.

A su vez, y siguiendo a LOMAS HERNÁNDEZ, V.;²⁵ “resulta confuso y equívoco el empleo

que hace la AEPD de los términos “registro” y “archivo” en el informe citado, al citarlos de forma indiferenciada otorgándoles el carácter de sinónimos. En resumen, según lo argumentado por éste autor, puede convenirse que los registros se diferencian de los archivos, en que confieren efectos jurídicos a los actos, pactos o simples datos que a ellos se incorporan, mientras que los archivos son simples conjuntos orgánicos de documentos reunidos para su conservación y ulterior utilización. Por lo tanto, a nuestro juicio, quizás se quiso hacer referencia a la analogía práctica entre registro de objetores y fichero automatizado que resulta de las conclusiones de este informe.

Al margen de éstas precisiones, en cuanto a los datos necesarios para poner de manifiesto la condición de objetor del profesional, la AEPD defiende el principio de proporcionalidad, estableciendo que únicamente deberán ser objeto de tratamiento los datos necesarios, sin que puedan ser tratados otros que aparezcan vinculados a la motivación religiosa o de otra índole que fundase su decisión²⁶. En concordancia con éste criterio el fichero creado al efecto por la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha²⁷, limita el tratamiento a los datos identificativos del profesional (NIF, nombre y apellidos, dirección y profesión), y, como es obvio, al hecho de su condición de objetor.

Asimismo, la AEPD, se inclina por que sea la Administración encargada de velar por la prestación del servicio y de controlar su adecuado cumplimiento quien mantenga el citado registro y, en consecuencia, asuma la condición de responsable del tratamiento. Paralelamente, la LO 2/2010, prevé en su artículo 19 que: “Los Servicios Públicos de Salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta ley”. De modo que, de acuerdo con este artículo, el SESCAM procedió el pasado mes de junio, a la creación del registro de objetores y su preceptivo fichero con el fin de garantizar el acceso y calidad

²³ Pág. 2 del informe núm. 0272/2010 de la AEPD.

²⁴ STC 160/1987 y STC 161/1987.

²⁵ LOMAS HERNÁNDEZ, V; en su trabajo titulado “Observaciones al Informe 0272/2010 del Gabinete Jurídico de la

AEPD sobre los registros de objetores de conciencia para la IVE”, 2010.

²⁶ Informe de la AEPD 272/2010, pág. 6

²⁷ Orden de 23/06/2010 de la Consejería de Salud y Bienestar Social de CLM (DOCM núm.127 de 5/07/2010).

asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo a la vez que el derecho de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo a ejercer la objeción de conciencia. En este caso, el responsable del fichero es el Director- Gerente de este organismo, en ejercicio de su competencia de acuerdo con la finalidad del tratamiento. Respecto al acceso al mismo, y según lo dispuesto en la Orden de 21 de junio de 2010 (art. 7), podrán hacerlo en el ámbito de sus competencias, las personas titulares de las gerencias de atención especializada de cada área de salud y de las direcciones-gerencias, direcciones médicas y direcciones de enfermería de los hospitales del SESCAM. Asimismo podrán acceder las personas que autorice la persona titular de la Dirección-Gerencia del SESCAM en ejercicio legítimo de sus funciones, y el propio interesado o su representante en lo que se refiere a sus propios datos.

Respecto al acceso a los datos por terceros distintos de la Administración Sanitaria, como es el caso de los pacientes que quisieran someterse a la intervención, la AEPD sostiene, *que el registro no debería ser libremente accesible, sino quedar limitado a los supuestos en los que el acceso se encuentre fundamentado en un interés legítimo de la paciente, como sucedería en el caso de que su médico manifestase su objeción a la práctica de la prestación* (Informe núm. 272/2010 de la AEPD, pág.7). Respecto a ésta afirmación LOMAS HERNÁNDEZ, V.;²⁸, afirma que la mención hecha al interés legítimo carece de sentido, toda vez que la paciente embarazada que pretenda acceder a ésta información lo hará siempre esgrimiendo no la titularidad de un interés legítimo sino de un derecho subjetivo como es el derecho a la prestación sanitaria de la IVE, y en todo caso, habría que tener en cuenta que la Ley 30/1992 de 26 de noviembre regula el acceso a expedientes en los que se contienen datos nominativos de personas, exige que se esté en posesión de un interés legítimo y directo y no simplemente legítimo.

En todo caso, continúa afirmando la AEPD, el acceso a los datos por parte de terceros distintos de la Administración Sanitaria debería ser lo más

²⁸ LOMAS HERNÁNDEZ, V; en su estudio “Observaciones al informe 272/2010 del Gabinete Jurídico de la AEPD sobre los registros de objetores de conciencia para la IVE”, 2010.

limitado posible, en aras a la garantía del principio de proporcionalidad ya citado, no pareciendo conciliarse con el derecho fundamental a la protección de datos personales un acceso público e ilimitado al registro a través, por ejemplo de un sitio Web.

Por último, y siguiendo la estructura del informe indicado, en cuanto al ejercicio por el interesado de sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (art.17 LOPD), no parecen existir dudas en que el interesado podrá ejercer en cualquier momento su derecho de acceso ni solicitar la rectificación de aquéllos datos que resultasen inadecuados o excesivos. Sin embargo, no podemos afirmar lo mismo respecto a sus derechos de cancelación u oposición, puesto que ello supondría revocar el consentimiento previamente otorgado para el tratamiento de sus datos²⁹, hecho que llevaría aparejada la pérdida de la condición de objeto del interesado, puesto que recordemos que el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 19 de la LO 2/2010, nos llevaba a la conclusión de que la declaración escrita y anticipada del profesional y la prestación de su consentimiento al tratamiento de los datos van indisolublemente unidas.

Respecto a los ficheros de titularidad pública, el artículo 23 de la LOPD establece los casos en los que se permite excepcionar los derechos de acceso, rectificación y oposición³⁰. Se refieren a

²⁹ En relación con lo dispuesto en el art.31.2 del Reglamento de desarrollo de la LOPD : “El ejercicio del derecho de cancelación dará lugar a que se supriman los datos que resulten ser inadecuados o excesivos, sin perjuicio del deber de bloqueo conforme a este Reglamento”, añadiendo que “en los supuestos en que el interesado invoque el ejercicio del derecho de cancelación para revocar el consentimiento previamente prestado, se estará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y en el presente Reglamento”

³⁰ “1. Los responsables de los ficheros que contengan los datos a que se refieren los apartados 2, 3 y 4 del artículo anterior podrán denegar el acceso, la rectificación o cancelación en función de los peligros que pudieran derivarse para la defensa del Estado o la seguridad pública, la protección de los derechos y libertades de terceros o las necesidades de las investigaciones que se estén realizando. 2. Los responsables de los ficheros de la Hacienda Pública podrán, igualmente, denegar el ejercicio de los derechos a que se refiere el apartado anterior cuando el mismo obstaculice las actuaciones administrativas tendentes a asegurar el cumplimiento de las obligaciones tributarias y, en todo caso, cuando el afectado esté siendo objeto de actuaciones inspectoras.

3. El afectado al que se deniegue, total o parcialmente, el ejercicio de los derechos mencionados en los apartados anteriores podrá ponerlo en conocimiento del Director de la Agencia Española de Protección de Datos o del organismo compe-

los ficheros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad elaborados para fines policiales, en función de los peligros que puedan derivarse para la defensa del Estado o la seguridad pública, la protección de los derechos y libertades de terceros o las necesidades de la investigación que se estén realizando; y a ficheros de la Hacienda Pública, cuando obstaculice las actuaciones administrativas tendentes a asegurar el cumplimiento de las obligaciones tributarias y, en todo caso, cuando el afectado esté siendo objeto de actuaciones inspectoras. Recordemos asimismo, que el artículo 24.2 LOPD preveía que éstos derechos no fueran de aplicación si, “*ponderados los intereses en presencia, resultase que los derechos que dichos preceptos conceden al afectado hubieran de ceder ante razones de interés público o ante intereses de terceros más dignos de protección*”, lo que fue juzgado inconstitucional en la STC 292/2000, por su abstracción y por carecer de fundamento constitucional, de modo que, las anteriores son, actualmente, las únicas excepciones a estos derechos³¹.

Como se puede observar, de la regulación actual no resulta evidente que se excepcione los derechos de oposición y cancelación referidos a los datos de aportación obligatoria, respecto a los cuales la normativa anterior establecía que sólo podían ejercerse en el caso de que se conculcaran los principios de la LOPD (calidad-incluida la pertinencia y la adecuación- finalidad)³².

tente de cada Comunidad Autónoma en el caso de ficheros mantenidos por Cuerpos de Policía propios de éstas, o por las Administraciones tributarias autonómicas, quienes deberán asegurarse de la procedencia o improcedencia de la denegación”.

³¹ GUICHOT, E; “*Datos personales y Administración Pública*”, Thomson, Civitas, Editorial Aranzadi, Navarra, 2005. pgs. 408 y ss.

³² El artículo 15 del Real Decreto 1332/1994, de 20 de junio, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los datos de carácter personal, ya derogado, preveía que cuando se tratara de datos que reflejen hechos constatados en un procedimiento administrativo, aquéllos se considerarán exactos siempre que coincidan con éste, lo que tiene especial importancia en los procedimientos de inspección y sanción. De esta forma, se da primacía a la presunción de legalidad de la actuación administrativa, debiendo el interesado, en caso de disconformidad, acudir a los medios de impugnación comunes a todo acto administrativo regulados en la Ley 30/1992 de procedimiento administrativo común, o, en su caso, en la ley 29/1998, de la jurisdicción contenciosa administrativa.

Por este motivo, el hecho de que la necesaria unión de la declaración anticipada sobre la condición de objetor a la prestación del consentimiento al tratamiento de sus datos sea una condición impuesta por la LO 2/2010, y conlleve inexorablemente a la renuncia de derechos reconocidos en la LOPD y su normativa de desarrollo (derechos de cancelación u oposición)³³, podría considerarse que excede de lo que se debe exigir a un profesional para poder disponer de otro de sus derechos (el proclamarse objetor).

El derecho a la protección de datos de carácter personal es un derecho fundamental con sustantividad propia contemplado en el artículo 18.4 de nuestra Constitución, que otorga a la persona un poder de control sobre sus datos personales, sobre su uso y su destino³⁴. La propia jurisprudencia constitucional³⁵ señala que “*el derecho de protección de datos atribuye a su titular un haz de facultades que emanan del derecho fundamental a la protección de datos y sirven a la capital función que desempeña éste derecho fundamental: garantizar a la persona un poder de control sobre sus datos personales, lo que sólo es posible y efectivo imponiendo a terceros los mencionados deberes de hacer*”. Es posible que el legislador no reparara en el conflicto que plantea al afectado la aplicación de lo dispuesto en el artículo 19.2 de la LO 2/2010 en lo que a los derechos de oposición y cancelación se refiere, para algunos quizás cuestionable, teniendo en cuenta el valor que el ordenamiento jurídico otorga a ambos derechos. Sin embargo, si consideramos necesario el conocimiento por parte de la Administración de la condición de objetores de sus profesionales, integrantes de los Servicios de Salud públicos (principio de calidad), así como su adecuación a los fines pretendidos (garantizar una prestación sanitaria en condiciones de calidad), podríamos hallar fundamento a la citada privación basándonos en la relación de proporcionalidad de los derechos en conflicto.

³³ Art.16 y 17 LO 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y art. 24 y 25 del Reglamento de desarrollo de la citada ley, aprobado en virtud del Real Decreto 1720/2007 de 21 de diciembre.

³⁴ SÁIZ RAMOS, M; LARIOS RISCO, D: “*El derecho de acceso a la historia clínica del paciente: una propuesta para la reserva de anotaciones subjetivas*.”, Revista de Derecho y Salud, nº 18, 2009, pgs. 22-23

³⁵ STC nº 292/2000, de 30 de noviembre.

3. OTRAS ALTERNATIVAS PLANTEADAS.

Tal y como exige la LO 2/2010, el modelo contemplado en la Orden de 21 de junio de 2010 de la Consejería de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha, se configura con el fin de servir como instrumento en el plano meramente organizativo de la administración sanitaria, sin que se deriven efectos en derechos ya reconocidos con anterioridad. La objeción será eficaz en sí misma, sin necesidad de su comprobación por una comisión deontológica o un organismo administrativo y menos aún de la exigencia de una prestación sustitutoria como ocurría en la objeción de conciencia en materia del servicio militar, pero para su ejercicio deben cumplirse las condiciones recogidas en la Ley y, en el ámbito de Castilla La Mancha, también con las recogidas en la Orden. De este modo, cabe la posibilidad de que el facultativo haya expresado su negativa sin que ésta se haya inscrito aún en el registro, lo que no obsta para que se respete su decisión siempre que lo haya efectuado anticipadamente y por escrito, recayendo en él la carga de la prueba (tratándose de un requisito formal con eficacia *ad probationem*). Consecuentemente, hemos de diferenciar dos momentos en el procedimiento del ejercicio del derecho: la declaración previa del profesional y la aceptación por parte de la Administración o su rechazo en caso de que no cumpla con los requisitos legales.

Este registro creado por una autoridad sanitaria autonómica, ha suscitado críticas por parte de algunos sectores, las más significativas, las planteadas por los Colegios Profesionales que reclaman la competencia de la creación los mismos en virtud de sus normas deontológicas.

Respecto a las objeciones de este colectivo sobre la posible falta de confidencialidad de la identidad del objetor y su posible trato discriminatorio por su condición de objetor (posible “*lista negra*” de los profesionales sanitarios objetores³⁶), de lo expuesto en el título anterior deducimos que son argumentos infundados puesto que sólo tendrán conocimiento de ésta información las personas directamente encargadas de la organización asistencial así como los propios interesados. De modo

que, en contra de lo que se sostiene, el contenido del registro no es de ningún modo, de acceso público. Respecto a esta cuestión debe tenerse en cuenta la necesidad de armonizar el derecho del objetor a no ser discriminado con la obligación de la administración de adoptar las medidas pertinentes para evitar que la objeción del personal sanitario suponga la imposibilidad de realizar un acto médico, legalmente permitido, en un centro hospitalario público. En este sentido recordar que el Tribunal Supremo (Sentencia de 20 de enero de 1987) ha entendido que el traslado de unas ayudantes técnico-sanitarias a un servicio distinto del cual trabajaban dentro del mismo hospital a causa de su negativa por razones de conciencia a intervenir en actos abortivos, no resulta discriminatorio.

Los colegios profesionales, tal y como se conciben, son organizaciones de derecho público, depositarios de la confianza social en el ordenamiento de la profesión médica, con una especial competencia reguladora en la ética y en la deontología profesional³⁷. La propia Ley de Colegios Profesionales (Ley 2/1974 de 13 de febrero) atribuye a éstos la función de ordenar la actividad de los colegios, velando por la ética y la dignidad profesional y por el respeto debido a la actividad de los particulares y así como el ejercicio de la facultad disciplinaria en el orden profesional y colegial.³⁸ De este modo, uno de los lugares de carácter no normativo donde la objeción de conciencia del profesional sanitario tiene gran desarrollo desde hace años, es en los códigos deontológicos³⁹.

³⁷ Artículo publicado el 23-03-2010 en la revista Medicina Clínica: Altisent Trota R, et al. Objeción de conciencia en la profesión médica: propuesta de validación, Barc. 2010.

³⁸ La normativa básica señala que, con carácter general, “será requisito indispensable para el ejercicio de las profesiones colegiadas la incorporación al colegio en cuyo ámbito territorial se pretenda ejercer la profesión” (art. 3.2 de la Ley 2/1974 de 13 de febrero de Colegios Profesionales) y que en tanto en cuanto no se exima de este requisito mediante disposición expresa, el mismo resulta exigible tanto para el ejercicio privado de la profesión, como para el desempeño de la misma por parte de las Administraciones Públicas, por lo que debemos estar a lo establecido en las distintas regulaciones autonómicas.

³⁹ En el documento de la Asamblea General de la OMC elaborado por la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado sobre la objeción de conciencia del médico, se afirma que “*con vistas a la prestación de ayuda y asesoramiento del Colegio de Médicos que señala el artículo 27.2 del Código de Ética y Deontología médicas*”, la Comisión sugiere la creación de un procedimiento, voluntario y confidencial, me-

³⁶ SERRANO, S; Contenido de la entrevista realizada a Luís Rodríguez Padiá, Presidente del Colegio de Médicos de Toledo, www.abc.toledo.es, 16/08/2010.

Por estos motivos, desde algunos sectores de éste ámbito corporativo, se ha propuesto un proceso de validación que sea reconocido por la autoridad sanitaria, supeditando el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales al dictamen emitido por el colegio profesional, realizado tras una evaluación de la sinceridad y la consistencia de la posición expuesta por el colegiado que se declara objetor, concibiéndose como un proceso que permitiría advertir y reconducir aquellos casos en que se pudiera suscitar la objeción de manera inadecuada⁴⁰. En este caso, serán las Comisiones de Deontología las encargadas de la validación, que, por su función consultiva, pueden ejercer un papel significativo en el diagnóstico diferencial de la objeción de conciencia, evitando que se formulen asuntos como auténticos casos de objeción de conciencia cuando realmente no lo son. Una vez efectuado el filtro, se inscribirían en un registro voluntario, personal y confidencial, a cuyo contenido sólo debería tener acceso el responsable del Colegio profesional gestor del mismo, y sobre el que únicamente se podría facilitar información al inmediato superior del objetor en la institución donde se desarrolla la asistencia con el fin de que pueda reorganizar la actividad asistencial.

Haciendo un paréntesis, observamos que, de acuerdo a este planteamiento, los datos del profesional objetor, no sólo serían tratados en su ámbito corporativo sino que deberían trasladarse posteriormente al ámbito sanitario por lo que en este caso, tendrán acceso a esta información un número superior de personas que en el modelo anterior.

Asimismo, hemos de señalar, que la AEPD ha puesto de manifiesto en varias ocasiones, que los ficheros de que sean responsables los Colegios Profesionales, en cuanto se relacionen con el ejercicio por los mismos de sus competencias de derecho público y, en consecuencia, con la atribución a éstos de potestades administrativas, se encontrarán sometidos al régimen de los ficheros de titularidad pública. De este modo, el régimen de los ficheros de titularidad privada, sólo será de aplicación, en su caso, a los ficheros creados con la única finalidad de llevar a cabo la gestión interna del Colegio

o de adoptar mecanismos que faciliten el desempeño de la profesión colegiada cuando su adopción no implique el ejercicio de potestades administrativas ni lleve aparejada la existencia de un acto administrativo.⁴¹

En este sentido parece claro, que al igual que ocurre con ficheros como el de visados colegiales, aquellos en los que se registran los profesionales que desean ejercer como peritos, o los relativos al ejercicio de las potestad disciplinaria, el fichero que los Colegios Profesionales desean crear conteniendo los datos de los profesionales colegiados objetores, tiene naturaleza pública.

Por consiguiente, la creación de los ficheros del Colegio Profesional así como su notificación e inscripción, deberá adecuarse, según la naturaleza de cada uno de ellos determinada conforme al criterio anteriormente expuesto, al régimen establecido para los ficheros de titularidad pública en el artículo 20 y siguientes de la LOPD⁴². Analizando

⁴¹ Informe de la AEPD nº 68/2010. El criterio sostenido por esta Agencia, acerca de la naturaleza pública o privada de los ficheros colegiales, ha sido puesto de manifiesto en diversos informes, por todos ellos cabe citar el de 9 de octubre de 2002, en el que se señalaba que, si bien la Ley Orgánica 15/1999 delimita en su articulado el régimen de los ficheros de titularidad pública y privada, no establece un concepto de los mismos, por lo que la delimitación deberá fundarse en los criterios que determinan la naturaleza jurídico-pública o jurídico-privada del responsable del fichero. Este criterio se plasmó en el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, aprobado por Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que en las letras l y m del número primero de su artículo 5 contempla la definición tanto de los ficheros de titularidad privada como pública, disponiendo lo siguiente: "*Ficheros de titularidad privada: los ficheros de los que sean responsables las personas, empresas o entidades de derecho privado, con independencia de quien ostente la titularidad de su capital o de la procedencia de sus recursos económicos, así como los ficheros de los que sean responsables las corporaciones de derecho público, en cuanto dichos ficheros no se encuentren estrictamente vinculados al ejercicio de potestades de derecho público que a las mismas atribuye su normativa específica.*" "*m. Ficheros de titularidad pública: los ficheros de los que sean responsables los órganos constitucionales o con relevancia constitucional del Estado o las instituciones autonómicas con funciones análogas a los mismos, las Administraciones públicas territoriales, así como las entidades u organismos vinculados o dependientes de las mismas y las Corporaciones de derecho público siempre que su finalidad sea el ejercicio de potestades de derecho público.*"

⁴² En lo que se refiere a los ficheros de titularidad pública, dispone el número primero del artículo 20 de la Ley Orgánica 15/1999 que "*La creación, modificación o supresión de los ficheros de las Administraciones públicas sólo podrán hacerse por medio de disposición general publicada en el Boletín*

diante el cual el colegiado objetor comunique al Presidente del Colegio de Médicos en el que está inscrito su condición de tal."

⁴⁰ Así lo manifiesta el Dr. Rogelio Altisent, miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Zaragoza. Medicospacientes.com. Madrid 16 de julio de 2010.

los requisitos requeridos por la norma, se precisa de un acuerdo de sus órganos de gobierno en los términos que establezcan sus respectivos Estatutos, debiendo ser objeto de publicación en el Boletín Oficial del Estado o Diario Oficial correspondiente. En lo que se refiere a la notificación e inscripción de los ficheros de titularidad pública, dispone el número primero del artículo 55 del Reglamento que *“Todo fichero de datos de carácter personal de titularidad pública será notificado a la Agencia Española de Protección de Datos por el órgano competente de la Administración responsable del fichero para su inscripción en el Registro General de Protección de Datos, en el plazo de treinta días desde la publicación de su norma o acuerdo de creación en el diario oficial correspondiente.”*

Desde este punto de vista, tenemos constancia de que actualmente algunos Colegios Profesionales ya han creado registros de objetores con éstos fines (Málaga, Madrid, Jaén, Castellón, Baleares, Navarra, Alicante, Segovia...). Sin embargo, de los datos extraídos del Registro General de Protección de Datos de la AEPD, actualizados a fecha de 31 de agosto de 2010, no hemos hallado ninguna inscripción de los mismos⁴³.

Desde las administraciones se recuerda la inoperabilidad y falta de eficacia de los mismos que carecen de validez jurídica fuera del ámbito de competencia de los Colegios afirmándose incluso que ésta iniciativa de la entidad colegial obedece más a posicionamientos ideológicos contra la Ley 2/2010 que a la necesidad real de los profesionales. Sin embargo, en otras ocasiones los Colegios han actuado en esta misma línea sin que se haya cuestionado la virtualidad de su competencia. Así, por ejemplo el Colegio de Médicos de Zaragoza creó en el año 2005 un fichero confidencial de colegia-

dos objetores de la píldora postcoital, contando a día hoy con 32 médicos inscritos.

La propia AEPD admite la posibilidad de que, atendido el desarrollo reglamentario del precepto (refiriéndose al art.19 LO 2/2010)⁴⁴, puedan existir otros registros de los que sean responsables los colegios profesionales u otras entidades de derecho público. Sin embargo, a falta de tal desarrollo y, teniendo en cuenta lo expuesto con anterioridad, parece lógico que sea la administración encargada de velar por la prestación del servicio y de controlar su adecuado cumplimiento quien mantenga el citado registro.

Lo que, a nuestro juicio, no se puede cuestionar es que la declaración realizada por un profesional ante su organización colegial no será suficiente para eximir del cumplimiento de este deber ante la Administración puesto que es ésta la que debe garantizar el derecho a la prestación sanitaria a la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en la LO 2/2010.

En estos pasos iniciales se han propuesto otras alternativas. Algunas Comunidades Autónomas como la Andaluza han optado por la derivación de este servicio a los centros privados apostando por una política continuista. De este modo se afirma que no cabe ningún tipo de objeción de conciencia por parte de los profesionales que trabajan en el sistema sanitario público andaluz, puesto que las interrupciones voluntarias del embarazo no se realizan en centros públicos, sino que son derivadas a centros concertados que específicamente ofrecen este servicio.

Otra posibilidad planteada es la creación de un único registro gestionado por la autoridad sanitaria (Consejería de Sanidad competente) que funcionaría de manera coordinada con los creados por otras entidades, como los Colegios Profesionales, de modo que se centralizaran los datos desde un único organismo. Este registro tendría la ventaja de la existencia de una única fuente de información desde donde se podría conocer si un facultativo se declara objetor con independencia de donde hubiese sido inscrito.

Como conclusión, podemos afirmar que es preciso reconocer la protección del derecho de los

Oficial del Estado o Diario oficial correspondiente.” El número segundo de dicho artículo concreta las indicaciones que deberá contener la disposición de creación del fichero. De la misma manera, el artículo 53 del Reglamento de desarrollo de dicha ley establece que *“La creación, modificación o supresión de los ficheros de los que sean responsables las corporaciones de derecho público y que se encuentren relacionados con el ejercicio por aquéllas de potestades de derecho público deberá efectuarse a través de acuerdo de sus órganos de gobierno, en los términos que establezcan sus respectivos Estatutos, debiendo ser igualmente objeto de publicación en el Boletín Oficial del Estado o diario oficial correspondiente.”*

⁴³ https://www.agpd.es/porta/webAGPD/ficheros_inscritos/estadisticas/index-ides-idphp.php

⁴⁴ Informe 272/2010 de la AEPD pag.7.

profesionales objetores, pero también la protección de las consecuencias del ejercicio del mismo en los usuarios. Se trata de ponderar entre el derecho de una persona a actuar según sus creencias y el derecho de la colectividad a las prestaciones sanitarias. Desde la perspectiva de la sanidad pública parece claro que debe prevalecer el interés público, por lo que, desde los Servicios Sanitarios se deberán arbitrar todas aquellas medidas encaminadas a la garantía de los derechos reconocidos a los usuarios, medidas que, en ocasiones, y como es natural, no serán satisfactorias para todos.

Toledo, 01 de octubre de 2010



I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

3514 *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.*

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.
Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente ley orgánica.

PREÁMBULO

I

El desarrollo de la sexualidad y la capacidad de procreación están directamente vinculados a la dignidad de la persona y al libre desarrollo de la personalidad y son objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, señaladamente, de aquellos que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar. La decisión de tener hijos y cuándo tenerlos constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, que integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

La protección de este ámbito de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos. La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales. Así, en el ámbito de Naciones Unidas, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, incluidos los que se refieren a la planificación familiar». Por otro lado, la Plataforma de Acción de Beijing acordada en la IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en 1995, ha reconocido que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia». En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento Europeo ha aprobado la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados, en la que se contiene un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación afectivo sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de las enormes desigualdades entre las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, ratificada por España, establece la obligación de los Estados Partes de respetar «el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de



manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiada para su edad y a que se provean los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos», así como a que «mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones que los demás».

La presente Ley pretende adecuar nuestro marco normativo al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La Ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación afectivo sexual y reproductiva adecuada, el acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación, cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos.

La Ley aborda la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en nuestro ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, salud sexual y salud reproductiva y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo. Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar y proteger adecuadamente los derechos e intereses en presencia, de la mujer y de la vida prenatal.

II

El primer deber del legislador es adaptar el Derecho a los valores de la sociedad cuyas relaciones ha de regular, procurando siempre que la innovación normativa genere certeza y seguridad en las personas a quienes se destina, pues la libertad sólo encuentra refugio en el suelo firme de la claridad y precisión de la Ley. Ese es el espíritu que inspira la nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Hace un cuarto de siglo, el legislador, respondiendo al problema social de los abortos clandestinos, que ponían en grave riesgo la vida y la salud de las mujeres y atendiendo a la conciencia social mayoritaria que reconocía la relevancia de los derechos de las mujeres en relación con la maternidad, despenalizó ciertos supuestos de aborto. La reforma del Código Penal supuso un avance al posibilitar el acceso de las mujeres a un aborto legal y seguro cuando concurriera alguna de las indicaciones legalmente previstas: grave peligro para la vida o la salud física y psíquica de la embarazada, cuando el embarazo fuera consecuencia de una violación o cuando se presumiera la existencia de graves taras físicas o psíquicas en el feto. A lo largo de estos años, sin embargo, la aplicación de la ley ha generado incertidumbres y prácticas que han afectado a la seguridad jurídica, con consecuencias tanto para la garantía de los derechos de las mujeres como para la eficaz protección del bien jurídico penalmente tutelado y que, en contra del fin de la norma, eventualmente han podido poner en dificultades a los profesionales sanitarios de quienes precisamente depende la vigilancia de la seguridad médica en las intervenciones de interrupción del embarazo.

La necesidad de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo ha sido enfatizada por el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en su sentencia de 20 de marzo de 2007 en la que se afirma, por un lado, que «en este tipo de situaciones las previsiones legales deben, en primer lugar y ante todo, asegurar la claridad de la posición jurídica de la mujer embarazada» y, por otro lado, que «una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe estructurar su marco legal de modo que se limiten las posibilidades reales de obtenerlo».

En una sociedad libre, pluralista y abierta, corresponde al legislador, dentro del marco de opciones que la Constitución deja abierto, desarrollar los derechos fundamentales de acuerdo con los valores dominantes y las necesidades de cada momento histórico. La experiencia



acumulada en la aplicación del marco legal vigente, el avance del reconocimiento social y jurídico de la autonomía de las mujeres tanto en el ámbito público como en su vida privada, así como la tendencia normativa imperante en los países de nuestro entorno, abogan por una regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presidida por la claridad en donde queden adecuadamente garantizadas tanto la autonomía de las mujeres, como la eficaz protección de la vida prenatal como bien jurídico. Por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en su Resolución 1607/2008, de 16 abril, reafirmó el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo y en ese contexto, a que la decisión última de recurrir o no a un aborto corresponda a la mujer interesada y, en consecuencia, ha invitado a los Estados miembros a despenalizar el aborto dentro de unos plazos de gestación razonables.

En la concreción del modelo legal, se ha considerado de manera especialmente atenta la doctrina constitucional derivada de las sentencias del Tribunal Constitucional en esta materia. Así, en la sentencia 53/1985, el Tribunal, perfectamente dividido en importantes cuestiones de fondo, enunció sin embargo, algunos principios que han sido respaldados por la jurisprudencia posterior y que aquí se toman como punto de partida. Una de esas afirmaciones de principio es la negación del carácter absoluto de los derechos e intereses que entran en conflicto a la hora de regular la interrupción voluntaria del embarazo y, en consecuencia, el deber del legislador de «ponderar los bienes y derechos en función del supuesto planteado, tratando de armonizarlos si ello es posible o, en caso contrario, precisando las condiciones y requisitos en que podría admitirse la prevalencia de uno de ellos» (STC 53/1985). Pues si bien «los no nacidos no pueden considerarse en nuestro ordenamiento como titulares del derecho fundamental a la vida que garantiza el artículo 15 de la Constitución» esto no significa que resulten privados de toda protección constitucional (STC 116/1999). La vida prenatal es un bien jurídico merecedor de protección que el legislador debe hacer eficaz, sin ignorar que la forma en que tal garantía se configure e instrumente estará siempre intermediada por la garantía de los derechos fundamentales de la mujer embarazada.

La ponderación que el legislador realiza ha tenido en cuenta la doctrina de la STC 53/1985 y atiende a los cambios cualitativos de la vida en formación que tienen lugar durante el embarazo, estableciendo, de este modo, una concordancia práctica de los derechos y bienes concurrentes a través de un modelo de tutela gradual a lo largo de la gestación.

La presente Ley reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, que implica, entre otras cosas, que las mujeres puedan tomar la decisión inicial sobre su embarazo y que esa decisión, consciente y responsable, sea respetada. El legislador ha considerado razonable, de acuerdo con las indicaciones de las personas expertas y el análisis del derecho comparado, dejar un plazo de 14 semanas en el que se garantiza a las mujeres la posibilidad de tomar una decisión libre e informada sobre la interrupción del embarazo, sin interferencia de terceros, lo que la STC 53/1985 denomina «autodeterminación consciente», dado que la intervención determinante de un tercero en la formación de la voluntad de la mujer gestante, no ofrece una mayor garantía para el feto y, a la vez, limita innecesariamente la personalidad de la mujer, valor amparado en el artículo 10.1 de la Constitución.

La experiencia ha demostrado que la protección de la vida prenatal es más eficaz a través de políticas activas de apoyo a las mujeres embarazadas y a la maternidad. Por ello, la tutela del bien jurídico en el momento inicial de la gestación se articula a través de la voluntad de la mujer, y no contra ella. La mujer adoptará su decisión tras haber sido informada de todas las prestaciones, ayudas y derechos a los que puede acceder si desea continuar con el embarazo, de las consecuencias médicas, psicológicas y sociales derivadas de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo, así como de la posibilidad de recibir asesoramiento antes y después de la intervención. La Ley dispone un plazo de reflexión de al menos tres días y, además de exigir la claridad y objetividad de la información, impone condiciones para que ésta se ofrezca en un ámbito y de un modo exento de presión para la mujer.



En el desarrollo de la gestación, «tiene –como ha afirmado la STC 53/1985– una especial trascendencia el momento a partir del cual el nasciturus es ya susceptible de vida independiente de la madre». El umbral de la viabilidad fetal se sitúa, en consenso general avalado por la comunidad científica y basado en estudios de las unidades de neonatología, en torno a la vigésimo segunda semana de gestación. Es hasta este momento cuando la Ley permite la interrupción del embarazo siempre que concurra alguna de estas dos indicaciones: «que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada», o «que exista riesgo de graves anomalías en el feto». Estos supuestos de interrupción voluntaria del embarazo de carácter médico se regulan con las debidas garantías a fin de acreditar con la mayor seguridad posible la concurrencia de la indicación. A diferencia de la regulación vigente, se establece un límite temporal cierto en la aplicación de la llamada indicación terapéutica, de modo que en caso de existir riesgo para la vida o salud de la mujer más allá de la vigésimo segunda semana de gestación, lo adecuado será la práctica de un parto inducido, con lo que el derecho a la vida e integridad física de la mujer y el interés en la protección de la vida en formación se armonizan plenamente.

Más allá de la vigésimo segunda semana, la ley configura dos supuestos excepcionales de interrupción del embarazo. El primero se refiere a aquellos casos en que «se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida», en que decae la premisa que hace de la vida prenatal un bien jurídico protegido en tanto que proyección del artículo 15 de la Constitución (STC 212/1996). El segundo supuesto se circunscribe a los casos en que «se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico y así lo confirme un comité clínico». Su comprobación se ha deferido al juicio experto de profesionales médicos conformado de acuerdo con la evidencia científica del momento.

La Ley establece además un conjunto de garantías relativas al acceso efectivo a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y a la protección de la intimidad y confidencialidad de las mujeres. Con estas previsiones legales se pretende dar solución a los problemas a que había dado lugar el actual marco regulador tanto de desigualdades territoriales en el acceso a la prestación como de vulneración de la intimidad. Así, se encomienda a la Alta Inspección velar por la efectiva igualdad en el ejercicio de los derechos y el acceso a las prestaciones reconocidas en esta Ley.

Asimismo se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo, que será articulado en un desarrollo futuro de la Ley.

Se ha dado nueva redacción al artículo 145 del Código Penal con el fin de limitar la pena impuesta a la mujer que consiente o se practica un aborto fuera de los casos permitidos por la ley eliminando la previsión de pena privativa de libertad, por un lado y, por otro, para precisar la imposición de las penas en sus mitades superiores en determinados supuestos. Asimismo se introduce un nuevo artículo 145 bis, a fin de incorporar la penalidad correspondiente de las conductas de quienes practican una interrupción del embarazo dentro de los casos contemplados por la ley, pero sin cumplir los requisitos exigidos en ella.

Finalmente, se ha modificado la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente con el fin de que la prestación del consentimiento para la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo se sujete al régimen general previsto en esta Ley y eliminar la excepcionalidad establecida en este caso.

III

La Ley se estructura en un Título preliminar, dos Títulos, tres disposiciones adicionales, una disposición derogatoria y seis disposiciones finales.

El Título Preliminar establece el objeto, las definiciones, los principios inspiradores de la ley y proclama los derechos que garantiza.

El Título Primero, bajo la rúbrica «De la salud sexual y reproductiva, se articula en cuatro capítulos. En el capítulo I se fijan los objetivos de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. El capítulo II contiene las medidas en el ámbito sanitario y el capítulo III se refiere a las relativas al ámbito educativo. El capítulo IV tiene como objeto



la previsión de la elaboración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como instrumento de colaboración de las distintas administraciones públicas para el adecuado desarrollo de las políticas públicas en esta materia.

En el Título Segundo se regulan las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y las garantías en el acceso a la prestación.

La disposición adicional primera mandata que la Alta Inspección verifique el cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley.

La disposición adicional segunda impone al Gobierno la evaluación del coste económico de los servicios y prestaciones incluidos en la Ley así como la adopción de medidas previstas en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

Finalmente, la disposición adicional tercera se refiere al acceso a los métodos anticonceptivos y su inclusión en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La disposición derogatoria deroga el artículo 417 bis del Código Penal introducido en el Código Penal de 1973 por la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, y cuya vigencia fue mantenida por el Código Penal de 1995.

La disposición final primera da nueva redacción al artículo 145 del Código Penal e introduce un nuevo artículo 145 bis, y la disposición final segunda modifica el apartado cuarto 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. Finalmente, las restantes disposiciones finales se refieren al carácter orgánico de la ley, la habilitación al Gobierno para su desarrollo reglamentario, el ámbito territorial de aplicación de la Ley y la entrada en vigor que se fija en cuatro meses desde su publicación, con el fin de que se adopten las medidas necesarias para su plena aplicación.

TÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 1. *Objeto.*

Constituye el objeto de la presente Ley Orgánica garantizar los derechos fundamentales en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, regular las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo y establecer las correspondientes obligaciones de los poderes públicos.

Artículo 2. *Definiciones.*

A los efectos de lo dispuesto en esta Ley se aplicarán las siguientes definiciones:

- a) Salud: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- b) Salud sexual: el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia.
- c) Salud reproductiva: la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos.

Artículo 3. *Principios y ámbito de aplicación.*

1. En el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

2. Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida.



3. Nadie será discriminado en el acceso a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley por motivos de origen racial o étnico, religión, convicción u opinión, sexo, discapacidad, orientación sexual, edad, estado civil, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.

4. Los poderes públicos, de conformidad con sus respectivas competencias, llevarán a cabo las prestaciones y demás obligaciones que establece la presente Ley en garantía de la salud sexual y reproductiva.

Artículo 4. *Garantía de igualdad en el acceso.*

El Estado, en el ejercicio de sus competencias de Alta Inspección, velará por que se garantice la igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud que inciden en el ámbito de aplicación de esta Ley.

TÍTULO I

De la salud sexual y reproductiva

CAPÍTULO I

Políticas públicas para la salud sexual y reproductiva

Artículo 5. *Objetivos de la actuación de los poderes públicos.*

1. Los poderes públicos en el desarrollo de sus políticas sanitarias, educativas y sociales garantizarán:

- a) La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
- b) El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
- c) El acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad.
- d) La eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.
- e) La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
- f) La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

2. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán:

- a) Las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.
- b) La corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual.

Artículo 6. *Acciones informativas y de sensibilización.*

Los poderes públicos desarrollarán acciones informativas y de sensibilización sobre salud sexual y salud reproductiva, especialmente a través de los medios de comunicación, y se prestará particular atención a la prevención de embarazos no deseados, mediante acciones dirigidas, principalmente, a la juventud y colectivos con especiales necesidades, así como a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

CAPÍTULO II

Medidas en el ámbito sanitario

Artículo 7. *Atención a la salud sexual y reproductiva.*

Los servicios públicos de salud garantizarán:

- a) La calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral y la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible.
- b) El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.
- c) La provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En la provisión de estos servicios, se tendrán en cuenta los requerimientos de accesibilidad de las personas con discapacidad.
- d) La atención perinatal, centrada en la familia y en el desarrollo saludable.

Artículo 8. *Formación de profesionales de la salud.*

La formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género e incluirá:

- a) La incorporación de la salud sexual y reproductiva en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- b) La formación de profesionales en salud sexual y salud reproductiva, incluida la práctica de la interrupción del embarazo.
- c) La salud sexual y reproductiva en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional.
- d) En los aspectos formativos de profesionales de la salud se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO III

Medidas en el ámbito educativo

Artículo 9. *Incorporación de la formación en salud sexual y reproductiva al sistema educativo.*

El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

- a) La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- b) El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- c) El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.
- d) La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
- e) La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.



f) En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

Artículo 10. *Actividades formativas.*

Los poderes públicos apoyarán a la comunidad educativa en la realización de actividades formativas relacionadas con la educación afectivo sexual, la prevención de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, facilitando información adecuada a los padres y las madres.

CAPÍTULO IV

Estrategia de salud sexual y reproductiva

Artículo 11. *Elaboración de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva.*

Para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta Ley, el Gobierno, en cooperación con las Comunidades Autónomas y con respeto a su ámbito competencial, aprobará un Plan que se denominará Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, que contará con la colaboración de las sociedades científicas y profesionales y las organizaciones sociales.

La Estrategia se elaborará con criterios de calidad y equidad en el Sistema Nacional de Salud y con énfasis en jóvenes y adolescentes y colectivos de especiales necesidades.

La Estrategia tendrá una duración de cinco años y establecerá mecanismos de evaluación bienal que permitan la valoración de resultados y en particular del acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

TÍTULO II

De la interrupción voluntaria del embarazo

CAPÍTULO I

Condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 12. *Garantía de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo.*

Se garantiza el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación.

Artículo 13. *Requisitos comunes.*

Son requisitos necesarios de la interrupción voluntaria del embarazo:

Primero.—Que se practique por un médico especialista o bajo su dirección.

Segundo.—Que se lleve a cabo en centro sanitario público o privado acreditado.

Tercero.—Que se realice con el consentimiento expreso y por escrito de la mujer embarazada o, en su caso, del representante legal, de conformidad con lo establecido en la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Podrá prescindirse del consentimiento expreso en el supuesto previsto en el artículo 9.2.b) de la referida Ley.



Cuarto.—En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad.

Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer.

Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo.

Artículo 14. *Interrupción del embarazo a petición de la mujer.*

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

a) Que se haya informado a la mujer embarazada sobre los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad, en los términos que se establecen en los apartados 2 y 4 del artículo 17 de esta Ley.

b) Que haya transcurrido un plazo de al menos tres días, desde la información mencionada en el párrafo anterior y la realización de la intervención.

Artículo 15. *Interrupción por causas médicas.*

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

a) Que no se superen las veintidós semanas de gestación y siempre que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico o médica especialista distinto del que la practique o dirija. En caso de urgencia por riesgo vital para la gestante podrá prescindirse del dictamen.

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

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

Artículo 16. *Comité clínico.*

1. El comité clínico al que se refiere el artículo anterior estará formado por un equipo pluridisciplinar integrado por dos médicos especialistas en ginecología y obstetricia o expertos en diagnóstico prenatal y un pediatra. La mujer podrá elegir uno de estos especialistas.

2. Confirmado el diagnóstico por el comité, la mujer decidirá sobre la intervención.

3. En cada Comunidad Autónoma habrá, al menos, un comité clínico en un centro de la red sanitaria pública. Los miembros, titulares y suplentes, designados por las autoridades sanitarias competentes, lo serán por un plazo no inferior a un año. La designación deberá hacerse pública en los diarios oficiales de las respectivas Comunidades Autónomas.

4. Las especificidades del funcionamiento del Comité clínico se determinarán reglamentariamente.



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

1. Todas las mujeres que manifiesten su intención de someterse a una interrupción voluntaria del embarazo recibirán información sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones para la interrupción previstas en esta Ley, los centros públicos y acreditados a los que se pueda dirigir y los trámites para acceder a la prestación, así como las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO II

Garantías en el acceso a la prestación

Artículo 18. *Garantía del acceso a la prestación.*

Los servicios públicos de salud, en el ámbito de sus respectivas competencias, aplicarán las medidas precisas para garantizar el derecho a la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y con los requisitos establecidos en esta Ley. Esta prestación estará incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.



Artículo 19. *Medidas para garantizar la prestación por los servicios de salud.*

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

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

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar 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.

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

Artículo 20. *Protección de la intimidad y confidencialidad.*

1. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo asegurarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad en el tratamiento de sus datos de carácter personal.

2. Los centros prestadores del servicio deberán contar con sistemas de custodia activa y diligente de las historias clínicas de las pacientes e implantar en el tratamiento de los datos las medidas de seguridad de nivel alto previstas en la normativa vigente de protección de datos de carácter personal.

Artículo 21. *Tratamiento de datos.*

1. En el momento de la solicitud de información sobre la interrupción voluntaria del embarazo, los centros, sin proceder al tratamiento de dato alguno, habrán de informar a la solicitante que los datos identificativos de las pacientes a las que efectivamente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo.

2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo establecerán mecanismos apropiados de automatización y codificación de los datos de identificación de las pacientes atendidas, en los términos previstos en esta Ley.

A los efectos previstos en el párrafo anterior, se considerarán datos identificativos de la paciente su nombre, apellidos, domicilio, número de teléfono, dirección de correo electrónico, documento nacional de identidad o documento identificativo equivalente, así como cualquier dato que revele su identidad física o genética.

3. En el momento de la primera recogida de datos de la paciente, se le asignará un código que será utilizado para identificarla en todo el proceso.

4. Los centros sustituirán los datos identificativos de la paciente por el código asignado en cualquier información contenida en la historia clínica que guarde relación con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, de forma que no pueda producirse con carácter general, el acceso a dicha información.



5. Las informaciones relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo deberán ser conservadas en la historia clínica de tal forma que su mera visualización no sea posible salvo por el personal que participe en la práctica de la prestación, sin perjuicio de los accesos a los que se refiere el artículo siguiente.

Artículo 22. *Acceso y cesión de datos de carácter personal.*

1. Únicamente será posible el acceso a los datos de la historia clínica asociados a los que identifican a la paciente, sin su consentimiento, en los casos previstos en las disposiciones legales reguladoras de los derechos y obligaciones en materia de documentación clínica.

Cuando el acceso fuera solicitado por otro profesional sanitario a fin de prestar la adecuada asistencia sanitaria de la paciente, aquél se limitará a los datos estricta y exclusivamente necesarios para la adecuada asistencia, quedando constancia de la realización del acceso.

En los demás supuestos amparados por la ley, el acceso se realizará mediante autorización expresa del órgano competente en la que se motivarán de forma detallada las causas que la justifican, quedando en todo caso limitado a los datos estricta y exclusivamente necesarios.

2. El informe de alta, las certificaciones médicas y cualquier otra documentación relacionada con la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo que sea necesaria a cualquier efecto, será entregada exclusivamente a la paciente o persona autorizada por ella. Esta documentación respetará el derecho de la paciente a la intimidad y confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal recogido en este Capítulo.

3. No será posible el tratamiento de la información por el centro sanitario para actividades de publicidad o prospección comercial. No podrá recabarse el consentimiento de la paciente para el tratamiento de los datos para estas actividades.

Artículo 23. *Cancelación de datos.*

1. Los centros que hayan procedido a una interrupción voluntaria de embarazo deberán cancelar de oficio la totalidad de los datos de la paciente una vez transcurridos cinco años desde la fecha de alta de la intervención. No obstante, la documentación clínica podrá conservarse cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, en cuyo caso se procederá a la cancelación de todos los datos identificativos de la paciente y del código que se le hubiera asignado como consecuencia de lo dispuesto en los artículos anteriores.

2. Lo dispuesto en el apartado anterior se entenderá sin perjuicio del ejercicio por la paciente de su derecho de cancelación, en los términos previstos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Disposición adicional primera. *De las funciones de la Alta Inspección.*

El Estado ejercerá la Alta Inspección como función de garantía y verificación del cumplimiento efectivo de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud.

Para la formulación de propuestas de mejora en equidad y accesibilidad de las prestaciones y con el fin de verificar la aplicación efectiva de los derechos y prestaciones reconocidas en esta Ley en todo el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno elaborará un informe anual de situación, en base a los datos presentados por las Comunidades Autónomas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Disposición adicional segunda. *Evaluación de costes y adopción de medidas.*

El Gobierno evaluará el coste económico de los servicios y prestaciones públicas incluidas en la Ley adoptando, en su caso, las medidas necesarias de conformidad a lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.



Disposición adicional tercera. *Acceso a métodos anticonceptivos.*

El Gobierno, en el plazo de un año, desde la entrada en vigor de la Ley, concretará la efectividad del acceso a los métodos anticonceptivos. En este sentido, se garantizará la inclusión de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en las mismas condiciones que las prestaciones farmacéuticas con financiación pública.

Disposición derogatoria única. *Derogación del artículo 417 bis del Código Penal.*

Queda derogado el artículo 417 bis del Texto Refundido del Código Penal publicado por el Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, redactado conforme a la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio.

Disposición final primera. *Modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.*

Uno.—El artículo 145 del Código Penal queda redactado de la forma siguiente:

«Artículo 145.

1. El que produzca el aborto de una mujer, con su consentimiento, fuera de los casos permitidos por la ley será castigado con la pena de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos o consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de uno a seis años. El juez podrá imponer la pena en su mitad superior cuando los actos descritos en este apartado se realicen fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado.

2. La mujer que produjere su aborto o consintiere que otra persona se lo cause, fuera de los casos permitidos por la ley, será castigada con la pena de multa de seis a veinticuatro meses.

3. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas respectivamente previstas en este artículo en su mitad superior cuando la conducta se llevare a cabo a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.»

Dos.—Se añade un nuevo artículo 145 bis del Código Penal, que tendrá la siguiente redacción:

«Artículo 145 bis.

1. 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 haber comprobado que la mujer haya recibido la información previa relativa a los derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la maternidad;
- b) sin haber transcurrido el período de espera contemplado en la legislación;
- c) sin contar con los dictámenes previos preceptivos;
- d) fuera de un centro o establecimiento público o privado acreditado. En este caso, el juez podrá imponer la pena en su mitad superior.

2. En todo caso, el juez o tribunal impondrá las penas previstas en este artículo en su mitad superior cuando el aborto se haya practicado a partir de la vigésimo segunda semana de gestación.

3. La embarazada no será penada a tenor de este precepto.»

Tres.—Se suprime el inciso «417 bis» de la letra a) del apartado primero de la disposición derogatoria única.



Disposición final segunda. *Modificación 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.*

El apartado 4 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, tendrá la siguiente redacción:

«4. La práctica de ensayos clínicos y de técnicas de reproducción humana asistida se rige por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.»

Disposición final tercera. *Carácter orgánico.*

La presente Ley Orgánica se dicta al amparo del artículo 81 de la Constitución.

Los preceptos contenidos en el Título Preliminar, el Título I, el capítulo II del Título II, las disposiciones adicionales y las disposiciones finales segunda, cuarta, quinta y sexta no tienen carácter orgánico.

Disposición final cuarta. *Habilitación para el desarrollo reglamentario.*

El Gobierno adoptará las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación y desarrollo de la presente Ley.

En tanto no entre en vigor el desarrollo reglamentario referido, mantienen su vigencia las disposiciones reglamentarias vigentes sobre la materia que no se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.

Disposición final quinta. *Ámbito territorial de aplicación de la Ley.*

Sin perjuicio de las correspondientes competencias autonómicas, el marco de aplicación de la presente Ley lo será en todo el territorio del Estado.

Corresponderá a las autoridades sanitarias competentes garantizar la prestación contenida en la red sanitaria pública, o vinculada a la misma, en la Comunidad Autónoma de residencia de la mujer embarazada, siempre que así lo solicite la embarazada.

Disposición final sexta. *Entrada en vigor.*

La Ley entrará en vigor en el plazo de cuatro meses a partir del día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta ley orgánica.

Madrid, 3 de marzo de 2010.

JUAN CARLOS R.

El Presidente del Gobierno,
JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ ZAPATERO

I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA

10153 *Real Decreto 825/2010, de 25 de junio, de desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.*

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, prevé expresamente en distintos puntos de su articulado la necesidad de un desarrollo reglamentario de sus disposiciones.

En este sentido, el presente real decreto viene a regular cuestiones específicas, en cumplimiento de los correspondientes mandatos legales, estableciendo un desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, que se entiende sin perjuicio de los ulteriores desarrollos de la misma que se produzcan al amparo de la habilitación genérica contenida en su disposición final 4.^a

En concreto, el presente real decreto persigue el doble objetivo de regular, en cumplimiento de los mandatos contenidos en el artículo 16.4, y 17.2 de la Ley Orgánica, por un lado, las especificidades de funcionamiento del comité clínico encargado de confirmar el diagnóstico de las enfermedades extremadamente graves e incurables del feto que puede originar el supuesto de interrupción del embarazo referido en el artículo 15, letra c), de aquélla, y, por otro, la información requerida por el artículo 17 para la prestación del consentimiento de la mujer que haya solicitado la práctica de una interrupción voluntaria del embarazo.

Así, en lo referente al comité clínico, el presente real decreto define su naturaleza, su composición, el carácter de su actuación y regula su régimen de funcionamiento y el procedimiento necesario para la emisión de su dictamen, que se limitará a constatar la existencia o no de la enfermedad extremadamente grave e incurable del feto, previamente diagnosticada.

Con relación a la información previa al consentimiento de la mujer gestante, y con carácter general, la regulación contenida en la presente norma trata de asegurar que la prestación se realice con las garantías establecidas en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. En este sentido, desarrolla el propósito fundamental de la misma de reforzar la seguridad jurídica en la regulación de la interrupción voluntaria del embarazo a petición de la mujer a través, principalmente, de un proceso de información previo, claro y objetivo, en el sentido de que la información es la circunstancia determinante de la decisión de la mujer embarazada de seguir adelante con la gestación o de proceder a su interrupción. No puede olvidarse que esta información tiene como fin asegurar esta determinación y la protección de los intereses en presencia, desde la vida prenatal a la salud de la mujer gestante, garantizando, a su vez, a la mujer su intimidad y confidencialidad.

De acuerdo con la ley, el real decreto regula el proceso de información previa al consentimiento a lo largo de tres fases sucesivas, cuyo conjunto garantiza la información objetiva y personalizada a la mujer gestante.

Cada una de estas fases persigue una finalidad diferente. En un primer momento –artículos 17.1 y 21.1 de la ley– se trata de información general sobre los métodos de interrupción, los centros donde se puede llevar a cabo y los trámites y condiciones. En un segundo momento, cuando la mujer inicialmente opta por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 de la ley, está orientada a la protección de la maternidad, ofreciendo información sobre las ayudas públicas y derechos vinculados al embarazo y a la maternidad, y datos sobre los centros en que se puede recibir asesoramiento. Finalmente, la tercera y última fase, se corresponde con la información médica inmediatamente anterior a la prestación del consentimiento por escrito, en los términos de los artículos 4 y 10 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.

Este real decreto regula también, de modo específico, el deber de información establecido en el apartado cuarto del artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, para el consentimiento en el caso de las mujeres de 16 y 17 años de edad.

Finalmente, la regulación contenida en el presente real decreto, tanto en lo que se refiere al comité clínico como a la información previa al consentimiento de la gestante, se ajusta al orden de competencias del Estado y las Comunidades Autónomas determinado, respectivamente, por los artículos 149.1, reglas 1.^a y 16.^a, y 148.1, reglas 20.^a y 21.^a, de la Constitución Española.

Asimismo, la opción por un desarrollo reglamentario de estos aspectos, en consonancia con la reiterada jurisprudencia del Tribunal Constitucional relativa a la noción formal de bases que permite, excepcionalmente, el establecimiento de bases mediante norma reglamentaria, busca garantizar una aplicación efectiva y uniforme de los preceptos de la Ley Orgánica en todo el territorio del Estado.

En este sentido, el real decreto es complemento indispensable para asegurar el mínimo común denominador establecido en la Ley Orgánica, y para garantizar la consecución de su finalidad objetiva, al desarrollar los requisitos legales que garantizan el acceso, en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, a la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Igualdad y de la Ministra de Sanidad y Política Social, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 25 de junio de 2010,

DISPONGO:

Artículo 1. *Objeto.*

El presente real decreto tiene por objeto el desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, específicamente de lo dispuesto en sus artículos 13, cuarto, 16, y 17.

CAPÍTULO I

Comité clínico del artículo 15.c), de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo

Artículo 2. *Naturaleza y composición del comité clínico.*

1. El comité clínico es un órgano colegiado de carácter consultivo y naturaleza técnico-facultativa, designado por el órgano competente de cada Comunidad Autónoma, que interviene en el supuesto de interrupción voluntaria del embarazo por causas médicas cuando se detecte en el feto una enfermedad extremadamente grave e incurable en el momento del diagnóstico, conforme a lo previsto en el artículo 15.c) de la Ley Orgánica 2/2010.

Su intervención confirmará o no el diagnóstico previo, de enfermedad extremadamente grave e incurable, del médico o médicos que hayan atendido a la mujer en el embarazo.

2. Existirá, al menos, en la red sanitaria pública, un comité clínico en cada Comunidad Autónoma. Podrán existir, además, otros comités en otros centros de dicha red sanitaria, a decisión de la Comunidad en base a criterios relacionados con la población, el número de especialistas ejercientes en su ámbito territorial, la óptima calidad asistencial de las intervenciones u otros criterios similares.

3. El comité o los comités, con la composición determinada en el artículo 16.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, serán designados por las autoridades competentes de las Comunidades Autónomas, entre los especialistas ejercientes en la red asistencial pública de las mismas.



La designación se publicará en el diario oficial de la Comunidad Autónoma y comprenderá a los miembros titulares del comité y, al menos, un suplente de cada uno de ellos.

El plazo de actuación del comité o comités clínicos será, como mínimo, de un año, pudiendo las Comunidades Autónomas establecer otro mayor.

4. La mujer gestante tiene derecho a elegir uno de los médicos especialistas o expertos mencionados en el artículo 16. 1, de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. Si hace uso de su derecho, propondrá a las autoridades competentes de la Comunidad Autónoma la designación de un médico, del sector público o del privado, de su elección.

Artículo 3. *Procedimiento de actuación y régimen de funcionamiento.*

1. La actuación del comité o los comités clínicos procederá, en el marco del procedimiento de autorización de la interrupción del embarazo, una vez que la mujer gestante cuenta con un diagnóstico previo de la enfermedad del feto.

A este efecto:

a) Una vez emitido el primer diagnóstico la mujer embarazada solicitará al órgano competente de la Comunidad Autónoma donde vaya a someterse a la intervención, que inicie la tramitación del expediente. Aquél asignará el caso, en un plazo máximo de 24 horas, al comité clínico que proceda, a fin de que se emita el correspondiente dictamen. En el comité se integrará el especialista que, en su caso, haya designado la mujer, que sustituirá al que determine, en cada caso y sin que requiera publicidad, la autoridad sanitaria.

b) El comité clínico deberá emitir su dictamen en un plazo máximo de 10 días, salvo que, motivadamente, se acredite que las pruebas diagnósticas o de otro tipo que deban practicarse requieran un plazo mayor.

c) Confirmado el diagnóstico por el comité, éste lo transmitirá, en el plazo de 12 horas, al órgano competente de la administración autonómica, a fin de que lo notifique, de manera inmediata, a la interesada para que, en el caso de que desee continuar con el procedimiento, pueda llevarse a cabo la interrupción del embarazo, preferentemente, en un centro de la red sanitaria pública cualificado para realizar la interrupción en este supuesto. Dicho centro podrá pertenecer a la red sanitaria de cualquier Comunidad Autónoma, con independencia de aquella a la que figure adscrito el comité clínico.

d) En el caso de que el dictamen del comité resulte contrario al diagnóstico previo, lo transmitirá igualmente al órgano competente de la Comunidad Autónoma, que lo notificará a la interesada, poniendo en su conocimiento que no se encuentra en el supuesto legal que permite la práctica de la interrupción del embarazo.

2. A todos los efectos, los datos e informaciones de carácter personal, asistencial y clínico que puedan recabarse en el curso del procedimiento de autorización de la interrupción del embarazo en este supuesto, serán confidenciales y estarán sometidos al régimen de protección de la intimidad y confidencialidad de los datos y su tratamiento, previstos en los artículos 20 y 21 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

CAPÍTULO II

Información previa al consentimiento en la interrupción voluntaria del embarazo

Artículo 4. *Información general.*

1. La información general referida en el artículo 17.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, sobre los distintos métodos de interrupción del embarazo, las condiciones legales para la interrupción, los centros públicos y privados acreditados, los trámites para acceder a la prestación y las condiciones para su cobertura por el servicio público de salud correspondiente, será facilitada por la autoridad competente de la Comunidad Autónoma o



por los centros sanitarios acreditados en ésta para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, a todas las mujeres que lo soliciten.

Conforme prescribe el artículo 21.1 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, las Administraciones Públicas y los Centros referidos en el apartado anterior no procederán al tratamiento de dato alguno e informarán a las solicitantes acerca de que los datos identificativos de las pacientes a las que finalmente se les realice la prestación serán objeto de codificación y separados de los datos de carácter clínico asistencial relacionados con la interrupción del embarazo.

2. Además de por escrito, la información podrá ser prestada verbalmente, bien de forma directa, bien telefónicamente, o por medios electrónicos o telemáticos, incluidas las páginas web de las consejerías y de los centros de los que se trate

Artículo 5. Información previa al consentimiento en los supuestos de interrupción del embarazo previstos en el artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

1. En el caso de que la mujer inicialmente opte por la interrupción del embarazo regulada en el artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, además de recibir la información referida en el artículo anterior, se le hará entrega en cualquier centro sanitario público o privado acreditado para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo de un sobre cerrado elaborado y editado por el órgano competente de la Comunidad Autónoma donde vaya a practicarse la intervención.

2. El sobre tendrá el contenido establecido en el artículo 17.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, e incluirá necesariamente información sobre:

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

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

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

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

3. La imagen institucional de la administración sanitaria correspondiente figurará en el sobre, que contendrá tanto la información proporcionada por la Administración General del Estado como la correspondiente a la Comunidad Autónoma, ambas editadas por el órgano competente de ésta última.

En la parte frontal del sobre se especificará «Información sobre la IVE. Artículo 14 de la Ley Orgánica 2/2010», y llevará adherido un documento, que deberá poder separarse físicamente de éste, en el que se acreditará y certificará la fecha en que se entrega, así como una nota en caracteres suficientemente legibles del siguiente tenor literal: «La información contenida en este sobre puede ser ofrecida, además, verbalmente, si se solicita. Artículo 17.5 de la Ley Orgánica 2/2010».

Las restantes características físicas uniformes que deberá requerir el sobre, serán determinadas por las Comunidades Autónomas.

4. La información contenida en el sobre será clara, objetiva y comprensible. En el caso de las personas con discapacidad, se proporcionará en formatos y medios accesibles, adecuados a sus necesidades.

5. El sobre habrá de ser entregado personalmente a la mujer gestante interesada. En ningún caso la información podrá ser facilitada telefónicamente o por medios electrónicos o telemáticos. Tampoco podrá ser enviada por correo.

6. A fin de garantizar la confidencialidad e intimidad de la mujer gestante, los registros o las bases de datos con fines estadísticos de los sobres entregados que lleven, en su caso, los órganos administrativos o los centros sanitarios públicos o privados acreditados no podrán recoger datos personales.

Artículo 6. *Información previa al consentimiento en los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo previstos en el artículo 15.b) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.*

1. En el supuesto de interrupción voluntaria del embarazo prevista en el artículo 15.b) de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, además de la información a que se refiere el artículo 4 de este real decreto y de acuerdo con el artículo 17.3 de la citada ley, se hará entrega a la mujer interesada de una información referente a los derechos, prestaciones y ayudas públicas existentes de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, así como sobre la red de organizaciones sociales de asistencia social a dichas personas.

2. Esta información se entregará a la gestante en un sobre que especifique esta circunstancia –«Información sobre la IVE. Artículo 15.b) de la Ley Orgánica 2/2010»–, y tendrá, por lo demás, los requisitos y características detalladas en el artículo anterior, salvo la necesidad de incorporar el dato relativo a la fecha en que se entrega.

Artículo 7. *Información común previa al consentimiento informado.*

En todos los supuestos de interrupción del embarazo previstos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, y con carácter inmediato y previo a la prestación del consentimiento por escrito, se habrá de informar a la mujer, preferentemente en forma verbal, en los términos de los artículos 4 y 10 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 y, específicamente, sobre las consecuencias médicas, psicológicas y sociales de la prosecución del embarazo o de la interrupción del mismo.

Artículo 8. *Consentimiento informado de las mujeres de 16 ó 17 años. Información a los representantes legales.*

1. La mujer de 16 ó 17 años prestará su consentimiento acompañado de un documento que acredite el cumplimiento del requisito de información previsto en el apartado Cuarto del artículo 13 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo. El documento será entregado personalmente por la mujer acompañada de su representante legal al personal sanitario del centro en el que vaya a practicarse la intervención.

2. En el caso de prescindir de esta información, cuando la mujer alegue las circunstancias previstas en el apartado Cuarto del citado artículo 13, el médico encargado de practicar la interrupción del embarazo deberá apreciar, por escrito y con la firma de la mujer, que las alegaciones de ésta son fundadas, pudiendo solicitar, en su caso, informe psiquiátrico, psicológico o de profesional de trabajo social.

Disposición adicional única. *Información correspondiente a la Administración General del Estado.*

1. Por el Ministerio de Igualdad se recabará de los departamentos ministeriales competentes por razón de la materia la información relativa a las ayudas públicas y derechos vinculados al embarazo y a la maternidad, referidos en las letras a) hasta d) del artículo 5.2 de este real decreto, y se publicará en las páginas web de los Ministerios de Sanidad y Política Social y de Igualdad, para que esté a disposición de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas, con el fin de que éstos procedan a su edición e incorporación al sobre cerrado a que se refiere el citado artículo 5, junto con la información correspondiente a la propia Comunidad Autónoma.

2. Igual procedimiento se seguirá en relación con la información sobre derechos, prestaciones y ayudas públicas de apoyo a la autonomía de las personas con alguna discapacidad, a que se refiere el artículo 6 de este real decreto, a fin de que sea integrada en el sobre al que se refiere el mismo.

3. La información elaborada por el Ministerio de Igualdad, a que se refieren los dos apartados anteriores, se hará pública en las páginas web de los referidos Departamentos



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 155

Sábado 26 de junio de 2010

Sec. I. Pág. 56258

ministeriales el mismo día de la publicación de este real decreto en el Boletín Oficial del Estado, y será objeto de permanente actualización.

Disposición final primera. *Carácter básico.*

Las normas contenidas en este real decreto tienen carácter básico de acuerdo con lo previsto en el artículo 149.1, reglas 1.ª y 16.ª, de la Constitución.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

El presente real decreto entrará en vigor el día 5 de julio de 2010.

Dado en Madrid, el 25 de junio de 2010.

JUAN CARLOS R.

La Vicepresidenta Primera del Gobierno
y Ministra de la Presidencia,
MARÍA TERESA FERNÁNDEZ DE LA VEGA SANZ



I. DISPOSICIONES GENERALES

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL

10154 *Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.*

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, prevé expresamente en distintos puntos de su articulado la necesidad de un desarrollo reglamentario de sus disposiciones.

En este sentido, este real decreto viene a regular cuestiones específicas, en cumplimiento de los correspondientes mandatos legales, estableciendo un desarrollo parcial de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, que se entiende sin perjuicio de los ulteriores desarrollos de la misma que se produzcan al amparo de la habilitación genérica contenida en su disposición final cuarta.

La opción por un desarrollo reglamentario de estos aspectos, en consonancia con la reiterada jurisprudencia del Tribunal Constitucional relativa a la noción formal de bases que permite, excepcionalmente, el establecimiento de bases mediante norma reglamentaria, busca garantizar una aplicación efectiva y uniforme de la norma en todo el territorio del Estado.

Este real decreto es complemento indispensable para asegurar el mínimo común denominador establecido en la Ley Orgánica, y para garantizar la consecución de su finalidad objetiva, al desarrollar los requisitos que garantizan el acceso, en condiciones de igualdad en todo el territorio nacional, a la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo.

Uno de los principios generales sobre los que se asienta la política de salud en el Sistema Nacional de Salud, tal y como se recoge en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, es el relativo a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales, junto a los de coordinación de actuaciones, eficacia, celeridad y flexibilidad en la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, viene a reforzar el funcionamiento cohesionado del mismo, estableciendo acciones de coordinación y cooperación para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo de garantizar la equidad, la calidad y la participación en el Sistema Nacional de Salud. Equidad, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad que garantiza el acceso a las prestaciones; calidad, que oriente los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen; y participación ciudadana, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario.

Ahora, con este real decreto se persigue asegurar la igualdad y calidad asistencial de la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo, de manera que se garantice a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación con independencia del lugar donde residan, de acuerdo con lo previsto en el artículo 19 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

La regulación contenida en este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16.ª de la Constitución Española.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Política Social, con la aprobación previa de la Vicepresidenta Primera del Gobierno y Ministra de la Presidencia, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 25 de junio de 2010,



DISPONGO:

Artículo 1. *Objeto.*

Este real decreto tiene por objeto establecer un marco básico que asegure la igualdad y calidad asistencial de la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo y garantice a todas las mujeres por igual el acceso a la prestación, con independencia del lugar donde residan.

Artículo 2. *Competencias de gestión y organización de los servicios.*

Los servicios públicos de salud en el ámbito de las competencias que les son propias, organizarán sus servicios de tal manera que se garantice la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en aquellos supuestos y con los requisitos necesarios que prevé la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

En todo caso, los servicios públicos de salud velarán por la disponibilidad de los recursos necesarios, incluyendo las técnicas diagnósticas urgentes para posibilitar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos y condiciones legalmente establecidos.

Artículo 3. *Garantías básicas de la prestación de interrupción voluntaria del embarazo por el Sistema Nacional de Salud.*

1. La prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo incluida en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, se realizará en centros de la red sanitaria pública o vinculados a la misma bajo alguna de las formas previstas en la legislación sanitaria, cualquiera que sea el régimen jurídico mediante el cual se articule esta vinculación.

2. Si, excepcionalmente, el servicio público de salud donde la mujer embarazada haya solicitado la asistencia no pudiera facilitar en tiempo la prestación, el citado servicio público de salud le reconocerá a la solicitante 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 reconocimiento del citado derecho y el compromiso de asumir el abono de la prestación se considerarán realizados tácitamente, si trascurrido un plazo de diez días naturales desde la solicitud de la prestación, la mujer solicitante no ha recibido del correspondiente servicio público de salud indicación del centro sanitario donde se realizará la prestación.

3. Cuando el servicio público de salud opte por facilitar la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo con medios ajenos, estos centros deberán estar acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

Artículo 4. *Acreditación de los centros sanitarios para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.*

1. Los centros o establecimientos públicos que cumplan con lo establecido por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, y con los requisitos mínimos comunes contemplados en el anexo de este real decreto, quedarán acreditados automáticamente para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.

2. De conformidad con las competencias que corresponden a las comunidades autónomas, la autoridad sanitaria responsable acreditará cada uno de los centros o establecimientos sanitarios privados que, cumpliendo con lo establecido en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, y con los requisitos mínimos comunes contemplados en el anexo de este real decreto, lo soliciten.

3. Las autoridades sanitarias publicarán y mantendrán actualizadas las relaciones de los centros acreditados para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.



Artículo 5. *Inspección y control de los centros sanitarios acreditados.*

1. Todos los centros acreditados se someterán a la inspección y control de las administraciones sanitarias competentes, en aplicación de lo dispuesto en los artículos 30 y 31 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, y de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

2. La acreditación quedará condicionada al mantenimiento de los requisitos expresados en el artículo anterior y al efectivo cumplimiento de las condiciones necesarias de calidad asistencial de la prestación.

Artículo 6. *Tratamiento de datos y protección de la intimidad y confidencialidad.*

1. Los centros o establecimientos públicos o privados acreditados conservarán la historia clínica y los dictámenes, informes y documentos que hayan sido precisos para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, así como el consentimiento expreso de la mujer embarazada.

2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo garantizarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad del tratamiento de sus datos de carácter personal, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.

Artículo 7. *Emisión de dictámenes preceptivos.*

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

Disposición adicional primera. *Información de centros acreditados.*

Las comunidades autónomas informarán al Ministerio de Sanidad y Política Social de los centros que se acrediten conforme a lo previsto en el artículo 4 de este real decreto.

Disposición adicional segunda. *Evaluación de costes.*

En cumplimiento de lo dispuesto en la disposición adicional segunda de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, en el plazo de dos años desde la entrada en vigor de este real decreto, el Gobierno elaborará un informe sobre el coste económico de los servicios y prestaciones públicas reguladas en dicha ley orgánica, adoptando, en su caso, las medidas necesarias de conformidad con lo dispuesto en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Disposición transitoria única. *Plazo de adaptación y nueva acreditación.*

Los centros o establecimientos sanitarios privados que, a la entrada en vigor de este real decreto, estén acreditados para la prestación de la interrupción voluntaria del embarazo deberán adecuarse, en el plazo de cuatro meses desde la entrada en vigor del mismo, a las condiciones establecidas en esta norma y solicitar una nueva acreditación a la autoridad sanitaria competente, que deberá resolver de acuerdo con lo previsto en el artículo 42 y siguientes de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

Los centros o establecimientos sanitarios privados que hayan solicitado la nueva acreditación prevista en el párrafo anterior, podrán seguir realizando las actividades para las que hubiesen sido acreditados, conforme a las normas vigentes antes de la entrada en vigor de este real decreto, hasta que la autoridad sanitaria competente resuelva la solicitud de nueva acreditación.



BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO



Núm. 155

Sábado 26 de junio de 2010

Sec. I. Pág. 56262

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Quedan derogadas todas las disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo establecido en este real decreto y, en particular, el Real Decreto 2409/1986, de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo.

Disposición final primera. *Título competencial y carácter básico.*

Las normas contenidas en este real decreto tienen carácter básico y se dictan al amparo del artículo 149.1.16.^a de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad.

Disposición final segunda. *Habilitación normativa.*

Se habilita a la Ministra de Sanidad y Política Social para dictar cuantas disposiciones requieran la definición y aplicación de lo establecido en este real decreto, sin perjuicio de las competencias de desarrollo y ejecución que ostentan las comunidades autónomas.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

El presente real decreto entrará en vigor el día 5 de julio de 2010.

Dado en Madrid, el 25 de junio de 2010.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad y Política Social,
TRINIDAD JIMÉNEZ GARCÍA-HERRERA

ANEXO

1. A los efectos de lo dispuesto en el artículo 4 podrán ser acreditados para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo que no impliquen alto riesgo para la mujer embarazada y no superen las catorce semanas de gestación, los centros o establecimientos que cumplan los siguientes requisitos:

a) En relación con las instalaciones y equipamiento:

El lugar donde este ubicado reunirá las condiciones de habitabilidad e higiene requeridas para cualquier centro sanitario, que permitan garantizar la confidencialidad y seguridad de la mujer.

El centro o establecimiento sanitario dispondrá, como mínimo, de un espacio físico que incluya:

- 1.º Un espacio de recepción y sala de espera.
- 2.º Una sala para información a la mujer embarazada.
- 3.º Espacio para la exploración física y ecográfica.
- 4.º Zona de lavado quirúrgico.
- 5.º Una sala adecuada para la realización de la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 6.º Una sala para el descanso y recuperación tras la misma.

Se contará al menos con el siguiente utillaje básico, además del propio de una consulta de medicina de base:

- 1.º Equipamiento y material necesario para realizar exploraciones ginecológicas.
- 2.º Equipamiento y material necesario para realizar la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo.
- 3.º Ecógrafo.
- 4.º Equipo de monitorización cardiaca.
- 5.º Sistema adecuado de asistencia respiratoria.
- 6.º Desfibrilador y material de reanimación cardiopulmonar.
- 7.º Sistemas que permitan la administración de oxígeno (fijo o móvil).
- 8.º Sistema de mantenimiento eléctrico.

b) En relación al marco básico de la prestación:

- 1.º Consulta de toco-ginecología.
- 2.º Estudio y valoración por el facultativo especialista que corresponda, a efectos de dictaminar la pertinencia de la interrupción de acuerdo con los supuestos establecidos en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, en función de la acreditación que se solicite.
- 3.º Consulta propia o externa de especialista, cuando esté indicada por la sospecha o existencia de patologías concomitantes que pudieran influir en la práctica de la interrupción del embarazo.
- 4.º Prestaciones correspondientes de anestesia y reanimación.
- 5.º Servicio de análisis clínicos básicos propio o externo para la realización de Rh y estudio de coagulación si procede. También contarán con depósitos de plasma o expansores de plasma.
- 6.º Pruebas ecográficas pre y post interrupción voluntaria del embarazo.
- 7.º Técnica de interrupción voluntaria del embarazo adecuada a cada situación.
- 8.º Monitorización cardiaca sistemática.
- 9.º Medicación indicada, según la especificidad de cada caso, incluyendo Gamma-Globulina anti-Rh si procede.
- 10.º Recuperación post-intervención en salas acondicionadas a estos efectos, durante el tiempo preciso y los controles necesarios.
- 11.º Seguimiento post-intervención de posibles incidencias hasta su alta definitiva.



12.º Centro hospitalario de referencia para derivación de aquellos casos que lo requieran.

II. Para la realización de interrupciones voluntarias del embarazo con alto riesgo para la embarazada o con más de catorce semanas de gestación, podrán ser acreditados los centros o establecimientos sanitarios que además de los requisitos expresados en el número anterior cuenten al menos con los siguientes requerimientos:

a) En relación con las instalaciones y equipamiento:

1.º Equipamiento necesario para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo bajo cualquier modalidad de anestesia.

2.º Electrocardiógrafo.

3.º Equipo de intubación.

b) En relación al marco básico de la prestación:

1.º Unidad de obstetricia y ginecología.

2.º Banco o deposito de sangre correspondiente.

3.º Unidades de enfermería y hospitalización correspondientes.