

LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

GONZALO HERRANZ

Introducción

La conquista probablemente más significativa de la Ética moderna de las profesiones sanitarias ha consistido en convertir a pacientes, médicos, enfermeras y farmacéuticos en agentes morales conscientes, libres y responsables. Y lo más propio de un agente moral es hacer las cosas a conciencia, esto es, con conocimiento y libertad, con competencia y deliberación, de acuerdo con ciertos principios racionalmente fundados y profundamente sentidos.

En general, pacientes y profesionales sanitarios suelen estar de acuerdo en lo que conviene hacer para proteger y recuperar la salud. Sucede en ocasiones, sin embargo, que, a causa del pluralismo ético de la sociedad de hoy, unos y otros disienten en algunos asuntos de mayor o menor importancia. Tal discrepancia no tiene por qué provocar conflictos insolubles o situaciones dilemáticas. Cuando el desacuerdo versa sobre cuestiones de preferencia o conveniencia, que son por su propia naturaleza negociables, o no desborda el límite de la diversidad legítima de las prácticas o estilos profesionales, siempre se puede llegar, haciendo las concesiones o adaptaciones oportunas, a una decisión que, aunque menos que óptima para todos, puede ser por todos aceptada, pues ninguno se ve obligado a renunciar a convicciones éticas intangibles o a traicionar razones científicas seriamente fundadas.

Ocurre otras veces, especialmente cuando están en juego relaciones de autoridad-subordinación, que alguien puede negarse a ejecutar la orden o exigencia de otro, o a no seguir una conducta admitida o imperada por la ley, porque siente hacia esos mandatos una profunda repugnancia ética,

de modo que la sumisión a lo exigido supondría traicionar o destruir la propia conciencia, con grave quebranto de la propia dignidad como ser moral.

El rechazo, por razones morales, personales o religiosas, de lo ordenado por la autoridad o la ley es rasgo común a varias actitudes de disidencia social, como son, por ejemplo, la desobediencia civil, la objeción de conciencia (odc) o la insumisión evasiva¹.

Lo que caracteriza a la odc es su carácter pacífico y no violento; su fundamento religioso-moral más que político; y su intención de testimoniar contra conductas que, aunque socialmente permitidas, son tenidas por inadmisibles o perversas por el objeto. Éste no pretende con su acción, y de modo inmediato, subvertir o cambiar la situación política, legal o social reinante. Trata simplemente de eximirse pacíficamente de ciertas acciones, sin que, a consecuencia de ello, tenga que sufrir discriminaciones o renunciar a derechos.

No son muchas las acciones a las que los profesionales de la salud han opuesto odc y que, en mayor o menor medida, han reconocido como legítimas la legislación, la regulación profesional o la simple costumbre. Son el aborto provocado; la contracepción, en especial la post-coital y la esterilización voluntaria; la reproducción asistida, la investigación destructiva de embriones y la selección preconcepcional de sexo; la eutanasia, la ayuda médica al suicidio y la suspensión de tratamientos médicos; la alimentación forzada de huelguistas de hambre, la cooperación con la policía en la obtención de información, y la participación en la ejecución de la pena capital; la transfusión de sangre y el trasplante de órganos; algunas intervenciones de psicocirugía, y determinados experimentos sobre hombres o animales.

En lo que sigue se prestará atención preferente, si no exclusiva, a la forma paradigmática de la odc sanitaria: la que se presenta ante el aborto despenalizado.

Interés permanente del tema

La odc de los profesionales sanitarios es objeto de debate permanente, tanto en el interior de las profesiones, como en las instancias políticas

1. Una panorámica general de las acciones de rechazo en conciencia de los mandatos legales puede verse en: James F. CHILDRESS, *Civil disobedience, conscientious objection and evasive noncompliance: a framework for the analysis and assessment of illegal actions in health care*, en «Journal of Medicine and Philosophy» 10 (1985) 63-83.

y entre el gran público. Está todavía lejos de ser una posesión pacífica o un derecho definitivamente reconocido y especificado. Los objetores han sufrido y seguirán sufriendo un acoso insistente por parte de grupos de activistas sociales de diferente signo, y de un sector amplio e influyente de la burocracia sanitaria. La opinión pública está dividida en torno a la odc. Unos piensan que, una vez despenalizadas ciertas acciones, como el aborto o la esterilización, es injusto que el médico las deniegue a quien las solicita, tanto más cuando se cuenten entre las prestaciones sanitarias ofrecidas, e incluso subvencionadas, por los servicios públicos de salud. Otros sostienen que, en una sociedad avanzada, cuidadosa de los derechos y libertades de sus ciudadanos, nadie puede ser legítimamente obligado a ejecutar una acción que repugna seriamente a su conciencia moral.

En la interminable y vivaz discusión sobre odc sanitaria colisionan entre sí las modernas leyes permisivas y la tradición ética de la profesión, las conductas *liberadas* y las convicciones morales profundas, la eficacia funcional de los gestores de la asistencia sanitaria y la fidelidad ética de quienes respetan la vida y la dignidad de las personas.

No sólo hay debate: se toman resoluciones gravemente injustas y discriminatorias contra los objetores. La intolerancia de la objeción se da en naciones que se tienen por muy liberales y avanzadas en la promoción de los derechos civiles. Basten unos ejemplos. En Suecia y en 1993, todavía seguía pendiente de reconocimiento legal el derecho de médicos, enfermeras, farmacéuticos y estudiantes a objetar en conciencia al aborto: allí, los objetores forman una subclase profesional con menos derechos y oportunidades². En el Reino Unido, excluida Irlanda del Norte donde el aborto no ha sido despenalizado, se han denunciado graves abusos: algunos de ellos han sido estudiados por el Comité de Servicios Sociales de la Cámara de los Comunes. Se ha comprobado que, en contra de lo que establece la Ley del Aborto de 1967, se ponen allí graves impedimentos a la carrera profesional de los objetores, sobre todo de enfermeras y médicos jóvenes, y se ha impedido el acceso a las Escuelas de Medicina a los candidatos renuentes al aborto³.

2. C. VILAR MIR, *Los estudiantes y profesionales sanitarios suecos podrán negarse a practicar abortos*, en «ABC», Madrid, 23 abril 1993, 48.

3. Una muestra muy elocuente de discriminación contra los católicos es la sufrida por los médicos ingleses que, rechazados por su odc al aborto, no pudieron acceder a trabajar en el Servicio Nacional de Salud y se vieron obligados a cambiar de especialidad o a emigrar a otro país. Cfr. R. WALLEY, *A question of conscience*, en «British Medical Journal» 2 (1976) 1456-1458. Acerca de la investigación parlamentaria citada, cfr. J. WARDEN, *Conscience clause*, en «British Medical Journal» 300 (1990) 145, y también *Conscience clause divides MPs and doctors*, en «British Medical Journal» 300 (1990) 835.

En los Estados Unidos, la Asociación Médica Americana y la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales están preparando normas para imponer el aprendizaje y la práctica del aborto como requisito inexcusable en la formación de los futuros especialistas en Obstetricia y Ginecología⁴.

También en España se ha hablado mucho recientemente sobre la odc de los profesionales sanitarios. El motivo es bien conocido: el anuncio del Gobierno socialista de su decisión de enviar a las Cortes un Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en cuyo texto se contiene una amenaza difusa a los médicos especialistas en Obstetricia y Ginecología que, por razones de conciencia, se abstuvieran de la práctica del aborto⁵. Ese Proyecto legal ha suscitado una enérgica oposición tanto de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología, como de la Organización Médica Colegial. La primera ha exigido cambios en el texto del Proyecto y pide que la odc sea regulada mediante una ley orgánica, tal como en su día propuso el Tribunal Constitucional. La segunda se ha comprometido a defender con firmeza y sin concesiones la odc de los médicos⁶.

Tema profesionalmente significativo

La odc posee para los miembros de las profesiones sanitarias, una significación ética especial y un valor simbólico.

4. J. ROBERTS, *Medical profession at last speaks out over abortion*, en «British Medical Journal» 310 (1995) 422.

5. En las sucesivas versiones del Proyecto que han llegado al público no se hace referencia alguna a la odc, lo cual constituye una grave laguna en una moderna ley de aborto. El texto articulado invade peligrosísimamente el campo de las decisiones técnicas del médico cuando decide dogmáticamente que la práctica de la interrupción del embarazo no sólo puede ser urgente por existir riesgo vital para la gestante, sino que incluso se impone de modo obligatorio como única solución técnica y, por tanto, éticamente inobjetable. De ese modo, se hace pender una velada amenaza sobre el médico que no practicara el aborto, pues podría ser acusado de denegación de auxilio en casos en que pugnara por salvar del riesgo vital a la madre y al niño por nacer. Se trata obviamente de una norma intimidatoria que ningún parlamentario, respetuoso de la libertad de las conciencias y de la autonomía de las profesiones, querrá apoyar con su voto.

6. Cfr. los informes de I. BARREDA, *La objeción de conciencia debe regularse a través de ley orgánica*, en «Diario Médico», 16 de septiembre de 1994, p. 7; *La SEGO propone un texto legal alternativo para proteger la objeción frente al aborto*, en «Diario Médico» 14 de septiembre de 1994, p. 7; *La OMC, dispuesta a ir al Constitucional para defender la objeción de conciencia*, en «Diario Médico» 1 de julio de 1994, p. 6.

Más allá de la dimensión genérica, religiosa o ética, de toda actitud objetante, por la que el objetor quiere defender su identidad como persona moral, la odc sanitaria incluye una declaración específica acerca del carácter intrínsecamente ético de las profesiones de la salud. Afirma que, en el profesional íntegro, existe un vínculo indisoluble que entrelaza su habilidad técnica con sus convicciones morales. El objetor no sólo se niega a ser una marioneta moral accionada por quienes legislan o mandan, sino que, mientras objeta, proclama que la ética es el corazón de su trabajo.

La objeción exterioriza contenidos ético-profesionales emblemáticos, tales como el respeto máximo a la vida de la tradición deontológica, el área de la legítima libertad de prescripción, la independencia individual ante las modas gregarias, y la resistencia al consumismo médico. La odc es, pues, algo más que un mecanismo para sobrevivir en una sociedad éticamente fracturada, pues pone de relieve muchos valores éticos positivos. Obliga a desarrollar y a afinar nuevas actitudes críticas. Requiere afinar los mecanismos de negociación —de acuerdo y de desacuerdo— entre médicos, pacientes y funcionarios. Descubre el riesgo específico de corrupción comercialista de la práctica privada. Propugna una legislación justa sobre la odc y el respeto a las libertades individuales, para prevenir el riesgo de que el objetor pueda sufrir daños morales y perjuicios económicos por dar testimonio del valor de la vida humana inocente.

Por su parte, los objetores están obligados a ofrecer una imagen social de la odc que sea concordante con su dignidad ética. Jamás abusarán de ella o la instrumentalizarán en ventaja propia. No buscarán privilegios, pero, aun a sabiendas de que nunca se verán libres de las molestias de nadar contra corriente, tampoco se resignarán a ser víctimas.

En la sociedad permisiva, la odc se erige, en defensora de los derechos fundamentales frente a las leyes tolerantes de la *criminalidad controlada*. El médico y la enfermera objetores al aborto son, a pesar de los dictorios de intolerancia e insolidaridad que algunos les lanzan, los genuinos defensores del recto orden político-social, pues defienden lealmente el derecho a la vida del no nacido, consagrado por la Constitución. Su testimonio impide la narcotización silenciosa y complaciente de la conciencia social.

La odc es una manifestación privilegiada de la virtud médica y humana de la integridad, fundamento tanto de la confianza como de la autonomía de la relación médico-paciente y del crédito público de la profesión médica⁷.

7. Cfr E. D. PELLEGRINO-D. C. THOMASMA, *The virtues in medical practice*, Nueva York 1993, pp. 130-131.

Regulación deontológica de la objeción de conciencia

No es fácil resumir las normas deontológicas sobre odc en las profesiones sanitarias. Varían esas normas de unos países a otros en virtud de su reconocimiento o no como un derecho, y, sobre todo, del modo como son respetadas o dejadas de lado, dentro y fuera de los Colegios o Corporaciones profesionales. A diferencia de lo que ocurre con los estudios que tratan del derecho comparado de la odc, no existe un estudio de deontología comparada sobre la cuestión⁸.

Es muy diferente el tratamiento que la odc recibe en los códigos de deontología médica. Los hay que silencian totalmente el tema, dando así a entender que la normativa legal elimina la necesidad de una regulación deontológica⁹. La situación más frecuente es, sin embargo, la inclusión en los códigos de deontología de un artículo que proclama el derecho del médico a rechazar su participación en determinadas intervenciones y que señala la conducta que el médico ha de seguir cuando objeta¹⁰. Lo mismo

8. Un estudio jurídico detallado de la odc al aborto es el de Rafael NAVARRO VALLS, *La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y derecho español*, en «Anuario de Derecho Eclesiástico del Estado» 2 (1986) 257-310. Sobre el derecho comparado de la odc en sus distintas aplicaciones, y no sólo al aborto, ver: G. ESCOBAR ROCA, *La objeción de conciencia en la Constitución Española*, Madrid 1993, que trata de la odc al aborto en pp. 378-396.

9. Es el caso de los Estados Unidos. Cfr. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, COUNCIL ON ETHICAL AND JUDICIAL AFFAIRS, *Code of Medical Ethics. Current Opinions with Annotations*, Chicago 1994. Sin embargo, el American College of Physicians establece que «el médico que objeta al aborto por razones morales, religiosas o éticas no tiene por qué verse implicado ni en la oferta de consejos al paciente ni en la participación en el procedimiento quirúrgico. Igual que en cualquier otra situación médica, el médico tiene el deber de asegurarse de que la paciente recibirá información acerca de todas las opciones que puede recibir de un colega cualificado. Este deber se aplica también a la contracepción y a la esterilización». AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, *American College of Physicians Ethics Manual*, 3ª edición, en «Annals of Internal Medicine» 117 (1992) 947-960.

10. Así ocurre, con diferentes matices, en muchos países de nuestro entorno:
 — en Alemania, donde el Código profesional de los médicos establece, en el párrafo 6, que el médico no puede ser obligado a realizar la interrupción del embarazo; en el párrafo 9, que el médico no puede ser obligado a colaborar en la fecundación in vitro o en la transferencia de embriones (BUNDESÄRZTEKAMMER, *Berufsordnung für die deutschen Ärzte*, en «Deutsches Ärzteblatt» 91 (1994) C38-C47).

— en Bélgica, en cuyo código de deontología, se establece, por un lado y con respecto a la información que sobre sexualidad y contracepción ha de proporcionar el médico a sus pacientes, que si aquél considera que no puede hacer abstracción de sus opiniones personales sobre la materia, deberá manifestarlo claramente y dará a sus pacientes la posibilidad de recurrir a la opinión y recomendaciones de otros

ocurre con las regulaciones deontológicas de las profesiones de Enfermería y Farmacia¹¹.

colegas (CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, *Code de Déontologie Médicale*, Bruselas 1994, art. 85). Y, con respecto al aborto, indica que «En todos los casos, el médico es libre de prestar su concurso al aborto y, fuera del caso de urgencia médica, puede rehusar su intervención por motivos personales. Sus colaboradores deben gozar en todos los aspectos de la misma libertad» (Ibid, art. 86).

— en Francia, el artículo 21 del código vigente, que tiene eficacia legal inmediata, señala con respecto al aborto que el médico «es siempre libre de rehusar dar respuesta a una petición de interrupción voluntaria del embarazo» (*Decret n° 79-506 du 28 juin 1979 portant le Code de déontologie médicale*, en «Journal Officiel du 30/6/79, et rectificatif J.O. du 24/7/79»).

— en Italia, el nuevo código de deontología médica, en su 46 dice que «salvo peligro de vida, el médico objeto de conciencia puede negarse a intervenir en la interrupción voluntaria del embarazo, dejando a otro colega la asistencia del caso. (FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI, CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI, *Nuovo Codice Italiano di Deontologia Medica*, Roma 1989).

— en Portugal, donde el Artículo 30 del código deontológico establece que «el médico tiene derecho de rechazar la práctica de algún acto de su profesión cuando tal acción entre en conflicto con su conciencia moral, religiosa o humanitaria, o contradiga lo dispuesto en este Código». (ORDEM DOS MÉDICOS, *Código deontológico*, Lisboa, 1985).

— En los Principios de Ética Médica Europea, adoptados por la Conferencia Internacional de Órdenes Médicas, en enero de 1987, y que pretenden ser el término de referencia para las normas deontológicas y legales que en el futuro se establezcan en los países de la Unión Europea, se establece en el Artículo 17 que «Es conforme a la ética médica que el médico, en razón de sus propias convicciones, rehúe intervenir en los procesos de reproducción o en los casos de interrupción de la gestación o de aborto, e invitará a los interesados a solicitar el parecer. CONFÉRENCE INTERNATIONALE DES ORDRES ET DES ORGANISMES D'ATRIIBUTIONS SIMILAIRES, *Principes d'Éthique Médicale Européenne*. Paris 1987.

— Valga por último, la norma de la Declaración de Oslo, de la Asociación Médica Mundial: «Si un médico estima que sus convicciones no le permiten aconsejar o practicar un aborto, él puede retirarse siempre que garantice que un colega calificado continuará dando la asistencia médica». THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Handbook of Declarations*. Ferney-Voltaire 1985.

11. Cfr ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS DE DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA, *Código Deontológico de la Enfermería Española*, Madrid 1989, cuyo Artículo 22 dice: «De conformidad con lo dispuesto en el Artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la odc que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho».

Y el Código que la Real Academia de Farmacia preparó en 1991, pero que el Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España no quiso promulgar, proponía en su Artículo 52 que «El Farmacéutico podrá negarse, en conciencia, a dispensar cualquier tipo de fármaco o utensilios, si tiene indicios racionales de que serán utilizados para atentar contra la salud de alguna persona o la propia vida humana». Cfr. REAL ACADEMIA DE FARMACIA, *Código Deontológico Farmacéutico*, Madrid 1991.

¿Cuál es la situación en España? No existe en España legislación sobre la odc sanitaria, y, a tenor de la Sentencia 53/1985 del Tribunal Constitucional, no es, al parecer, necesaria¹². La Constitución Española se muestra, al menos en teoría, muy generosa a la hora de prohibir cualquier discriminación por razones ideológicas y de garantizar la privacidad de todos los ciudadanos, pues nadie puede ser obligado a declarar sobre su ideología y convicciones, ni puede ser discriminado por ello¹³. Así las cosas, la norma deontológica cobra especial relieve.

Merece, pues, la pena estudiar la doctrina deontológica vigente en España. El Artículo 27.1 del Código de Ética y Deontología Médica declara que *«es conforme a la Deontología que el médico, por razón de sus convicciones éticas o científicas, se abstenga de la práctica del aborto o en cuestiones de reproducción humana o de trasplante de órganos. Informará sin demora de las razones de su abstención, ofreciendo en su caso el tratamiento oportuno al problema por el que se le consultó. Siempre respetará la libertad de las personas interesadas en buscar la opinión de otros médicos»*¹⁴.

Esta norma protectora de la odc exterioriza el compromiso institucional de proteger la independencia profesional de los médicos, en su doble vertiente ética y científica. Deontológicamente, la objeción no puede ser un capricho o una postura táctica y cambiante, oportunista: ha de tener una base sólida de razones éticas y criterios profesionales. No es difícil al objetor rechazar, como parte de su trabajo profesional, el aborto con un doble argumento: uno ético (la lesión del respeto máximo debido a la vida

12. En el punto 14 de los Fundamentos jurídicos de la sentencia, se alude a la odc en los siguientes términos: «... cabe señalar, por lo que se refiere al derecho a la odc, que existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La odc forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución y, como ha indicado este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales». Sobre la significación de esta sentencia en el contexto específico de la odc al aborto, ver: G. ESCOBAR ROCA, nota 8.

13. No cabe en España, en principio, la posibilidad de discriminación contra los objetores sanitarios, a tenor de los Artículos 14 y 16 de la Carta magna (Art. 14: «Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social». Art. 16: «1. Se garantiza la libertad ideológica... de individuos y de las comunidades.... 2. Nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias». *Constitución Española*, «Boletín Oficial del Estado», 29 diciembre 1978.

14. ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL, *Código de Ética y Deontología Médica*, Madrid 1990.

humana); el otro científico (el aborto no es una solución a ciertos problemas médicos, tan superior a las otras alternativas que el médico renuente al aborto pueda ofrecer, que su realización nunca resulta éticamente obligatoria).

El argumento ético puede oponerse a todos las «indicaciones» (riesgo vital, malformación fetal, gestación consecutiva a violación de la mujer, hipotética necesidad socioeconómica) legales del aborto, pero sólo las dos primeras se pueden plantear como problemas que requieren conocimientos genuinamente médicos. El argumento científico-profesional ha de aplicarse, por un lado, al llamado aborto terapéutico, es decir, aquel que se propone salvar la vida o evitar un grave daño a la salud de la mujer embarazada, porque se considera que vida y salud están amenazadas por continuar la gestación hasta el momento en que el feto sea viable; y, por otro, al aborto eugénico, que busca eliminar al feto afectado por infecciones o malformaciones graves, o por enfermedades que se transmiten a la descendencia o que se acompañan en la vida postnatal de serias deficiencias físicas o psíquicas.

La decisión de tratar la enfermedad de la mujer sin recurrir a la destrucción del ser humano no nacido representa una actitud profundamente profesional, superior científica y éticamente a su contraria. Ante la diada madre-feto, el buen médico se debe por igual a sus dos pacientes: a la mujer embarazada y al hijo por nacer. Hoy, dados los formidables avances en la asistencia clínica de las enfermedades que pueden poner en grave riesgo vital a la mujer gestante, ya ningún médico verdaderamente competente se ve obligado, por criterios científicos, a aceptar que el aborto sea el tratamiento de elección de ninguna enfermedad de la madre, es decir, que sea una intervención tan superior y ventajosa en comparación de las otras alternativas terapéuticas que no practicarlos significaría infligir un daño deliberado a la gestante, y quebrantar así gravemente el precepto médico de no dañar. Sin necesidad de invocar la objeción moral, el médico, basado en el arte médico del momento, puede rechazar el llamado aborto terapéutico sobre bases estrictamente científicas, ya que puede ofrecer alternativas válidas de tratamiento que respetan también la vida del no nacido¹⁵.

15. En recientes monografías sobre el tratamiento de las enfermedades médicas de la mujer gestante o de las situaciones críticas, o bien no aparece referencia alguna al aborto *terapéutico* (Cfr *Medical Problems in Pregnancy*, en *The Medical Clinics of North America*, 73 (1989) 517-752), o se cita como posible alternativa para una única y excepcional circunstancia: la amenaza de ruptura del aneurisma disecante de aorta en el síndrome de Marfan, la cual puede prevenirse mediante el adecuado tratamiento en las fases iniciales del embarazo. (Cfr: *Complicaciones médicas durante el embarazo*, en *AEClínicas de Ginecología y Obstetricia*, México 18 (1992) 593-819).

La negativa del médico al aborto de fetos con malformaciones o taras que perturban gravemente su ulterior desarrollo físico o mental se justifica en el respeto específicamente médico a la vida deficiente. El Código de Ética y Deontología Médica, en su artículo 25.2, confiere al no-nacido enfermo la plena condición de paciente¹⁶.

El aborto queda excluido como tratamiento del feto enfermo, porque es extraña a la Medicina la idea eugenista de que los seres humanos han de estar libres de imperfecciones. El médico no puede ser agente de la «tiranía de la normalidad»: para él, todas las vidas son igualmente dignas de respeto. El hombre enfermo, antes o después de nacer, se le presenta como alguien que muy plagado que esté de enfermedades, es digno siempre de su aprecio y sus cuidados. Sus pacientes no son organismos biológicos perfectos, que irradian una floreciente calidad de vida, sino seres de carne y hueso, sellados a la vez por la dignidad y la flaqueza¹⁷.

La protección corporativa al objeto

Deontológicamente, la odc no es sólo un problema privado, individual, del médico objeto. Es algo que interesa a la entera corporación médica. Es responsabilidad de ésta garantizar en la medida de sus posibilidades la legítima independencia de los médicos, condición esencial para el correcto ejercicio de la Medicina.

La corporación ha de defender al médico frente a toda acción que disminuya su libertad o le discrimine, en razón de fidelidad a las normas deontológicas y a principios éticos seriamente madurados y sinceramente vividos. No lo hace sólo porque la Medicina debe también contribuir a una vida social digna, sino también por cumplir el deber estatutario de defender la independencia y dignidad de los médicos¹⁸. Específicamente el

16. Dice así ese Artículo 25.2 del Código: «Al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas, incluido el consentimiento informado de los progenitores, que inspiran el diagnóstico, la prevención, la terapéutica y la investigación aplicadas a los demás pacientes».

17. Sobre la coexistencia en el ser humano enfermo de la dignidad y la miseria, de su existencia como *res sacra miser*, cfr: ver P. VOGELSANGER. *Die Würde des Patienten*, en el Simposio *Ethik und Medizin. Die Würde des Patienten und die Fortschritte der Medizin*, en AEBulletin der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften 36 (1980) 249-258.

18. Como señalan los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial de España, en su Artículo 34 b, es deber de la Corporación «defender los derechos... de los colegiados... si fueran objeto de vejación, menoscabo, desconsidera-

artículo 27.2 del Código de Ética y Deontología Médica concreta el compromiso de la Organización Médica Colegial de prestar apoyo moral y asesoramiento a los colegiados que presentan odc. Dice así: *El médico no debe estar condicionado por acciones u omisiones ajenas a su propia libertad de declararse objetor de conciencia. Los Colegios de Médicos le prestarán, en todo caso, el asesoramiento y la ayuda necesaria*

¿Han de hacerlo siempre y en todos los casos de objeción? Para merecer ese apoyo institucional la conducta del objetor, en cuanto tal, ha de ser una pieza, intachable, comprometida, no oportunista, proporcionada en dignidad y limpieza a la prestancia ética de la objeción. En ocasiones, cuando se discute en los medios de comunicación sobre odc al aborto, suele hacerse referencia a la doblez de algunos médicos que objetan en sus horas de trabajo en servicios públicos, pero que no lo hacen cuando se dedican a su práctica privada. Es ésta una acusación sumamente grave, que nunca se ha materializado en denuncias formales ante la corporación médica o ante la administración de justicia. En el improbable caso de darse tal conducta, quienes la practicaran serían acreedores, no del apoyo moral y asesoramiento prometidos en el Código, sino de una grave censura moral, incluso un severísimo expediente disciplinario. La conducta de objetar en un centro público a la práctica del aborto a una mujer y no oponer objeción a esa misma mujer para realizárselo en un centro privado no sólo es un penoso ejemplo de doblez moral, sino una falta estatutaria prohibida: desviar, con fines interesados, a los enfermos de las consultas públicas de cualquier índole hacia la consulta particular¹⁹.

Relación jerárquica y objeción de conciencia

La historia reciente muestra que, a veces, los objetores al aborto pueden ser objeto de discriminación por parte de quienes gobiernan las instituciones sanitarias. Se han dado algunos casos de grosera injusticia. Pero lo más frecuente es el castigo sutil, pero doloroso, de quienes no se pliegan a los deseos de los que mandan.

ción o desconocimiento en cuestiones profesionales». Deber al que se suma el señalado en el Artículo 42, b) de los mismos Estatutos: responder al derecho de los colegiados «a ser defendidos por el Colegio o por el Consejo General». (Cfr CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS, *Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*, Madrid 1980).

19. Cfr *AE Estatutos...* §, Artículo 44, 1).

La odc suele presuponer en la práctica una situación de desigualdad: el que objeta ocupa, de ordinario, una posición de dependencia. Unas veces, porque es un súbdito, sometido a las leyes permisivas de un país; otras, porque es un subordinado, un miembro de un equipo jerarquizado, que recibe órdenes que pueden crear conflictos de conciencia. A quienes suelen plantearse los problemas de odc con mayor agudeza y frecuencia es a los trabajadores sanitarios en situaciones dependientes (médicos jóvenes, aspirantes a ciertos puestos de trabajo, enfermeras y personal auxiliar).

El que gobierna el grupo distribuirá las funciones y responsabilidades procurando respetar la conciencia de todos. El que dirige ha de tener en cuenta las legítimas peculiaridades individuales de cada uno, incluidas las éticas. Hay en el caso de los médicos una razón más para hacerlo: son colegas que forman parte de una confraternidad, que comparten una vocación común, que deben tratarse *con la debida deferencia, respeto y lealtad, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos*²⁰.

Una conducta idéntica ha de regir las relaciones con quienes desempeñan al lado del médico las necesarias funciones auxiliares: dice el mismo Código que el médico respetará y tendrá en cuenta las opiniones de sus colaboradores no médicos *acerca del cuidado de los enfermos, aun siendo diferentes de las propias*²¹. El respeto ético debido a enfermeras y auxiliares implica el respeto a su libertad, a su autonomía moral y a su competencia profesional. Por ello, nadie debería ser excluido del derecho a objetar. En el Reino Unido, según la jurisprudencia, carecen de ese derecho quienes no participan de modo inmediato y directo en la operación quirúrgica abortiva: no pueden invocarlo, por ejemplo, las secretarías que han de realizar, por encargo del médico, las gestiones administrativas previas al aborto²².

Quien gobierna el grupo proveerá a que el trabajo se redistribuya de modo que el respeto a la odc no produzca situaciones injustas, ni de castigo ni de privilegio, para objetores o no-objetores. El respeto a las conciencias no debiera crear nunca resentimientos. Sería un cinismo inaceptable que alguien invocara odc para eludir parte de la carga laboral que debe soportar: el objetor debe estar dispuesto a compensar con un trabajo equivalente, en intensidad, duración, molestias y horario, el que deja de hacer

20. Cfr *AECódigo de Ética...§*, Artículo 33,2.

21. Cfr *AECódigo de Ética...§*, Artículo 36,1.

22. Cfr D. BRAHAMS, *Conscientious objection and referral letter for abortion*, en *AELancet* § 1 (1988) 893; y C. DYER, *Receptionists may not invoke conscience clause*, en *AEBritish Medical Journal* § 297 (1988) 1493-1494.

por repugnancia moral. A semejanza de lo que sucede en la vida civil con el servicio social sustitutorio para quienes objetan al servicio militar, la integridad moral de quien es objetor le predispondrá a aceptar el trabajo que compense equitativamente el que haya dejado de hacer al objetar.

El Código impone a los que dirigen los grupos de trabajo el deber de crear un ambiente de aceptación y respeto de la odc. Señala que *quien ostente la dirección del grupo cuidará de que exista un ambiente de exigencia ética y de tolerancia para la diversidad de opiniones profesionales, y aceptará la abstención de actuar cuando alguno de sus componentes oponga una objeción razonada de ciencia o de conciencia*²³. Así pues, según el Código, no hay, en el trabajo en equipo, lugar alguno para la violencia moral, ni siquiera en la forma, en apariencia mitigada, de implantar como doctrina oficial una ética civil minimalista, que todos han de compartir. Eso sería la muerte del pluralismo ético que se quiere salvar. Es más humano y moralmente más digno convivir en libertad, respetando, gracias a la odc, las convicciones de todos, que imponer, aunque fuera a uno sólo, el abandono de sus convicciones.

Objeción de conciencia institucional

Es interesante la pregunta de si, en una sociedad libre, no sólo los individuos, sino también las instituciones de atención de salud, son capaces de invocar la odc, esto es, que un hospital, público o privado, o un sistema de seguros de salud proclamen públicamente su actitud frente al aborto (o cualquier otra práctica que provoca desacuerdo moral).

El problema, aparte del interés teórico de determinar si es posible y hasta dónde un hospital se constituye como ente moral capaz de tomar decisiones que afectan al comportamiento de todos sus miembros, implica consecuencias prácticas inmediatas para la política sanitaria, la información del público, las relaciones laborales o los servicios y prestaciones ofrecidas.

Aunque existen opiniones contradictorias sobre el tema, el punto de vista más generalizado entre quienes lo han estudiado es que el hospital, al menos el hospital privado, tiene el derecho de constituirse como un sujeto moral colectivo. Gracias a ello, por encima de las relaciones de médicos y pacientes singulares y sirviéndoles de envoltura ecológica, puede el hospital crear una atmósfera moral interna, un microclima ético, en el que

23. Cfr AECódigo de Ética...§, Artículo 35.3

tanto las tensiones interiores como las presiones externas son reguladas e integradas en un credo institucional, un estilo profesional y una conciencia ética públicamente proclamada y voluntariamente asumida²⁴

En lo que respecta a la odc del hospital, y en virtud de una larga tradición labrada principalmente por los hospitales católicos, se tiene por un dato cultural y social pacíficamente admitido que los hospitales tienen derecho, de acuerdo con sus propias normas de gobierno, a declarar contraria a su espíritu institucional la práctica del aborto. Incluso, en una argumentación de mera ética civil, una sociedad verdaderamente democrática y pluralista debería reconocer el derecho al pluralismo ético de las instituciones, las públicas incluidas, en virtud del cual los hospitales podrían autónomamente optar por la odc al aborto²⁵.

Al igual de lo que ocurre a los objetores individuales, el hospital objetor puede correr el riesgo, y la dura realidad, de sufrir discriminación y marginación por proclamar y practicar el máximo respeto a la vida humana. Hay una larga historia de persecución, acoso y lento martirio de las instituciones renuentes al aborto²⁶.

La conducta del objetor ante la mujer que solicita el aborto

La odc al aborto tiene un objeto específico: manifestar el respeto máximo a la vida del no-nacido. Lo que rechaza el objetor es el mal moral del aborto, con el cual no puede pactar. No rechaza a la persona que lo solicita, a la que debe respetar y ayudar. Deberá ayudar a superar la ignorancia biológica y moral, pero no podrá nunca insultar o despreciar²⁷.

Fiel a sus convicciones éticas y científicas, el médico objetor expondrá a la gestante, con serenidad, compasión y claridad, las razones por las que no puede aplicar el aborto como tratamiento de la enfermedad, o de

24. El tema ha sido tratado recientemente por G. HERRANZ-H. THOMAS, *Das Krankenhaus als moralisches Subjekt*, en A. BURRE-B. KETTERN (dir.), *Katholisches Krankenhaus heute? Zur Zukunft der Krankenhäuser in freigemeinnütziger Trägerschaft*, Paderborn 1994, pp 58-80.

25. Cfr. G. HERRANZ, *Problèmes éthiques d'un directeur d'hôpital face à l'avortement, l'euthanasie et l'insemination artificielle*, en «Ziekenhuis Management Magazine» 7 (1991) 23-28.

26. Cfr. O. N. GRIESE, *Catholic identity in Health Care: Principles and Practice*, Braintree (Mass) 1987.

27. Ver sobre este punto: G. HERRANZ, *Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica*, Pamplona 1992, pp 125-126.

la angustia, que la aqueja. Incluso en instituciones públicas autorizadas para la práctica del aborto, el médico puede esperar que sus razones sean comprendidas y que la solicitud de aborto sea retirada. Pertenece a la esencia del consentimiento informado o de la reflexión precedente que muchas leyes despenalizadoras incluyen entre los requisitos para el aborto, que el médico describa a la mujer que lo solicita en qué consiste objetivamente la operación abortiva, y le muestre los valores humanos ínsitos en el respeto a la vida prenatal.

Este tipo de información, tan congruente con la ética de la Medicina, ha sido considerado por algunos como una conducta no sólo impropia del médico, sino limítrofe con la tortura moral hacia la mujer que solicita el aborto. Esa ha sido la interpretación hecha por la Corte Suprema de los Estados Unidos. Al médico, de acuerdo con la doctrina impuesta por ese tribunal, no se le permite obtener un consentimiento verdaderamente informado. Para disminuir el trauma del aborto, la Corte Suprema impide paternalísticamente que se revele la realidad a la solicitante, que así puede tomar en la ignorancia su grave decisión. El aborto es la única intervención médica a la que precede un consentimiento ignorante²⁸.

El médico objetor repugna de toda violencia. No podrá impedir que la gestante decida buscar otro médico que responda a sus deseos. Pero no está obligado, precisamente en virtud de su odc, a aconsejarle sobre los colegas o instituciones que no pondrían dificultades a practicarle el aborto, pues ello equivale a cooperar, aunque remota e indirectamente, en una acción que él considera moralmente inaceptable. El médico objetor ha de abstenerse de la duplicidad moral de considerar que a otros colegas les es lícito moralmente realizar acciones que él tiene por reprobables.

En la Declaración de Oslo de la Asociación Médica Mundial, sobre el aborto terapéutico, y en muchos códigos de deontología médica inspira-

28. La Corte Suprema de los Estados Unidos ha prohibido, por considerarlo un atentado al derecho a la privacidad de la mujer y un «desfile de atrocidades», la información que el médico puede dar a la gestante que pide el aborto al afirmar que «el niño no nacido es una vida humana desde el momento de la concepción», o cuando ofrece una «descripción de las características anatómicas o fisiológicas del niño no nacido, incluyendo su aspecto, movilidad, sensibilidad táctil y al dolor, su capacidad de percepción y de respuesta». Todo ello hace extraordinariamente difícil o casi imposible ejercer con dignidad la función de informar sobre cuestión tan fundamental. Sobre el marco legislativo de la relación médico-mujer que solicita el aborto, puede verse G. J. ANNAS-L. H. GLANTZ-W. K. MARINER, *The right of privacy protects the doctor-patient relationship*, en *AEJournal of the American Medical Association* 263 (1990) 858-861.

dos en ella, se mantiene, en forma más o menos atenuada, esa visión relativista de la ética que impone al médico renuente al aborto la obligación de que, al retirarse del caso, se asegure de que otro colega cualificado pueda continuar la atención médica, incluido el aborto²⁹.

Las dificultades de los más débiles

Se han señalado anteriormente algunos casos en que los objetores sufren dificultades y marginación en su carrera profesional, por seguir una conducta más recta en lo profesional y más fiel al mandato constitucional de respetar el derecho de todos a la vida³⁰.

Pero, no faltan pruebas de que la tendencia dominante entre los gestores de la salud, presa frecuentemente de ideologías políticas y de la obsesión neomalthusiana, es la de garantizar la presencia de un médico capaz de complacer la petición de aborto por parte de cualquier mujer en cualquier lugar. Para ello, presionan a médicos y enfermeras para que depongan su actitud renuente al aborto, de acuerdo con un gradiente de debilidad, marcado por la menor antigüedad o la inestabilidad laboral³¹. Se

29. Cfr THE WORLD MEDICAL ASSOCIATION. *Declaration of Oslo. Statement on therapeutic abortion*. En *Handbook of Declarations*. Ferney-Voltaire 1985, p. 16.

30. Aparte de los ejemplos citados en las notas 2, 3, 4 y 22, conviene destacar aquí algunos otros escollos a la libre participación de los objetores en la práctica de la Obstetricia y la Ginecología. En Italia, el médico se ve obligado bien a abstenerse por completo, bien a participar plenamente en todas las fases (de consejo, evaluación y ejecución) del aborto. No puede, fuera de la Región del Véneto, solamente aconsejar: si lo hace, aunque sea negando la indicación médica del aborto, su *odc* decae y puede verse obligado a ejecutar el aborto que considera *contraindicado* o no indicado. Ver a este efecto R. NAVARRO-VALLS, *La objeción de conciencia al aborto: Derecho comparado y Derecho español*, en *AEAnuario de Derecho Eclesiástico del Estado* 2 (1986) pp 290-293. Sobre la situación en Italia, ver: A. FIORI-E. SGRECCIA. *Obiezione di coscienza e aborto*. Milano, 1978; y también: F. MIGLIORINI. NATALE. *Obiezione di coscienza sanitaria. Un dovere verso l'uomo*. Atti del I Convegno Nazionale. Torino 1983. Roma, 1984.

31. Todavía hoy se sigue disputando sobre el derecho del personal, tanto directivo como dependiente, a objetar.

Por un lado se ha argumentado que las enfermeras de una determinada región no pueden acogerse sin excepción a la *odc*, pues ello dejaría a la mujer que quiere abortar en una situación de inferioridad e incomodidad (p. ej., en L. CANNOLD, *Consequences for patients of health care professionals' conscientious actions: the ban of abortions in South Australia*, en *AEJournal of Medical Ethics* 20 (1994) 80-86. Una refutación convincente de esa argumentación ha sido dada por D. DOOLEY, *Conscientious refusal to assist with abortions*, en «*British Medical Journal*» 309 (1994) 622-623. En reiteradas ocasiones se ha reclamado el derecho de las enfermeras al

respetar, como un derecho adquirido, la odc de quienes llevan más años trabajando en las instituciones sanitarias en el momento de promulgarse la ley. Pero no faltan las dificultades para quienes se incorporan posteriormente al hospital, ya sea imponiendo la condición de no objetar como requisito previo para acceder al empleo, ya sea dando preferencia a los candidatos que, en el curso de la entrevista, han revelado no objetar al aborto, ya sea estableciendo una rígida distribución de trabajo en la que se impone un reparto *coactivamente equitativo* de las operaciones abortivas entre todos los miembros del equipo.

Un futuro incierto

No es la odc un derecho que se ejerce pacíficamente. A pesar de la fuerte implantación del principio dominante de autonomía en la ética médica contemporánea, la impresión general es que la autonomía de la mujer que quiere abortar toma precedencia, en la mente de muchos gestores sanitarios, jueces y cultivadores de la bioética, sobre el derecho del médico y la enfermera a rehusar la práctica del aborto por razones de ciencia y de conciencia.

En España, en espera de una norma legal reguladora de la odc al aborto, no parece que se pueda confiar mucho en la escasa jurisprudencia disponible. Dejando a un lado los pocos casos que surgieron en las prime-

pleno ejercicio de la odc. Éste se ve muchas veces dificultado o suspendido, invocando el derecho de la autoridad o acusando de insubordinación a los objetores, por quienes ocupan posiciones de poder: ver L. L. CURTIN, *Creating moral space for Nurses*, en *AENursing Management* 24 (1993:3) 18-19; y también, de la misma autora, *Abortion: A tangle of rights*, *ibid* 24 (1993:2) 26-31.

Por otro, se sostiene por algunos que, una vez promulgada la ley, a nadie con odc al aborto se le debería permitir especializarse en Obstetricia y Ginecología (cfr C. G. B. SIMPSON, *Doctor's right to refuse to perform abortions*, en «*British Medical Journal*» 309 (1994) 1090).

En Alemania, se produjo hace unos años una fuerte polémica cuando la ciudad de Nuremberg convocó dos plazas de Jefes de Servicio para dirigir la Clínica Ginecológica del Hospital Municipal, en cuya convocatoria se exigía, «además de las ordinarias cualificaciones profesionales, la disponibilidad de los candidatos a realizar operaciones de aborto en el marco de las disposiciones legales». La convocatoria hubo de ser retirada por orden del Ministerio del Interior y del Tribunal Administrativo del Estado Libre de Baviera. (cfr G. HIRSCH, *Bereitschaft zur Abtreibung-Einstellungsvoraussetzung für Chefärzte?*, en *AEDeutsches Ärzteblatt* 84 (1987) C373-C374.

ras semanas de aplicación de la Ley del Aborto³², merece la pena citar aquí dos sentencias, emanadas de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Aragón, en las que dos casos prácticamente idénticos recibieron sentencias diametralmente opuestas³³. Se trataba de dos anestesiistas que trabajaban, con plena eficiencia, desde hacía 18 y 14 años en un Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital de la Seguridad Social, y que habían objetado a la práctica de anestесias en operaciones de aborto. Con ocasión de una redistribución del personal del Servicio de Anestesia fueron trasladados forzosamente a otro Servicio del mismo hospital, por la exclusiva razón de negarse a participar en casos de aborto. En el primero de los casos, el Tribunal concluyó que el traslado *respondió a una encubierta represalia llevada a cabo con patente vulneración del derecho fundamental a la no discriminación por razones ideológicas o religiosas que reconocen los artículos 14 y 16 de la Constitución Española*. En virtud de lo cual, el Tribunal revocó la resolución de traslado forzoso y ordenó la reposición en su anterior puesto de trabajo del médico discriminado. En el segundo caso, el mismo Tribunal Superior de Justicia de Aragón considera que la demandante pone en cuestión, invocando los derechos constitucionales, la potestad organizativa del ente gestor del hospital. Y considerando que tal potestad es indiscutible, entiende que el traslado forzoso cae dentro de la facultad de organizar los servicios a su cargo de la forma que entienda más adecuada para el cumplimiento de los fines que tiene encomendados, concluye que ante el interés general de la mejor prestación del servicio público no pueden prevalecer u oponerse los derechos invocados, siempre que el ejercicio de la potestad organizativa no entrañe exceso de poder o implique un trabajo distinto o superior al reglamentariamente establecido. Es curioso que en ambos casos se invocan en favor de los dispares fallos emitidos diferentes sentencias del Tribunal Constitucional.

Se ha reconocido públicamente que la odc puede cerrar a médicos y enfermeras el camino hacia puestos de trabajo, ya sea el primer empleo, ya el ascenso en la escala académica o profesional. Si se aprobara el proyec-

32. Se obligó, en algunas instituciones del Insalud de Madrid y Ponferrada, a médicos y enfermeras a abandonar su trabajo habitual, trasladándoles forzosamente a otras secciones del hospital para realizar trabajos de inferior categoría. Estas medidas de castigo fueron impugnadas ante los tribunales ordinarios de justicia con el resultado de que médicos y enfermeras fueron repuestos en sus funciones y cargos originales.

33. Sentencias número 1044/91, de 18 de diciembre de 1991, y 778/92, de 23 de septiembre de 1992, de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Aragón.

to de la Asociación Médica Americana y de la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales de incluir obligatoriamente en los programas de formación para médicos residentes en Obstetricia y Ginecología el adiestramiento en la práctica del aborto y de la contracepción abortiva, se sentaría un precedente de extraordinaria gravedad, dada la función de liderazgo mundial que ejercen ambas instituciones.

Las autoridades profesionales, frecuentemente muy politizadas o en trance de negociar con los gobiernos mejoras económicas, tienden a reaccionar muy tibiamente ante los casos de discriminación contra médicos. Y el paso del tiempo tiende a consolidar en el público que existe un derecho al aborto, exigible y absoluto, que el médico no puede recusar. Hay testimonios de médicos no objetores que muestran el grado de altanería que algunas pacientes pueden ejercer cuando reclaman su supuesto derecho al aborto³⁴.

En el punto 73 de la reciente Encíclica *Evangelium vitae*, Juan Pablo II nos habla con fuerza y compasión de la obligación moral de objetar en conciencia, de su valor testimonial, de su raíz evangélica³⁵. La meditación de esas líneas nos revela que la odc es una gracia, un carisma, que da fuerza para testimoniar la verdad y soportar las formas modernas de martirio administrativo en que se ha transformado la disposición de ir a prisión o a morir a espada del tiempo pasado. La odc es, además de sal que previene de la corrupción de relativismo ético a los profesionales de la salud, un signo de esperanza.

Gonzalo Herranz
Departamento de Bioética
Facultad de Medicina
Universidad de Navarra
PAMPLONA

34. Cfr T. GREENHALGH, *The doctor's right to choose*, en «British Medical Journal» 305 (1992) 371.

35. JUAN PABLO II, *Carta Encíclica Evangelium vitae*, Ciudad del Vaticano, 1995.