

CONFLICTOS ÉTICOS EN UN CONTEXTO DE GESTIÓN PÚBLICA: OBJECCIÓN DE CONCIENCIA Y ABORTO EN LA RED SANITARIA PÚBLICA ESPAÑOLA

María Soledad Vilas-Iglesias¹, José Caamaño-Alegre²

Resumen: En este artículo se sostiene, en primer lugar, que (1) la persistencia a nivel internacional de debates éticos en torno al estatus moral del *nasciturus* y (2) el tradicional compromiso deontológico de los profesionales sanitarios con la salud, tanto de la embarazada como del hijo que espera, dotan de pleno sentido y vigencia al derecho a la objeción de conciencia de dichos profesionales. Sin embargo, donde el aborto legal se configura como prestación sanitaria, surge entonces la dificultad de gestionar esa prestación y, al tiempo, el conflicto moral que expresa la objeción de conciencia. Si en una institución sanitaria pública la objeción es generalizada, se plantea una disyuntiva con implicaciones éticas entre derivar a las gestantes a otras instituciones o aplicar estrategias de integración de personal a nivel de servicio de salud. En el caso de España, se ha aprobado este año una reforma de la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (LOSSRIVE), que manifiesta una voluntad más taxativa de que la objeción de conciencia no impida el acceso al aborto en las instituciones sanitarias públicas, estableciéndose previsiones específicas al efecto. A partir de los trabajos parlamentarios identificamos los principales puntos de discrepancia política que remiten a disparejas posiciones de fondo sobre el aborto y afectan al propio planteamiento de la reforma, así como a otros elementos no siempre novedosos —algunos de ellos ya estaban en la LOSSRIVE o se venían aplicando a nivel autonómico con el plázet del Constitucional.

Palabras clave: aborto, objeción de conciencia, sanidad pública, registros de objetores

Ethical conflicts in a public management context: conscientious objection and abortion in the Spanish public health network

Abstract: This article argues, first, that (1) the persistence at the international level of ethical debates on the moral status of *nasciturus* and (2) the traditional ethical commitment of health professionals to the health of both the pregnant woman and the unborn child, give full sense and validity to the right to conscientious objection of these professionals. However, where legal abortion is configured as a health care service, the difficulty of managing this service and, at the same time, the moral conflict expressed by conscientious objection arises. If, in a public health institution, objection is widespread, there is a dilemma with ethical implications between referring pregnant women to other institutions or implementing staff integration strategies at the health service level. In the case of Spain, a reform of the *Organic Law on Sexual and Reproductive Health and the Voluntary Interruption of Pregnancy* (LOSSRIVE) was approved this year, which shows a more stringent willingness that conscientious objection does not prevent access to abortion in public health institutions, establishing specific provisions to that effect. Based on the parliamentary work, we identified the main points of political discrepancy, which remit to different basic positions on abortion and affect the very approach of the reform, as well as other not always new elements —some of them were already in the LOSSRIVE or were already being applied at the regional level with the approval of the Constitutional Court.

Keywords: abortion, conscientious objection, public healthcare, objectors' registers

Conflitos éticos em um contexto de gestão pública: objeção de consciência e aborto na rede de saúde pública espanhola

Resumo: Este artigo argumenta, em primeiro lugar, que (1) a persistência, em nível internacional, de debates éticos sobre o status moral do nascituro e (2) o tradicional compromisso deontológico dos profissionais de saúde com a saúde da gestante e do filho que ela espera, dão pleno sentido e vigência ao direito à objeção de consciência desses profissionais. Entretanto, quando o aborto legal é configurado como um serviço de saúde, surge a dificuldade de gerir esse serviço e, ao mesmo tempo, gerir o conflito moral expresso pela objeção de consciência. Se, em uma instituição de saúde pública, a objeção for generalizada, haverá uma escolha com implicações éticas entre encaminhar as gestantes a outras instituições ou aplicar estratégias de integração de pessoal no nível do serviço de saúde. No caso da Espanha, foi aprovada este ano uma reforma da *Lei Orgânica de Saúde Sexual e Reprodutiva e a Interrupção Voluntária da Gravidez* (LOSSRIVE) que expressa uma vontade mais constrangedora de garantir que a objeção de consciência não impeça o acesso ao aborto em instituições públicas de saúde, estabelecendo disposições específicas para esse fim. Com base no trabalho parlamentar, identificamos os principais pontos de discrepância política, que remetem a diferentes posições de fundo sobre aborto e afetam a própria aproximação da reforma, assim como outros elementos que nem sempre são novos —alguns deles já estavam no LOSSRIVE ou já estavam sendo aplicados em nível regional com a aprovação do Tribunal Constitucional—.

Palavras chave: aborto, objeção de consciência, saúde pública, registros de objetores

¹ Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), España, <https://orcid.org/0000-0002-4910-7568>

² Universidade de Santiago de Compostela (USC), España, jose.caamano@usc.es, <https://orcid.org/0000-0002-6858-8766>

Introducción

El aborto es una práctica de extraordinaria trascendencia y profundas implicaciones ético-jurídicas. Según Shakhathreh et al.(1), se estima en 50 millones el número de abortos realizados en el mundo cada año y en 200.000 las mujeres embarazadas que mueren a consecuencia de interrumpir su embarazo. Aunque no todo el mundo coincide en que la solución a esto último pase por legalizar el aborto³, es a datos como este a los que suele apelarse para justificar la adopción del *paradigma médico-legal* por parte de entidades como Naciones Unidas (NU) o la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este paradigma, que ve en el control legal y médico la garantía de un “aborto seguro”, topa sin embargo en su traslación práctica con el reto que plantea la naturaleza controvertida del aborto. Ya la propia definición de aborto es problemática porque, entre otras cosas, remite a la *viabilidad* del feto, que cambia con los avances técnicos⁴. En el plano jurídico, la penalización o despenalización y, en su caso, legalización del aborto sigue siendo un asunto conflictivo, como también lo es la configuración del derecho de objeción de conciencia del personal sanitario. En el Derecho internacional el reconocimiento del derecho al aborto no ha superado hasta ahora el ámbito del *soft law* (documentos de organismos supranacionales, conferencias internacionales...), pues ninguna de las declaraciones universales de derechos, ratificadas de forma generalizada, reconocen el aborto como un derecho humano(5). En

³ Miller, por ejemplo, sostiene que experiencias legalizadoras, como la de Etiopía, no conllevaron una notable reducción de la mortalidad materna causada por el aborto y aporta posibles explicaciones de ello(2). Sostiene también que la evidencia más reciente relativa al caso de Malawi sugiere que dicha mortalidad es mucho menor de lo que suele afirmarse, y que la clave para reducirla es dar prioridad a la atención obstétrica de urgencia para salvar a las mujeres de las complicaciones tanto del aborto inducido como del espontáneo(3).

⁴ En el lenguaje común de cualquier país de habla hispana, una de las acepciones de la palabra “aborto” es “interrupción del embarazo por causas naturales o provocadas”(4). En el idioma inglés, en cambio, los profesionales de la salud utilizan la palabra “abortion” para referirse *únicamente al aborto inducido* (sea o no legal)(1), empleando el término “miscarriage” para el aborto espontáneo. En esta línea se sitúan definiciones médicas de aborto como la de la OMS, que lo conceptúa como “la expulsión o extracción de su madre de un feto o embrión de peso inferior a 500 gramos”. En última instancia, la definición médica de aborto va evolucionando porque depende de la viabilidad fetal, que generalmente se alcanza a las 20 semanas de embarazo o al superarse los 500 gramos de peso, aunque en varios Estados este umbral se haya reducido recientemente a 300 gramos.

el Derecho comparado aún persiste una notable diversidad, con las legislaciones más permisivas en algunos países europeos y en unos cuantos Estados de la Unión norteamericana(6). A esa heterogeneidad legislativa ha venido a añadirse, en el último año, la conmoción generada por el giro de la Corte Suprema estadounidense en su sentencia de 24 de junio de 2022 (anulación de la de *Roe vs. Wade*), que está siendo ya objeto de atención en las revistas científicas(7,8,5,9).

Desde el punto de vista ético, el aborto implica cuestiones de estatus moral del no nacido, autonomía de la mujer y maternidad responsable, entre otras. En la segunda sección del artículo, una simple ojeada a algunas recientes contribuciones académicas permitirá entrever la viveza del debate ético en torno a él, con la irrupción de la *ectogénesis* como factor que invita a un radical replanteamiento de los términos del debate. La persistencia de apasionadas discusiones bioéticas en torno al estatus moral del no nacido, junto con el tradicional compromiso deontológico de los profesionales sanitarios con la salud de las dos partes del embarazo (la mujer y el hijo “en camino”), hacen pensar que el derecho a la objeción de conciencia de dichos profesionales sigue teniendo pleno sentido. Y ello sin perjuicio de que la objeción pueda entrar en conflicto con el “acceso” al aborto en la red sanitaria pública.

En la tercera sección del artículo se abordará ese eventual conflicto desde una perspectiva de gestión pública, planteando la disyuntiva entre *derivación de las gestantes* a otras instituciones y aplicación de *estrategias de integración de personal*, para poner de manifiesto sus implicaciones éticas. En la cuarta y más extensa sección se estudiará el tratamiento del conflicto en los trabajos del Parlamento español sobre la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la *Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*. Examinaremos tanto la evolución del texto y las enmiendas presentadas como los debates realizados a lo largo de toda la tramitación parlamentaria, prestando especial atención a aquellos puntos de discrepancia política con mayor trasfondo ético.

Debate ético y objeción de conciencia al aborto

El debate sobre el estatus moral del no nacido y sus derivadas

Una somera revisión de la literatura bioética permite constatar que algunas contribuciones recientes siguen girando en torno a la cuestión del *estatus moral*(10) del no nacido, entendiéndose que una entidad posee estatus moral cuando los agentes morales tienen, o pueden tener, obligaciones morales hacia ella. Greasley(11), por ejemplo, sostiene que el feto no alcanza el estatus moral de persona, porque aún no reúne íntegramente la compleja mezcla de capacidades psicológicas y sociales que definen la personalidad. Estas se irían adquiriendo de forma gradual en un proceso que no culminaría con el nacimiento, aunque este pueda ser un razonable umbral legal. Miller(12), en cambio, arguye que la visión gradualista es contradictoria con la idea de igualdad esencial entre los seres humanos que subyace al reconocimiento del derecho a la vida de los ya nacidos, en la medida que este no se hace depender del “grado de personalidad” del individuo. La argumentación de Miller ha sido, no obstante, recientemente criticada por Räsänen(13). Un planteamiento provocador fue en su día el de Giubilini y Minerva(14), que defendieron el aborto posnatal (habitualmente llamado infanticidio) sobre la base de que *nasciturus* y neonato tienen el mismo estatus moral y, por ende, las mismas razones que legitiman el aborto prenatal también legitimarían el posnatal.

Una derivada de ese debate es la cuestión, planteada en el ámbito de la ética, de si caben justificaciones del derecho al aborto compatibles con el reconocimiento al no nacido del estatus moral de persona. Un trabajo clásico en esta línea fue el de Thomson(15) y su célebre *analogía del violinista*. Si la supervivencia de un violinista requiriera que su cuerpo permaneciese nueve meses conectado al de otra persona, ¿sería aceptable que los seguidores del violinista secuestrasen a una persona y le obligasen a soportarlo? Otros autores(16) argumentan contra esta visión apoyándose en la (mayor o menor, según los casos) responsabilidad moral de la mujer en el hecho de quedarse embarazada. Un reto diferente a la forma de razonar de Thomson es el planteado por el actual desarrollo

de la *ectogénesis* o gestación en útero artificial, que vuelve irrelevantes algunos de los habituales argumentos proaborto y replantea los términos del debate: la cuestión ya no es si la embarazada puede negarse a gestar sino si los padres tienen derecho a matar al feto. Räsänen(17) invoca sus derechos a no convertirse en padres biológicos, sus derechos a la intimidad genética y sus derechos de propiedad para sostener que sí pueden decidir la muerte del feto. Blackshaw y Rodger(18) estiman, por el contrario, que no existe ese derecho a matar al feto y someten a crítica el análisis de Räsänen.

Objeción de conciencia y “acceso” al aborto

Si a ese telón de fondo, marcado por disputas ético-jurídicas, añadimos el tradicionalmente doble compromiso deontológico de los profesionales sanitarios ante un embarazo (con la salud de la mujer y con la del hijo que espera), se comprende que el aborto sea uno de los casos paradigmáticos de reconocimiento del derecho de objeción de conciencia a dichos profesionales. Según el Comité de Bioética de España (CBE)(19), “se entiende por ‘objeción de conciencia’ la negativa de una persona a realizar ciertos actos o tomar parte en determinadas actividades, jurídicamente exigibles para el sujeto, para evitar una lesión grave de la propia conciencia”. Ligada a la libertad de conciencia y a la libertad ideológica y religiosa, la objeción pretende que se excepcione a la persona de cumplir un deber jurídico contrario a su conciencia, de modo que no se le sancione por incumplirlo, mientras que la *desobediencia civil* persigue que el deber en cuestión desaparezca del ordenamiento jurídico. En la sanidad pública, la objeción plantea no obstante un conflicto entre los derechos del profesional objetor y los del solicitante de la prestación o, visto de otra forma, entre el deber del objetor de actuar conforme a su conciencia y el de ese mismo objetor, en cuanto profesional sanitario, de cumplir sus funciones como empleado público(19). Según Gamboa y Poyato, la solución a ese conflicto pasaría por que el profesional objetor “se retire del caso buscando una alternativa que nunca suponga abandonar al paciente, facilitando la continuidad asistencial y cumpliendo determinadas formalidades con el fin de permitir una correcta organización de las prestaciones”(20).

Del citado conflicto deriva, con todo, una de las principales líneas de crítica a la objeción de conciencia al aborto, que es la de dificultar el acceso a la “prestación sanitaria pública de interrupción voluntaria del embarazo”. Se arguye al respecto que, a nivel mundial, la objeción de conciencia afecta al acceso al aborto a los niveles de facultativo, sistema sanitario y entorno sociocultural, y que lo hace tanto directamente (intentos de los profesionales sanitarios de restringir el acceso) como indirectamente (exacerbación de barreras preexistentes)(21). Según algunos análisis, en países como Italia o España la objeción generalizada de los sanitarios no solo estaría causando mayores distancias de viaje, tiempos de espera y costes del aborto, sino que también estaría afectando a la propia circulación del conocimiento sobre su alcance y consecuencias (obstaculización en el acceso a la información, disvalor del testimonio de las mujeres y cegueras y meta-cegueras que se alimentan del silencio cómplice, individual e institucional) (22,23). En las antípodas de estos planteamientos están los de quienes sostienen que la mayoría de los abortos no son médicamente beneficiosos ni están clínicamente indicados y, por ello, tampoco puede decirse que la objeción niegue a la gestante el acceso a ningún procedimiento beneficioso e indicado para ella(24). Desde otro punto de vista, se ha atribuido a la objeción de conciencia la virtud de evitar que la calidad de la atención a quien demanda un aborto se vea socavada por los problemas de conciencia del profesional sanitario. Como afirman Ramsayer y Fleming, en uno de sus estudios sobre la objeción de conciencia al aborto por parte de las matronas, “las mujeres que solicitan servicios de aborto también pueden beneficiarse de la objeción de conciencia, ya que les garantiza que serán atendidas por matronas que les proporcionen conscientemente los cuidados emocionales y físicos necesarios”(25).

La gestión pública ante la objeción de conciencia al aborto: cuando gestionar una “prestación sanitaria” implica gestionar el conflicto moral

Desde una perspectiva de gestión pública, las legislaciones que reconocen a la mujer un derecho a abortar, en algunos supuestos o bajo determinadas condiciones, plantean el reto de gestionar, por un lado, el ejercicio de ese derecho en el sistema nacional de salud y, por otro, el conflicto moral

que ello entraña para el personal sanitario. Si el aborto legal se configura como una prestación sanitaria pública y los profesionales de una institución pública de salud objetan al aborto de forma masiva, una alternativa es derivar a las mujeres que quieran abortar a otras instituciones públicas o a clínicas privadas. Se trata de una opción que casa bien con algunas lecturas amplias de la llamada *dimensión colectiva* del derecho individual de objeción de conciencia. Aunque esa dimensión suele asociarse con la *objeción institucional o de ideario* de instituciones privadas de inspiración confesional o con identidad ideológica, hay quien la extiende a todas aquellas personas jurídicas formadas por personas con una identidad religiosa o moral reconocible, que se verían agraviadas o afectadas por la imposición a la institución de conductas contrarias a esas convicciones(26). En el caso del personal sanitario público, cabría entender que su adhesión a un determinado código deontológico es indicativa de esa “identidad moral reconocible” que puede dotar de dimensión colectiva a su derecho individual de objeción de conciencia. Frente a tales planteamientos están los de quienes limitan la objeción de conciencia al plano estrictamente individual y condicionan su ejercicio a la accesibilidad del aborto en la institución donde trabajan los objetores, asumiendo que lo contrario afectaría a la libertad de conciencia, la salud y la autonomía de las mujeres(27). Aun cuando sea viable derivar a estas últimas a otras instituciones públicas o a clínicas privadas, ello puede tener ciertos inconvenientes para las mujeres afectadas(23,28) e implica costes de transacción para el Servicio de Salud (coordinación entre instituciones públicas, acreditación y supervisión de las clínicas privadas, contratación con las clínicas y seguimiento de su ejecución contractual, reparto de responsabilidades y riesgos...).

La otra alternativa para asegurar el acceso al aborto ante una objeción masiva en los servicios sanitarios públicos es organizar estos y gestionar sus recursos humanos de forma que se asegure la posibilidad de abortar en cada hospital o centro público de salud. En esta línea se inscriben los mecanismos encaminados a dotar, a los gestores de la red sanitaria pública, de la capacidad de distinguir por adelantado entre objetores y no objetores, de modo que el reparto de estos últimos

por centros sanitarios maximice la accesibilidad del aborto en dicha red pública. Otras posibles herramientas son las convocatorias de plazas para no objetores(29), el establecimiento de un sistema de cuotas para objetores en la elección de ciertas especialidades(30) y la introducción de incentivos para los centros y servicios en los que se pueda abortar(31). Tales mecanismos y herramientas entrañan obviamente costes de gestión, y topan con la dificultad de conciliarse con los principios que rigen la provisión de personal en las administraciones públicas y el marco regulatorio de la objeción de conciencia(32). Refiriéndose a la experiencia italiana de celebración de concursos solo para no objetores, Carranza y Krauth se hacen eco del criterio jurisprudencial de que “tales medidas no pueden convertirse en una forma de ‘disciplinar’ ideológicamente a los agentes públicos, proveyendo a las vacantes o disponiendo ascensos bajo esa condición, en forma expresa o tácita en desmedro de la carrera administrativa de los demás”(33).

La disyuntiva entre *derivar a las gestantes a otras instituciones y aplicar estrategias de integración de personal a nivel de servicio de salud* tiene trascendencia práctica, pero también implicaciones éticas. No puede, *a priori*, asegurarse que ambas alternativas sean indiferentes en lo que respecta a los riesgos para la salud de la mujer y el impacto en su bienestar. Tampoco que necesariamente lo sean en cuanto a los riesgos de vulneración de los límites y condiciones legales —con la consiguiente desprotección fetal— y de trato degradante al *nasciturus*. Aunque es obvio que tales efectos prácticos están cargados de implicaciones éticas, estas podrían ir mucho más allá. Hemos apuntado ya las relativas al reconocimiento y alcance de la dimensión colectiva del derecho a la objeción de conciencia. Otras son las que giran en torno a las dicotomías *facilitación/desincentivación y normalización/excepcionalidad*. En países como España, el empeño en garantizar el acceso al aborto en el hospital público de referencia más cercano al domicilio de la gestante puede reflejar una voluntad de facilitar el aborto todo lo posible y normalizarlo como una prestación sanitaria más. La sistemática derivación de las gestantes a clínicas privadas puede, en cambio, proyectar la idea de que el aborto no es una prestación sanitaria como

cualquier otra, sino un recurso excepcional y una práctica a desincentivar.

Objeción de conciencia y aborto en los hospitales públicos españoles

Objeción de conciencia y aborto bajo la LOSSRIVE de 2010

Hace ya más de una década, el Parlamento español aprobó la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (LOSSRIVE). Con su entrada en vigor, el sistema del plazo sustituyó al de indicaciones, bajo cuya vigencia la proporción anual de abortos por riesgo para la salud materna se había movido entre el 96% y el 99%(34), sencillamente porque el supuesto *peligro grave para la salud psíquica de la embarazada* estaba dando cobertura a multitud de abortos debidos a otras causas. La LOSSRIVE reconoció a la mujer el derecho a abortar a petición propia hasta la semana 14, sin tener que alegar ningún motivo y con cargo al erario público, al incluirse el aborto en la cartera básica de servicios. Después de la semana 14, el aborto tendría que ampararse en la existencia de grave riesgo para la salud de la mujer o de riesgo de anomalías fetales graves o incompatibles con la vida.

De conformidad con la doctrina constitucional (STC 53/1985), el art. 19.2 de la LOSSRIVE otorgó rango de ley a la objeción de conciencia al aborto y la dotó de una escueta regulación. A su amparo, los profesionales de la sanidad pública han ido ejerciendo, a menudo de forma generalizada, su derecho a objetar. Si bien es cierto que la tasa de abortos realizados en centros extrahospituarios de carácter privado se redujo de un 88,55% a un 78,04% en la primera década de aplicación de la LOSSRIVE(35), la realización de abortos en hospitales públicos aún sigue siendo la excepción y no la regla. El caso español difiere a este respecto de los de otros países de la Europa latina, pues la vasta mayoría de los abortos en Italia y dos tercios de los practicados en Portugal se vienen efectuando en hospitales o centros sanitarios públicos(36). Esa singularidad española explica que, en el país, los contrarios al aborto tiendan a contemplar la objeción de conciencia como el último recurso para mantener el aborto fuera de las institucio-

nes sanitarias públicas —frente a lo que ocurre en ciertos países latinoamericanos, en los que la resistencia al aborto se centra más bien en “defender” entidades privadas mediante la llamada objeción institucional—.

El intento de hacer compatible la objeción con el acceso al aborto en los centros y hospitales públicos en la reforma de la LOSSRIVE: estudio de los trabajos parlamentarios

Que la objeción de conciencia no se convierta en impedimento para el acceso al aborto en las instituciones sanitarias públicas es uno de los propósitos declarados de la reciente reforma de la LOSSRIVE. En el texto remitido por el gobierno a las Cortes Generales(35), se preveía incorporar a tal fin a la citada Ley los artículos 19 bis y 19 ter. El primero reconoce y configura en este ámbito el derecho a la objeción de conciencia. *Grosso modo*, puede decirse que se basa en el artículo 19.2 de la LOSSRIVE de 2010, pero viene a dar otra “vuelta de tuerca”. El ejercicio del “derecho individual” de objeción de conciencia ya no se contrapesa solo con “el acceso y la calidad asistencial de la prestación”, sino también con el “derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres” que decidan abortar. Deja de contemplarse, ni siquiera como excepción, que al servicio público de salud le sea imposible facilitar en tiempo la prestación y, en consecuencia, tampoco se contempla expresamente la posibilidad de remitir a la gestante a la opción de abortar “gratis” en cualquier centro acreditado en España. Esta voluntad taxativa de que el aborto sea accesible en la red pública se traduce en un mandato expreso de que los servicios públicos se organicen *siempre* de forma que se garantice el personal sanitario necesario para el acceso efectivo y oportuno al aborto. A efectos de facilitar esa organización de los servicios, el art. 19 ter impone la creación de *registros de objetores* al aborto en las Comunidades Autónomas (CCAA) y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), acompañada del acuerdo de un protocolo específico que fije sus condiciones mínimas. Y, para atajar la mala fe, se sienta el criterio de que el objetor lo será tanto en la sanidad pública como en la privada.

Enmiendas al articulado y evolución del régimen propuesto para la objeción de conciencia

De las enmiendas al articulado presentadas en el Congreso de los Diputados(37), solo ocho afectan a los citados arts. 19 bis y 19 ter y, de ellas, solo una se incorporará (a través de una enmienda transaccional) al texto definitivo. En las dos del Grupo Parlamentario (GP) Popular⁵, simplemente se propone la supresión de ambos artículos, consignando como única justificación la fórmula “mejora técnica”. En las dos del diputado Rego (BNG⁶) se aboga también por suprimir ambos artículos, pero el motivo es que no se comparte el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia, al entenderse que, “si el aborto es un derecho, el personal que ejerce su labor en la red pública de salud debe tener la obligación de garantizarlo”(37). La enmienda de Joan Baldoví⁷ al art. 19 bis pretende que la objeción de conciencia, además de manifestarse con antelación y por escrito, deba ser conocida por las pacientes al inicio del embarazo. En su opinión, la mujer siempre debe conocer, *ab initio*, “si el centro sanitario al que está adscrita tiene la capacidad de efectuar en sus instalaciones y con su personal, una interrupción voluntaria del embarazo y sin que ello merme el derecho a la objeción del personal sanitario”(37).

En cuanto a las tres restantes enmiendas al art. 19 ter, la de la Sra. Calvo Gómez⁸ solo pretende que el registro de objetores se cree en cada centro sanitario (en vez de en cada CA y en el INGESA), apelando a una reivindicación en ese sentido del sector médico y aduciendo que disponer de la información directamente en el centro facilita la gestión. También la enmienda del PNV⁹ cuestiona el mandato a cada CA y al INGESA, que propone sustituir por una expresión que únicamente

⁵ El Partido Popular es una fuerza de centroderecha en la que conviven distintas familias ideológicas (principalmente democristianos, liberales y conservadores).

⁶ El BNG es una fuerza nacionalista gallega que alberga en su seno diversas tendencias políticas, predominando las posiciones marcadamente de izquierdas.

⁷ Diputado de Compromís, una coalición que se presenta a sí misma como confluencia del nacionalismo valenciano progresista con la izquierda moderna y el ecologismo político.

⁸ Diputada del GP Plural por Junts per Catalunya, un partido independentista catalán, más bien de centroderecha.

⁹ Partido Nacionalista Vasco, de centroderecha.

faculte a las CCAA a crear registros de objetores. La justificación radica en que, a su entender, esos registros no son estrictamente necesarios para garantizar el derecho a la objeción de conciencia ni es preciso establecer la obligatoriedad de su creación. La última enmienda al art. 19 ter es la de EH Bildu¹⁰, que propone añadir un apartado para evitar que los no objetores resulten discriminados y se vean relegados en exclusiva a practicar abortos. Sobre esta enmienda de Bildu se articula luego la siguiente enmienda transaccional número 1, que presentan los grupos que sostienen al gobierno y que la Ponencia acuerda incorporar al texto:

“4. Se adoptarán las medidas organizativas necesarias para garantizar la no discriminación tanto de las personas profesionales sanitarias no objetoras, evitando que se vean relegadas en exclusiva a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, como de las personas objetoras para evitar que sufran cualquier discriminación derivada de la objeción” (38).

Otras enmiendas relevantes en lo que respecta a la objeción de conciencia son las que afectan al art. 16. Concretamente, las enmiendas números 20 del GP Plural (Junts per Catalunya¹¹) y 83 del GP Confederal de Unidas Podemos-En Comú Podem-Galicia en Común¹² se transforman en la enmienda transaccional número 4, en cuya virtud se inhabilita a quienes figuren en el Registro de objetores o hayan figurado en los últimos tres años para participar en los comités clínicos operantes en los casos de aborto eugenésico (38). La enmienda transaccional se presenta por los grupos de la coalición de gobierno y se incorpora al texto legal.

En la tramitación en el Senado solo se presentan seis enmiendas que afecten a la regulación propuesta de la objeción de conciencia (39). Las enmiendas 87, 108 y 185 vienen a coincidir con otras ya presentadas en la Cámara Baja. Las otras tres enmiendas son las 172-173 y 180 del Grupo Popular, que responden a la idea de que el ejerci-

cio de la objeción de conciencia no debe condicionarse ni someterse a exigencias de inscripción en ningún registro. En la redacción alternativa, propuesta del art. 19 bis, la objeción se puede ejercer “sin ningún tipo de condicionamiento personal, laboral o profesional”, mientras que el texto gubernamental prevé que se ejerza sin que ello “pueda menoscabar el derecho humano a la vida, la salud y la libertad de las mujeres que decidan interrumpir su embarazo”. Lejos de imponer a las CCAA la implantación de registros de objetores, la enmienda garantiza que los objetores no sean incluidos en ningún registro público por su condición de tales. Corolarios de lo anterior serían la supresión del art. 19 ter y de la Disposición adicional cuarta, relativos al registro de objetores y la protección de datos en ese ámbito. Ninguna de las seis enmiendas es, no obstante, incorporada por el Senado a los artículos que regulan la objeción de conciencia (40).

Posiciones y argumentos esgrimidos en los debates parlamentarios

Tanto los debates en el Congreso de los Diputados (41-43) como los realizados en el Senado (44,45) arrojan, en lo que atañe a la objeción de conciencia, una articulación de los grupos políticos en torno a dos bloques. El primero de ellos lo integran las fuerzas de la izquierda y el GP Ciudadanos¹³, que ponen el énfasis en asegurar el acceso al aborto en las instituciones sanitarias públicas. La posición más radical en este bloque es quizá la del diputado Rego (BNG), que aboga por no reconocer derecho alguno a la objeción de conciencia, al juzgarla incompatible con la voluntad de garantizar que la interrupción del embarazo pueda realizarse en la sanidad pública (41). No muy lejos de esta afirmación está la efectuada por la representante de ERC¹⁴ en la Cámara Baja, de que la objeción de conciencia ha equivalido al cercenamiento de los derechos y libertades de las mujeres (42). La diputada Vehí Cantenys¹⁵

¹⁰ Coalición vasca de izquierdas, que postula como objetivo último la creación de una Euskal Herria independiente.

¹¹ Véase supra, la nota 6.

¹² Grupo parlamentario compuesto por diputados de la fuerza de izquierdas Unidas Podemos y sus confluencias catalana (En Comú Podem) y gallega (Galicia en Común).

¹³ Este grupo, como tal, solo existe en el Congreso de los Diputados, ya que el partido político Ciudadanos no obtuvo suficientes senadores para constituir grupo propio en la Cámara Alta. Ciudadanos se autodefine como centrista y liberal.

¹⁴ Esquerra Republicana de Catalunya es una organización política independentista de izquierdas que aboga por la creación de una República Catalana.

¹⁵ Diputada electa por la Candidatura d'Unitat Popular (CUP), que se define como una organización política asamblearia que trabaja

subraya que el que las mujeres tengan que ir a abortar a la sanidad privada implica dinero, un desplazamiento y más complicaciones en un momento tan difícil como es el de someterse a un aborto(43). En la misma línea, el representante de Ciudadanos alude a la frecuente derivación de las mujeres a otras provincias para la realización de abortos (con lo que ello supone de dificultad en el acceso), y comparte la voluntad gubernamental de que se pueda abortar en el hospital de referencia más cercano de la red pública(42). El senador Vidal Matas, de Izquierda Confederal, admite que la objeción de conciencia “se tiene que respetar, claro que sí, pero no tiene que poner en riesgo el derecho de las mujeres a abortar en la sanidad pública”(45). En respuesta a las críticas de la derecha, la senadora Granados, del GP Socialista, afirma que quienes sufren el estigma no son los profesionales objetores sino “las mujeres, aquellas que acceden a centros y que no encuentran un lugar donde poder ejercer sus derechos”(45). Y la senadora Calero Albal, del mismo grupo político, señala que el 85% de los abortos se han realizado en clínicas privadas y, a propósito de ello, se pregunta si no resulta curioso que haya tantos objetores de conciencia en la pública y ninguno en la privada”(45).

El segundo bloque político lo integran, por un lado, el GP VOX¹⁶ y, por otro, el GP Popular y algunos parlamentarios afines¹⁷. Ya en el debate de totalidad, en el Congreso de los Diputados(41), la representante de VOX denuncia que la regulación propuesta supondrá, de aprobarse, estigmatizar a aquellos sanitarios que, fieles a su vocación profesional, rechacen practicar abortos. En un debate ulterior, en la misma Cámara, se resume así la posición del grupo:

“En relación a la objeción de conciencia, está tratada como un derecho individual, está limitada,

por unos Países Catalans independientes, socialistas, feministas, ecologistas y territorialmente justos.

¹⁶ VOX es un partido conservador, encuadrable en lo que algunos denominan “derecha patriótica”.

¹⁷ En notable sintonía con el discurso del grupo Popular estuvieron las intervenciones del diputado García Adanero (UPN)(41), de los senadores Catalán Higuera (UPN) y Sánchez López (GP Democrático), y de la senadora Goñi Sarries (GP Mixto)(45). Los dos últimos proceden de Ciudadanos, pero, cuando participan en el debate, Goñi Sarries lleva ya casi dos años fuera del partido y Sánchez López anuncia su abandono unos veinte días antes del debate.

está condicionada, está en un registro. Nosotros creemos que la objeción de conciencia es un derecho fundamental y si tuviera que aprobarse un registro debiera ser para aquellas personas que realizaran abortos, en contra precisamente de los objetivos y de la finalidad de su profesión, que es sanar a los enfermos y ayudarles en la enfermedad”(42).

Es, sin embargo, en los debates en Pleno en la Cámara alta(45) donde encontramos el mayor despliegue argumentativo de este grupo político, a cargo de la senadora Merelo Palomares. Invoca ella el artículo 5.1 del código de deontología médica y la explícita mención, en este, de la obligación del juramento hipocrático de no dar a ninguna mujer un pesaje abortivo. Ve en la objeción de conciencia un derecho fundamental, concreción de la libertad ideológica, religiosa y de culto. Y critica tres elementos de la regulación propuesta. Uno es el *condicionamiento* de la objeción a la existencia de otra persona dispuesta a practicar el aborto. Otro es la limitación del derecho a objetar a los sanitarios *directamente implicados*, excluyendo a aquellos “cuya implicación en el aborto no sea directa pero sí necesaria y real”(45). Y el tercero es la obligación de crear *registros de objetores*, que genera discriminación, inseguridad en cuanto a sus repercusiones laborales y vulneración de la normativa de protección de datos, aparte de contravenir la prohibición constitucional de obligar a alguien a declarar sobre su ideología, religión o creencias. Tacha además de discriminatoria la prohibición de que los sanitarios que figuren en el registro participen en los comités clínicos que evalúan los supuestos de aborto eugenésico.

En cuanto al grupo Popular, su oposición al régimen propuesto se centra en cuatro puntos. El primero es el empeño gubernamental en que *el aborto se realice en todos los centros públicos*, que los Populares cuestionan abiertamente porque entienden que la baja tasa de abortos en dichos centros no es más que un reflejo natural de la legítima objeción de conciencia de su personal sanitario(41). A su juicio, una administración no puede trasladar la responsabilidad de practicar abortos a un determinado tipo de centros ni a los facultativos de estos, sino que simplemente deberá encargarse de su facilitación(42). El ministerio no puede de ninguna manera plantear la

obligatoriedad de esta práctica en todos los centros públicos, porque ello supondría obviar el derecho constitucional a la objeción de conciencia, que cuenta con un nivel de protección similar al de los derechos fundamentales(42). Estaríamos, en definitiva, ante una pretensión de imposible cumplimiento que será un fracaso para los ministerios involucrados(42).

El segundo foco de crítica es la obligación de crear en cada comunidad autónoma un *registro de objetores de conciencia*, que, “además de cercenar un derecho constitucional, oculta la voluntad de castigar a quienes, ejerciendo ese derecho, se nieguen a practicar abortos, lo que tiene un sospechoso tufo a lista negra y, por su carácter público, puede limitar el derecho reconocido en el artículo 18 de la Constitución [derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen]”(43). Estaríamos ante una herramienta de estigmatización o señalamiento de los objetores que, además, entraña el riesgo cierto de menoscabar sus oportunidades laborales por razones organizativas o tener incluso repercusiones salariales(45). Todo ello no hace más que evidenciar que el Ministerio de Igualdad “rezuma en este texto animadversión hacia los profesionales sanitarios, a los que se pretende doblegar en el ejercicio de su legítimo derecho constitucional a la objeción de conciencia”(41).

Los dos últimos focos de crítica son la *limitación del derecho a objetar a aquellos profesionales que participan de manera activa y directa en el aborto* —excluyendo a quienes no lo hacen de modo directo, pero sí de modo necesario y real(45)— y la *no contemplación de la objeción de conciencia de los farmacéuticos*, tanto en relación con fármacos abortivos como a la píldora poscoital(41). Esto último constituiría “un claro atentado a la libertad de conciencia del farmacéutico, reconocida por el Tribunal Constitucional en una sentencia de 2015”(41). Además, desde el punto de vista puramente sanitario, se estaría obligando a los farmacéuticos “de manera irresponsable a dispensar sin control médico un medicamento aprobado para un uso excepcional en la anticoncepción y cuyo uso poco racional puede suponer el abandono de otros métodos con menor riesgo para la salud”(43).

Conclusiones

Tanto en el plano jurídico como en el ético, el aborto sigue suscitando controversias que involucran cuestiones tan radicales como la vida o la libertad y, en tal medida, mantiene pleno sentido el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. El ejercicio de este derecho puede, sin embargo, plantear una dificultad en aquellos países en los que el aborto se configura como prestación sanitaria pública: ¿cómo gestionar esa prestación y, al tiempo, el conflicto moral que expresa la objeción de conciencia? Si en una institución sanitaria pública la objeción es generalizada, cabe acudir a la derivación de las gestantes a otras instituciones o a estrategias de integración de personal a nivel de servicio de salud. La opción por una u otra alternativa tiene trascendencia práctica, pero también implicaciones éticas. Algunas guardan relación con el reconocimiento y alcance de la dimensión colectiva del derecho a la objeción de conciencia. Otras giran en torno a las dicotomías *facilitación/desincentivación* y *normalización/excepcionalidad* del aborto.

En el caso de España, el ejercicio del derecho a objetar de los sanitarios hace, a menudo, imposible atender en los hospitales y centros sanitarios públicos la demanda de abortar legalmente, optándose entonces por la derivación a clínicas privadas. La pretensión gubernamental de que la objeción de conciencia deje de ser un impedimento para el acceso al aborto en la red pública, se ha plasmado en la incorporación, en la reciente reforma de la LOSSRIVE, de los artículos 19 bis y 19 ter. El primero tiene como principal novedad el mandato expreso de que los servicios públicos se organicen *siempre* de forma que se garantice el personal sanitario suficiente para un acceso efectivo y oportuno al aborto. El segundo impone la creación de registros de objetores —que hasta ahora dependía de la voluntad de cada comunidad autónoma— y el acuerdo de un protocolo específico que fije sus condiciones mínimas. De las enmiendas presentadas a ambos artículos, solo la de EH Bildu fue adelante a través de una transaccional que prohíbe la discriminación, tanto hacia los no objetores como hacia los objetores.

El estudio de los trabajos parlamentarios permite,

por otra parte, identificar los principales puntos de discrepancia política, que responden en última instancia a las dispares posiciones de fondo sobre el aborto y afectan al propio planteamiento de la reforma. Hacer compatible el *ejercicio de la objeción* con el *acceso al aborto en las instituciones sanitarias públicas* no es una meta para quienes abogan por supeditar aquel a este, o viceversa. Los primeros niegan el derecho a objetar o lo condicionan a que haya otra persona en la institución dispuesta a practicar el aborto porque entienden que, si este es un derecho, el personal de la institución debe tener la obligación de garantizarlo. Los segundos, en cambio, son partidarios de negar el acceso al aborto o consideran que no son los centros y hospitales públicos ni su personal sino, en todo caso, la administración la que ha de facilitar a la gestante una vía de acceso adecuada (sea en la red pública, sea en instituciones privadas con cargo a fondos públicos). Para algunas fuerzas políticas, las condiciones, trabas o limitaciones a

la objeción de conciencia comprometen un derecho fundamental, mientras que para otras es la objeción la que impide a las gestantes ejercer sus derechos humanos. Se debate si la objeción se ha de circunscribir a los profesionales directamente implicados en la práctica del aborto o, por el contrario, ha de alcanzar a todos los que en cualquier manera tengan relación con dicha práctica. Se discute asimismo sobre la pertinencia o no de establecer un registro y sobre si, en caso de hacerlo, han de ser los objetores o los no objetores quienes se inscriban. Y se confronta en torno a si la condición de objetor de un profesional sanitario debe o no inhabilitarlo para participar en los comités clínicos que han de confirmar los diagnósticos de enfermedad fetal previos al aborto eugenésico. Buena parte de estos desacuerdos tiene que ver, sin embargo, con elementos que ya estaban en la LOSSRIVE de 2010, o que se venían aplicando en algunas autonomías con el plácet del Constitucional.

Referencias

1. Shakhathreh HJM, Salih AJ, Aldrou KKAR, et al. Medico-Legal Aspects of Abortion: Updates of the Literature. *Medical Archives – Journal of the Academy of Medical Sciences of Bosnia and Herzegovina* 2022; 76(5): 373-376. <https://doi.org/10.5455/medarh.2022.76.373-376>
2. Miller C. Legalisation of abortion and maternal mortality in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 2022; 60(2): 189-195.
3. Miller, C. Maternal Mortality from Induced Abortion in Malawi: What Does the Latest Evidence Suggest? *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2021; 18: 10506. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910506>
4. Real Academia Española (RAE). *Diccionario de la lengua española*. Voz “aborto” [Internet]. 2021. [consultado 26 diciembre 2022]. <https://dle.rae.es/aborto>
5. Díez Fernández JA. La sentencia de la Corte Suprema americana sobre el aborto: un “terremoto” de imprevisibles consecuencias. *Cuadernos de Bioética* 2022; 33(109): 351-352. <https://doi.org/10.30444/CB.138>
6. Chen S, Gu X, Qi L, et al. Reflections on abortion rights: From policy to medicine. *BioScience Trends* 2022; 16(6): 455-458. <https://doi.org/10.5582/bst.2022.01354>
7. Ilyas MA, Ayyan M, Zahid A, et al. The demise of *Roe v. Wade* and the ramifications of legal barriers to abortion. *Public Health* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.11.006>
8. Vasudevan A, Mullin B, Fenning R, et al. Abortion Is a Right: Perspectives of Family Medicine Physician Residents. *Cureus* 2022; 14(11): e31506. <https://doi.org/10.7759/cureus.31506>
9. Paltrow LM, Harris LH, Marshall MF. Beyond Abortion: The Consequences of Overturning *Roe*. *The American Journal of Bioethics* 2022; 22(8): 3-15. <https://doi.org/10.1080/15265161.2022.2075965>
10. Warren MA. *Moral status: Obligations to persons and other living things*. Wotton-under-Edge, UK: Clarendon Press; 1997.
11. Greasley K. *Arguments about Abortion: Personhood, Morality, and Law*. Oxford: Oxford University Press; 2017.
12. Miller C. Human equality arguments against abortion. *Journal of Medical Ethics* 2022. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108572>
13. Räsänen J. Egalitarianism, moral status and abortion: a reply to Miller. *Journal of Medical Ethics* 2022. <https://doi.org/10.1136/jme-2022-108821>
14. Giubilini A, Minerva F. After-birth abortion: why should the baby live? *Journal of Medical Ethics* 2013; 39: 261-263. <https://doi.org/10.1136/medethics-2011-100411>
15. Thomson JJ. A Defense of Abortion. *Philosophy & Public Affairs* 1971; 1(1): 47-66.
16. Bernstein C, Manata P. Moral Responsibility and the Wrongness of Abortion. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 2019; 44(2): 243-262. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhy039>
17. Räsänen J. Ectogenesis, abortion and a right to the death of the fetus. *Bioethics* 2017; 31: 697-702. <https://doi.org/10.1111/bioe.12404>
18. Blackshaw BP, Rodger D. Ectogenesis and the case against the right to the death of the foetus. *Bioethics* 2019; 33: 76-81. <https://doi.org/10.1111/bioe.12529>
19. Comité de Bioética de España. *Posición del Comité de Bioética de España sobre la objeción de conciencia* [Internet] 2011 [consultado 26 diciembre 2022]. <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf>
20. Gamboa-Antiñoloa F-M, Poyato-Galán J-M. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. *Gaceta Sanitaria* 2021; 35(4): 358-360. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.05.014>
21. Davis JM, Haining CM, Keogh LA. A narrative literature review of the impact of conscientious objection by health professionals on women’s access to abortion worldwide 2013-2021. *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice* 2022; 17(9): 2190-2205. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.2020318>
22. Autorino T, Mattioli F, Mencarini L. The impact of gynecologists’ conscientious objection on abortion access. *Social Science Research* 2020; 87: 102403. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2020.102403>
23. Triviño R. Ciego, sordo y mudo: el sistema sanitario ante la objeción de conciencia al aborto. *Quaderns de Filosofia* 2022; 9(2):73-82. <https://ojs.uv.es/index.php/qfilosofia/issue/download/1564/344#page=73>
24. Blackshaw BP, Rodger D. Questionable benefits and unavoidable personal beliefs: defending conscientious objection for abortion. *Journal of Medical Ethics* 2020; 46(3): 178-182. <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105566>
25. Ramsayer B, Fleming V. Conscience and conscientious objection: The midwife’s role in abortion services. *Nursing Ethics: An International Journal for Health Care Professionals* 2020; 27(8): 1645-1654. <https://doi.org/10.1177/0969733020928416>
26. Asiaín Pereira C. Los principales desafíos para el ejercicio del derecho de objeción de conciencia en Latinoamérica. *Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado* 2019; 35: 803-850.

27. Deza S. Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas. *Revista de Bioética y Derecho* 2017; 39: 23-52.
28. López Trujillo N. La dificultad para acceder a un aborto en Castilla y León: desde desplazarse a otra provincia hasta pagarlo de tu bolsillo. *Newtral* [Internet] 2023 [consultado 23 febrero 2023]. <https://www.newtral.es/aborto-castilla-y-leon-dificultades/>
29. Stifani BM, Mishtal J, Chavkin W, et al. Abortion policy implementation in Ireland: successes and challenges in the establishment of hospital-based services. *SSM – Qualitative Research in Health* 2022; 2. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100090>
30. Rodger D, Blackshaw BP. Quotas: Enabling Conscientious Objection to Coexist with Abortion Access. *Health Care Analysis: An International Journal of Health, Philosophy and Policy* 2021; 29(2): 154-169. <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00419-5>
31. Sánchez-Bayle M. De nuevo el debate del aborto. *Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)*. [Internet] 2023 [consultado 23 febrero 2023]. <https://fadsp.es/de-nuevo-debate-aborto/>
32. De Lorenzo Abogados. Reservar plazas para médicos no objetores al aborto “es inconstitucional”. *Noticias De Lorenzo Abogados* [Internet] 2022 [consultado 23 febrero 2023]. <https://www.delorenzoabogados.es/es/detalle-noticia/reservar-plazas-para-medicos-no-objetores-al-aborto-es-inconstitucional>
33. Carranza Torres L, Krauth C. Objeción de conciencia colectiva sanitaria. *Comercio y Justicia* [Internet] 2018 [consultado 5 abril 2023]. <https://comercioyjusticia.info/opinion/objecion-de-conciencia-colectiva-sanitaria/>
34. Latorre Cañizares A. *El aborto en España 1985-2010. Análisis crítico de los datos oficiales, contexto sociopolítico y meta-lenguaje*. Tesis doctoral defendida en la Universidad CEU San Pablo, Madrid, el 23 de junio de 2021. https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/13022/1/Aborto_Alicia_Latorre_USPCEU_Tesis_2021.pdf
35. BOCG-14-A-122-1: *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congreso de los Diputados, serie A, núm. 122-1. Proyecto de ley. 12/09/2022.
36. Chavkin W, Swerdlow L, Fifield J. Regulation of Conscientious Objection to Abortion: An International Comparative Multiple-Case Study. *Health and Human Rights Journal* 2017; 19(1): 55-68.
37. BOCG-14-A-122-2: *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congreso de los Diputados, serie A, núm. 122-2. Enmiendas e índice de enmiendas al articulado. 14/11/2022.
38. BOCG-14-A-122-3: *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Congreso de los Diputados, serie A, núm. 122-3. Informe de la Ponencia. 28/11/2022.
39. BOCG-D-14-436-3794: *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Senado, serie D, núm. 436-3794. Enmiendas. 30/12/2022.
40. BOCG-D-14-452-3912: *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, Senado, serie D, núm. 452-3912. Enmiendas del Senado mediante mensaje motivado. 16/02/2023.
41. DSCD-14-PL-216: *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, Pleno y Dip. Perm., núm. 216, Pleno. 06/10/2022.
42. DSCD-14-CO-817: *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, Comisiones, núm. 817, Comisión de Igualdad. 29/11/2022.
43. DSCD-14-PL-233: *Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados*, Pleno y Dip. Perm., núm. 233, Pleno. 15/12/2022.
44. DSS-14-CO-463: *Diario de Sesiones del Senado*, Comisiones, núm. 463, Comisión de Igualdad. 01/02/2023.
45. DSS-14-PL-120: *Diario de Sesiones del Senado*, Pleno y Dip. Perm., núm. 120, Pleno. 08/02/2023.

Recibido: 2 de agosto de 2023

Aceptado: 17 de agosto de 2023