

¿Puede justificarse la negativa de un centro médico a ligar las trompas de Falopio a una mujer que no quiere ser madre?



Trabajo de Final de Grado en Derecho
Área de Filosofía del Derecho

Universitat de Girona,
Facultad de Derecho

Curso 2022-2023
Convocatoria extraordinaria

Andrea Cano Redondo

Tutora: Dra. Vázquez Rojas,
Maria del Carmen

“Hay prejuicios de género, uno es que todas las mujeres por el hecho de serlo tenemos que tener ganas de tener y de gestar una criatura. El hecho de decidir no hacerlo no se lee desde una decisión sino desde una renuncia”.¹

Elena Longares

Coordinadora del observatorio de derechos de la Asociación de
Derechos Sexuales y Reproductivos de Catalunya

¹ Cita extraída del artículo “Un hospital público de Madrid niega a una mujer una ligadura de trompas por ser joven y no tener hijos” de la periodista Ana Requena Aguilar, redactora jefa de Eldiario.es. (04/09/2022).

AGRADECIMIENTOS

Para empezar, agradecer a la tutora de este Trabajo de Final de Grado, la Dra. Vázquez Rojas, Maria del Carmen, la dedicación, constancia, compromiso, implicación y amabilidad que ha depositado para llevar a cabo este proyecto.

En segundo lugar, agradecer a la Universitat de Girona, y en particular a la Facultad de Derecho, la labor y dedicación diaria en garantizar una educación digna y de provecho para el alumnado.

Por último, agradecer a la esfera personal el apoyo y ánimo que han ofrecido, ya no únicamente durante este trabajo, sino, sobre todo, durante los seis años que ha durado el doble grado en Derecho y ADE.

¡GRACIAS!

RESUMEN

“El Caso de Susana desde la perspectiva de la Filosofía del Derecho”

Este Trabajo de Final de Grado pretende analizar, a través de la filosofía del derecho, un caso real, del 2022, que ha ocurrido en un hospital público de la Comunidad de Madrid, en España. Se trata de una negativa que recibe una paciente a realizarse una ligadura de trompas por ser demasiado joven y no haber gestado previamente.

Gracias a esta rama del derecho, se analiza el caso desde cuatro puntos de estudio: el paternalismo jurídico, la objeción de conciencia, el argumento estadístico para resolver un caso y la perspectiva de género.

Palabras clave: paternalismo médico, consentimiento informado, autonomía, objeción de conciencia, razonamiento estadístico, prejuicios de género.

RESUM

“El Cas de Susana des de la perspectiva de la Filosofia del Dret”

Aquest Treball de Final de Grau pretén analitzar, a través de la filosofia del dret, un cas real, del 2022, que ha ocorregut en un hospital públic de la Comunitat de Madrid, a Espanya. Es tracta d'una negativa que rep una pacient a realitzar-se una lligadura de trompes per ser massa jove i no haver gestat prèviament.

Gràcies a aquesta branca del dret, s'analitza el cas des de quatre punts d'estudi: el paternalisme jurídic, l'objecció de consciència, l'argument estadístic per resoldre un cas i la perspectiva de gènere.

Paraules clau: paternalisme mèdic, consentiment informat, autonomia, objecció de consciència, raonament estadístic, prejudicis de gènere.

ABSTRACT

“Susana's Case from a Philosophy of Law Perspective”

This Final Degree Project aims to analyze, through the Philosophy of Law, a real case, from 2022, that has occurred in a public hospital in the Community of Madrid, in Spain. It is a refusal that a patient receives to have a tubal ligation under the argument that she is too young and has not previously gestated her.

Thanks to this branch of law, the case is analyzed from four points of study: paternalism, conscientious objection, the statistical argument to solve a case and the gender perspective.

Keywords: medical paternalism, informed consent, autonomy, conscientious objection, statistical reasoning, gender bias.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	5
2. EL CASO DE SUSANA	6
2.1. Exposición de los hechos	6
2.2. Legislación aplicable	8
2.3. ¿Qué opinan los expertos?	10
3. ¿RESULTA APLICABLE LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN EL CASO CONCRETO?	12
4. ARGUMENTO ESTADÍSTICO PARA RESOLVER UN CASO	17
5. ¿RESULTA APLICABLE EL PATERNALISMO MÉDICO EN EL CASO CONCRETO?	21
6. LOS PREJUICIOS DE GÉNERO SOBRE LA MATERNIDAD	28
7. CONCLUSIÓN	34
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
8.1. Bibliografía	36
8.2. Bibliografía web	36
8.3. Legislación	39
8.4. Jurisprudencia	41

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo de final de grado es una buena oportunidad para los alumnos de indagar sobre una rama del derecho determinada, de conocer campos nuevos que no han sido explorados con detenimiento durante el grado, puede ser útil incluso para descartar líneas de trabajo o simplemente puede resolver dudas o inquietudes propias. Es verdad que puede clasificarse como un trabajo más en el expediente, sin embargo, podría convertirse en una especie de brújula para ayudar a indicar el camino a seguir una vez finalizados estos estudios.

Así pues, el presente trabajo nace de la curiosidad, del saber y del querer entender. Hoy en día estamos expuestos constantemente a noticias por cualquier medio de comunicación, pero gracias a las redes sociales estas nos llegan con suma inmediatez. Por este medio fue la forma en que se dio voz al caso de Susana. La periodista Ana Requena Aguilar, redactora jefa de Eldiario.es, el pasado 04 de septiembre de 2022 (actualizado el 06 de septiembre de 2022), publicó una noticia titulada “Un hospital público de Madrid niega a una mujer una ligadura de trompas por ser joven y no tener hijos”. A una estudiante de derecho, joven, mujer y supuestamente conocedora de las libertades y derechos sexuales que ostenta en su país, le sorprende cuanto menos este titular. No se trata de un caso que haya tenido lugar en países como Argentina, donde el aborto pudo apenas legalizarse a finales de diciembre de 2020, y de los que estamos acostumbrados a leer titulares parecidos, no. Se trata de un caso actual que ha ocurrido en el hospital público Infanta Leonor de Madrid.

¿Tiene algún sentido que haya una ley que permita la libre elección y aplicación del método anticonceptivo preferible por la paciente y, en la práctica, uno de ellos sea denegado por causas como la edad o no haber tenido hijos previamente?, ¿podríamos estar ante una actuación médica irracional y sexista? Uno de los primeros conceptos que aprenden los alumnos en la Facultad de Derecho es el principio general del derecho, proveniente del derecho romano, *dura lex, sed lex*. A partir de este momento, asignatura tras asignatura, se van estudiando distintos tipos de derechos, tanto públicos como privados, y se imprimen y se subrayan incontables leyes para su estudio. Pero pocas veces nos enseñan a pensar, a cuestionar y a dudar de aquello que está escrito, a formar nuestro propio criterio y a reflexionar sobre la certeza de lo que estamos leyendo. Por eso, sigue costando a los estudiantes asumir que, en la realidad, muchas veces aquello que parece tan obvio por la palabra escrita de la ley, no se cumple y esa denegación de derechos o ese incumplimiento que, pudiendo parecer contrario a las normas, en realidad sí puede estar justificado jurídicamente. Aquí es donde cobra sentido la filosofía del derecho, para dar respuestas al alumno sobre estas supuestas incongruencias, para comprender las líneas difusas del derecho, para saber interpretar lo que está leyendo y así poder crear un criterio propio.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se espera de este estudio poder encontrar algo de coherencia en lo que parecería, de forma inicial, a ojos de la alumna, una vulneración de derechos. Se persigue resolver inquietudes, dudas, curiosidades y potenciar aquello que interesa, que es descubrir por qué el derecho actúa como actúa, dónde están los límites morales y hasta dónde pueden estirarse las barreras ideológicas.

De acuerdo con estas inquietudes iniciales, se han planteado una serie de cuestiones que forman la estructura de este trabajo. En primer lugar, se analizan los hechos relevantes del caso de Susana, se estudia lo que establece la ley y las opiniones de los expertos. En segundo lugar, conviene dar respuesta a la incógnita de si cabe, o no, justificar la acción de un centro público con la alegación de la objeción de conciencia. Seguidamente, resulta interesante hacer referencia al argumento estadístico para justificar una acción médica en un caso concreto.

Además, en cuarto lugar, se intenta responder, desde un análisis del paternalismo, la siguiente pregunta: ¿con qué poder puede decidir un profesional sanitario algo tan íntimo y personal como una intervención de ligadura de trompas? Interesa averiguar si ha tenido lugar un caso de paternalismo médico con la paciente Susana, dónde queda la autonomía de las personas y qué implica el consentimiento informado.

Por último, se analiza el caso desde la visión de la perspectiva de género. Si en vez de Susana, hubiese sido “Lucas” quien hubiese solicitado una vasectomía, ¿qué hubiese decidido el Hospital Infanta Leonor de Madrid? Si suponemos que Lucas tiene la misma edad que Susana, 30 años, y tampoco tiene hijos, ¿le habrían denegado su derecho por ser hombre o se lo habrían concedido especialmente por ser hombre?, ¿qué diferencia hay a ojos clínicos entre Susana y Lucas para hacer una diferenciación?, ¿sería posible justificar jurídicamente esta supuesta discriminación?

Todas estas incógnitas que tiene una estudiante de derecho, como yo, que es mujer y que confiaba en el sistema sanitario español, tratan de ser resueltas por medio de este trabajo y gracias a la filosofía del derecho. De este modo, en las conclusiones, se espera poder esclarecer las dudas acerca de esta supuesta incongruencia con la aplicación del derecho en la medicina.

2. EL CASO DE SUSANA

2.1. Exposición de los hechos

El caso aquí estudiado, y que da pie al análisis de este trabajo, es el caso de Susana, una joven de 30 años que solicita una intervención de ligadura de trompas en la sanidad pública española, la

cual le es denegada por el Hospital Infanta Leonor de Madrid, por supuestos motivos de edad y por no haber gestado previamente.

A partir de la entrevista concedida por Susana a la periodista Ana Requena Aguilar (Eldiario.es.), el pasado 04 de septiembre de 2022, podemos extraer los siguientes hechos relevantes del caso para su estudio y consideración:

- Susana, de 30 años, tiene claro que no quiere tener hijos y acude a su médica de cabecera para explicarle su voluntad de someterse a una ligadura de trompas. Su doctora la deriva a su centro de referencia, el Hospital Infanta Leonor de Madrid.
- La paciente es atendida por una ginecóloga que, tras escuchar su caso, queda sorprendida por la voluntad de Susana, pero le afirma que, en principio, no debería de haber ningún problema.
- La doctora llamó a su jefe de ginecología para comentarle el caso y tras esa llamada, substituye su discurso de sorpresa y su “no debería haber inconvenientes”, por un “al tener 30 años y no tener hijos, eso no se hace”. Le informa sobre otros métodos anticonceptivos, la paciente se lo agradece, pero insiste en que no le interesan y que ya los ha valorado.
- Se eleva el caso a una sesión clínica del departamento de ginecología y obstetricia.
- A la espera de un veredicto, Susana recibe una llamada donde le comunican que ha sido denegada su solicitud y le afirman que no se trata de un caso de objeción de conciencia. Además, antes de acabar la conversación telefónica, añaden “que luego iba a ir pidiendo inseminación artificial”. Ante esta respuesta, la paciente propone firmar un documento de renuncia al derecho a solicitar inseminación artificial en un futuro, alegando que no quiere tener hijos y que, llegado el caso, siempre podría acudir a la adopción o a la inseminación in vitro de la sanidad privada.
- El 16 de junio de 2022 recibe una carta firmada por la directora gerente del hospital, María del Carmen Pantoja Zarza. Se confirma la negativa del hospital “ante lo inusual de la solicitud, dada la edad de la paciente y la ausencia de gestaciones previas”. Durante la sesión clínica, los especialistas llegaron a esta decisión al considerar que “no existe ninguna contraindicación para el uso de otros métodos anticonceptivos alternativos y no irreversibles, más adecuados para las condiciones clínicas que esta paciente presenta”. La paciente alega una falta de justificación sobre las contradicciones puesto que no le hicieron ninguna prueba médica. Las únicas condiciones clínicas alegadas para sostener la negativa del centro son la edad y la falta de gestación previa.
En dicha carta también se menciona una tasa de arrepentimiento del 20%.
- El centro invita a la paciente a “ejercer su derecho a la libre elección de centro si no considera satisfactoria la decisión clínica tomada”.

- Susana sí hizo uso de su derecho y acudió a otro centro público de la misma Comunidad Autónoma. Este le ha aprobado la intervención, ya le han realizado el preoperatorio y actualmente se encuentra a la espera de la fecha para la intervención.
- Bajo el consejo del abogado Francisco José Pavón Chisbert, se han interpuesto recursos contra distintas administraciones (como el Hospital y el Ministerio de Sanidad)².

2.2. Legislación aplicable

Por lo que respecta a la posición de la paciente, podemos hacer referencia a varias disposiciones normativas que apoyarían su derecho a elegir libremente el método anticonceptivo que considere oportuno, de acuerdo con sus necesidades, intereses y deseos:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:
 - Artículo 2.3: “El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles”.
 - Artículo 3: definiciones de consentimiento informado y de libre elección.
 - Capítulo IV “El respeto de la autonomía del paciente”.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo:
 - Artículo 2: definiciones de salud sexual y de salud reproductiva.
 - Artículo 3:
 - Derecho de libertad, intimidad y autonomía personal a todas las personas a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva, con los únicos límites del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público.
 - Derecho a la maternidad libremente decidida.
 - Nadie será discriminado por motivos de sexo, edad, o cualquiera otra condición o circunstancia personal.
 - Artículo 4: garantía de igualdad en el acceso a las prestaciones y servicios establecidos por el Sistema Nacional de Salud³.

² Este caso es de este mismo año y la única información disponible es la que aparece en el artículo de prensa, por lo que no conocemos qué tipo de recursos se han presentado, ni qué se ha alegado. Únicamente sabemos que se ha puesto en manos de la justicia.

³ En el Apartado 5 (“Indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos”), del Anexo III (“Cartera de servicios comunes de atención especializada”) del Real Decreto

Por otro lado, la actuación del centro médico queda condicionada a cumplir con las siguientes obligaciones legales⁴:

- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:
 - o Artículo 1: la presente ley le es de aplicación por ser un centro sanitario público (hospital público Infanta Leonor de Madrid).
 - o Artículo 2.6: “Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.
 - o Artículo 10:
 1. “El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:
 - a. Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
 - b. Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
 - c. Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
 - d. Las contraindicaciones.
 2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente”.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo:
 - o Artículo 3.4: el hospital queda sujeto a llevar a cabo las prestaciones y demás obligaciones que estable la ley.

1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, se establece la “realización de ligaduras de trompas y de vasectomías, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud, excluida la reversión de ambas” (5.3.7.3).

⁴Los únicos límites que establece la ley al derecho de adoptar libremente decisiones que afectan a la vida sexual y reproductiva de las personas son los que establece el artículo 3.2 de la Ley Orgánica 2/2010 (respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes). La decisión de Susana no pretende superar ninguno de los límites impuestos por la ley y, por lo tanto, la actuación del centro no se encuentra argumentada legalmente. En cambio, el hospital público sí que queda sujeto a una serie de obligaciones.

- Artículo 5 “Objetivos de la actuación de los poderes públicos”: garantizarán el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva.
- Artículo 7b): Los servicios públicos de salud garantizarán: “El acceso universal a prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud”.

Por último, el artículo 4 de la Ley Orgánica 2/2010 regula la garantía de igualdad en el acceso a los servicios y prestaciones establecidos por el Sistema Nacional de Salud. Será el Estado quién velará por dicho principio de igualdad con el ejercicio de su competencia de Alta Inspección.

2.3. ¿Qué opinan los expertos?

En el artículo de prensa, “Un hospital público de Madrid niega a una mujer una ligadura de trompas por ser joven y no tener hijos”, se adjuntan valoraciones realizadas por especialistas en la materia y por abogados del sector.

Los expertos que se mencionan, y sus consideraciones que nos interesan para el caso, son los siguientes (por orden de aparición en el texto periodístico):

- José Gutiérrez Ales (ginecólogo y presidente de la Sociedad Española de Contracepción): afirma que “cuando la mujer es joven tenemos que dejar constancia en su historia de que le hemos ofrecido métodos alternativos que son igualmente efectivos y que es ella la que los ha desechado”. Añade “nosotros no somos quién para decirle que sí o que no se opte por esa intervención”, además de sostener que la información ofrecida no puede ser en ningún caso invasiva.

Por otro lado, apunta que la tasa de arrepiento del 20% que alega el centro no puede provenir de resultados estadísticos muy ilustrativos de la realidad ya que, a pesar de existir algunos estudios sobre la materia, toman en consideración un número muy reducido de casos.

También confirma la posibilidad de que una mujer que se haya sometido a una ligadura de trompas pueda quedar embarazada gracias a la fecundación in vitro.

- Francisco José Pavón Chisbert (abogado en su propio despacho y colabora con la organización Apoyo Positivo): considera que el centro público ha negado que su decisión se fundamentó en objeción de conciencia para evitar problemas legales.

- Emilia de Sousa (abogada especializada en atención al paciente y violencia obstétrica): “Cuando a una mujer se le niega la realización de la ligadura de trompas no se sustentan en la objeción porque tiene difícil encaje legal, ..., sino que la negativa se suele fundamentar en la clínica de la mujer, en la edad, en no haber tenido hijos anteriormente, etc.”. La abogada añade un dato interesante al confirmar que la negativa ofrecida a Susana sería de un servicio entero (el hospital), lo que ocasiona un perjuicio, a vista de la doctrina del Tribunal Constitucional⁵, a la paciente que se ve obligada a iniciar de nuevo su proceso en otro centro o dirigirse a un centro privado.

De Sousa se respalda en la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de la Salud Sexual y Reproductiva para defender la posición de Susana. Además, concluye argumentando que “estas negativas se encuadran más bien en el trato paternalista, inquisidor, discriminatorio y violento que se dispensa en los servicios de ginecología y obstetricia. Un trato que vulnera los derechos de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos con el beneplácito de las instituciones, especialmente instituciones públicas que es donde encontramos las mayores trabas, como pasa con la interrupción voluntaria del embarazo”.

- Corazón Hernández (doctora y secretaria de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia): bajo su punto de vista, una ligadura de trompas no es el método más aconsejable a una paciente con la edad de Susana, habiendo otros de carácter reversible y con alta eficacia a su disposición. A pesar de su punto de vista, afirma que “el paciente tiene derecho a decidir conociendo alternativas, pros y contras”.

La secretaria de la SEGO admite, igual que Gutiérrez Ales, la posibilidad de embarazo mediante fecundación in vitro con posterioridad a una intervención de ligaduras de trompas. “Se puede y con buen resultado”.

- Elena Longares (coordinadora del observatorio de derechos de la Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos de Catalunya): “Hay prejuicios de género, uno es que todas las mujeres por el hecho de serlo tenemos que tener ganas de tener y de gestar una criatura. El hecho de decidir no hacerlo no se lee desde una decisión sino desde una renuncia”.

Las opiniones adjuntadas de los especialistas se valoran como una guía para estructurar el presente trabajo. Algunos expertos apuntan la objeción de conciencia como posible justificación a la decisión médica tomada, aunque destacan que el hecho de que el equipo médico haya negado expresamente ser objetores sería a fin de evitar conflictos legales. La abogada Emilia de Sousa destaca el factor de la colectividad en la decisión como inconstitucional en base al requisito del

⁵ La doctrina del TC establece que la objeción de conciencia se trata de un derecho individual y personal (STC 160/1987), lo que indica que no podría alegarse por un centro sanitario. El artículo 16 de la Constitución Española de 1978 garantiza la libertad ideológica y en el artículo 30.2 del mismo texto se reconoce el derecho a la objeción de conciencia.

ejercicio individual del derecho a la objeción de conciencia. Asimismo, se debate la consideración de la supuesta tasa de arrepentimiento como argumento decisorio además de la necesidad del término “arrepentimiento”, dado que hoy en día una ligadura de trompas no supone ningún impedimento para conseguir un embarazo exitoso a través de la fecundación in vitro.

Por otro lado, mencionan el paternalismo, pero también hacen referencia a la importancia del respeto por la elección libre de la paciente. Es cierto que coinciden en que no recomendarían a Susana una intervención de este tipo por su edad, pero admiten que si, una vez recibida toda la información pertinente y presentadas las alternativas, la paciente decide seguir adelante, el médico no tiene la facultad para tomar esa decisión por ella.

En último lugar, cabe destacar la cuestión de género planteada tanto por Emilia de Sousa, como por Elena Longares. De Sousa apunta la habitualidad de la vulneración, por parte de las instituciones, del derecho a la mujer a decidir libremente sobre su cuerpo. Longares, por su parte, destaca el hecho de considerar como una renuncia la legítima decisión de una mujer a no ser madre. Este prejuicio de género es analizado en el apartado sexto del presente trabajo.

3. ¿RESULTA APLICABLE LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN EL CASO CONCRETO?

El primer aspecto por analizar sobre la negativa del centro médico a intervenir a la paciente es la objeción de conciencia. Tal como se resume en la exposición de hechos, los facultativos del hospital afirmaron que su decisión no se basaba en motivos de objeción de conciencia, pero el abogado Francisco José Pavón Chisbert presupone que se ha negado para evitar un problema legal. Puesto que, tal como se expone en el artículo de Eldiario.es., afirma que “las normas deontológicas actuales son contradictorias sobre la posibilidad de aplicar la objeción de conciencia a la ligadura de trompas”⁶. Además, la abogada Emilia de Sousa también apoya dicha opinión, ya que considera que sustentar en la objeción de conciencia tiene difícil encaje legal.

Entonces, ¿por qué estamos analizando este aspecto en el caso concreto si ha sido negado? Es cierto que los profesionales sanitarios han declarado que no se ha tomado la decisión en base al derecho de la objeción de conciencia, pero también es cierto que los únicos argumentos ofrecidos

⁶ El Código de Deontología Médica (julio 2011), del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, recoge en su Capítulo VI la objeción de conciencia. En el Capítulo XII de “Reproducción humana” únicamente se menciona la objeción de conciencia en el artículo 55 relativo al aborto. El artículo 57 dispone que “La esterilización permanente, tanto del hombre, como de la mujer, es un acto que pertenece a la esfera íntima y personal de cada uno, en cuya decisión el médico sólo debe intervenir informando y aconsejando lealmente”.

para argumentar su decisión son la edad de la paciente y la ausencia de hijos. Por lo que, si analizamos el trasfondo de estas dos razones ofrecidas, podríamos pensar que lo que le preocupa al personal sanitario es la maternidad de esta mujer. Y, si nos enfocamos en la perspectiva de la decisión médica relativa a la maternidad, podemos ver que quizás sí podría haber motivos ideológicos o de conciencia que hayan influido en esta decisión, es decir, podría haberse tomado la negativa a realizar la ligadura de trompas en base a la objeción de conciencia. Es por eso por lo que, a pesar de haberse negado la objeción de conciencia por el personal del centro, sí va a ser analizada en este trabajo la posible aplicación de este derecho al caso concreto.

La Constitución Española de 1978 protege el derecho a la objeción de conciencia, en el ámbito militar, en su artículo 30.2. Este derecho ha sido cuestionado por parte de la doctrina en si es, o no es, un derecho fundamental. El Tribunal Constitucional en su STC 160/1987 declara que se trata de un derecho constitucional autónomo. De esta forma lo desvincula del derecho a la libertad ideológica que sí es un derecho fundamental, recogido en el artículo 16 del texto constitucional (STC 321/1994). El derecho a la objeción de conciencia se ejerce conforme a la Ley 22/1998, de 6 de julio, reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria.

En el artículo jurídico “Defensa de la objeción de conciencia como derecho general” de Gascón Abellán, M. (citado por Gascón 2018: 86), se da una definición al concepto de objeción de conciencia:

Incumplimiento de un deber jurídico motivado por la existencia de un dictamen de conciencia contrario al comportamiento prescrito y cuya finalidad se agota en la defensa de la moralidad individual, renunciando o al menos no persiguiendo de forma inmediata una estrategia de cambio político o jurídico (Gascón [1990]).

Dicho derecho difiere de la libertad de pensamiento ya que ostenta una dimensión práctica. No únicamente ofrece una libertad en la formación de conciencia del individuo, sino que le confiere una libertad de actuación conforme a la imperatividad de su propia conciencia, permitiéndole incluso incumplir un deber jurídico. Esa confrontación entre libertad de conciencia y deber jurídico incumplido ha de ser resuelta por medio de un juicio de proporcionalidad. Este respeto por el principio de proporcionalidad y necesidad de protección de los derechos y libertades de los demás queda amparado en el artículo 52.1 de la Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, tal como indica Gascón.

Gascón Abellán trata más en profundidad la confrontación entre el ejercicio del derecho de la objeción de conciencia con el cumplimiento del derecho en su manual titulado, precisamente, “Obediencia al derecho y objeción de conciencia”. En el apartado cuarto de su capítulo tercero encontramos explicadas tres restricciones a la objeción de conciencia. La primera de ellas se encuentra en la misma definición del concepto. El derecho del objetor se diferencia de otras

formas de desobediencia ya que no constituye una presión sobre la opinión pública ni su ejercicio persigue un cambio político o jurídico. Se trata de preservar una conciencia individual, a pesar de que esta sea “errónea” dado que no se puede interferir en ninguna moralidad (dimensión interna). Por lo tanto, en el caso concreto existe un conflicto con esta primera limitación, dado que la decisión fue tomada de forma colectiva por un equipo de médicos. Así pues, únicamente podría haber alegado objeción de conciencia la primera ginecóloga que atendió a Susana en consulta. Además, el Código de Deontología Médica en su artículo 32.2 deniega explícitamente la objeción de conciencia colectiva o institucional.

Por otro lado, cabe recordar que actualmente la paciente se encuentra en espera de ser intervenida de ligadura de trompas en otro centro público de la misma Comunidad Autónoma. Esto implica que la paciente se ha visto en la tesitura de cambiar de centro, pero ¿si en el segundo centro se hubiese encontrado con otra negativa, habría tenido que recurrir a un tercero para poder ejercer su derecho de libre elección de método anticonceptivo preferible? Que la objeción de conciencia pueda alegarse de forma colectiva hace que el derecho individual afectado (derecho de Susana, en este caso) se vea perjudicado de una forma más invasiva, impidiendo o dificultando así el ejercicio del derecho a mayor escala (restricción segunda de la objeción de conciencia). En caso de que se alegue por un único profesional, el derecho de la paciente puede seguir haciéndose efectivo en el mismo centro médico lo que no supone una afectación tan perjudicial como en el caso de alegarse de forma institucional⁷.

⁷ A partir de la entrada en vigor de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en la Comunidad de Madrid ha habido muchos facultativos médicos que se han declarado objetores de conciencia. En el artículo 3f) de esta norma se define la objeción de conciencia como un “derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones”. La misma ley en su artículo 16.1 reconoce su derecho, pero remarcando que es una decisión individual. No reconoce el derecho colectivo o institucional. El segundo apartado de esta misma disposición establece la creación de registros de profesionales sanitarios objetores de conciencia. Cumpliendo con esta obligación de creación de un registro y de acuerdo con el artículo 17 de la misma norma, la Comunidad de Madrid desarrolló el Decreto 225/2021, de 6 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se crean y regulan el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir y la comisión de garantía y evaluación.

Esta misma comunidad autónoma pone a disposición de los facultativos una página web oficial para facilitar el trámite para declararse objetores ([Reg. objetores conciencia ayuda a morir | Comunidad de Madrid](#)). En el propio portal se indica que los destinatarios serán “Profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir:

- Dependientes del Servicio Madrileño de Salud.
- Dependientes de las organizaciones sanitarias privadas situadas en el territorio de la Comunidad de Madrid”.

De acuerdo con la revista online Redacción Médica (Mediavilla [2021]), a finales del año 2021 en la Comunidad de Madrid había 2.614 profesionales sanitarios objetores de conciencia en eutanasia, de acuerdo con datos del SERMAS (Servicio Madrileño de Salud).

Es cierto que tanto la norma estatal como la autonómica reconocen que se trata de un derecho individual, pero en la práctica podría ocurrir que en un mismo centro sanitario todos los facultativos para aplicar la

Tal como se acaba de mencionar, la segunda restricción relaciona el ejercicio de la objeción de conciencia con la afectación del derecho de otra persona que la ley quiere proteger con ese preciso derecho que se ha incumplido, por lo que hay un conflicto de intereses. La tarea de justificación moral de la objeción de conciencia no puede quedar satisfecha invocando la soberanía moral de la conciencia, pues desde el momento en que la misma se exterioriza en un comportamiento social, parece necesario valorarla desde la perspectiva de otros principios morales relacionados con el respeto a los demás individuos (Gascón Abellán [1990: 225]). Por eso se dice que la objeción de conciencia, como consecuencia de la exigencia de la tolerancia y del pluralismo social, tiene dimensión externa *prima facie*. Si prestamos atención a las características del caso analizado, se observa como la supuesta objeción de conciencia del centro médico coincide con el derecho de Susana a elegir libremente el método anticonceptivo que considere más adecuado para ella.

La tercera restricción toma en consideración la naturaleza de los deberes objetados y los clasifica en tres grupos de deberes. En primer lugar, existen los “deberes impuestos en beneficio o interés del propio sujeto obligado y que atienden a consideraciones de tipo perfeccionista o paternalista”

eutanasia sean objetores de conciencia y, por lo tanto, tendría los mismos efectos prácticos que la objeción colectiva o institucional, lo que se traduciría como una mayor dificultad para ejercer el derecho del paciente o de los familiares de este al acceso al derecho de la eutanasia.

Un perjuicio similar apunta la Catedrática en Derecho penal de la Università degli Studi di Milano-Bicocca, Claudia Pecorella, ocurre en EE. UU. La objeción de conciencia se reconoció de forma institucional a los hospitales por medio de las *Conscience (o refusal) clauses* que aparecen en dispersas leyes estadounidenses a mediados de los 90. Esto tuvo una gran repercusión en las zonas no urbanas, donde los centros sanitarios son en su mayoría católicos. Así, las mujeres de estas zonas que querían abortar debían desplazarse. Pecorella apunta que “entre las mujeres que han efectuado una interrupción del embarazo en el año 2000, el 25% ha tenido que dirigirse a un centro lejano, a unos 100 km de su casa, y un 8% a un centro situado más allá de los 200 km de distancia” (Pecorella, AFDUAM 18 (2014: 262)). El hecho de no saber si un centro es objetor de conciencia agrava el problema ya que genera inseguridad a la paciente. Así pues, este es otro ejemplo de que la objeción de conciencia es y debe ser individual para dotar de seguridad al sistema. Por otro lado, Pecorella resalta así mismo la pronunciación del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre la naturaleza individual de la objeción de conciencia (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 12 de octubre 1988, Verein «Kontakt-Information-Therapie» (KIT) and Siegfried Hagen v. Austria) y cita el artículo 19 de la Ley Orgánica 2/2010 de España en el que se remarca que la decisión de negarse a la intervención de interrupción de embarazo es “siempre individual del personal sanitario”. La legislación italiana, por su parte, añade al colectivo de “sanitarios” también al personal auxiliar (Ley 194/1978 sobre la interrupción del embarazo y la de la Ley 40/2004 sobre la procreación asistida).

Entonces, ¿qué pasa cuando en un centro “todos” los sanitarios son objetores de conciencia? ¿qué solución o alternativa puede ofrecerse para no perjudicar ni el derecho de la paciente ni el del objetor? En 2010 se adoptó una solución a este problema por la Región de Puglia (resolución dirigida a la reorganización de la Red de centros de planificación familiar – deliberación n°735 del 15 de marzo 2010). Se propuso excluir a los ginecólogos objetores del plan de reclutamiento. Evidentemente, esta alternativa fue anulada por el Tribunal Administrativo Regional (TAR) de Puglia, sin embargo, no se negó que la Administración pudiese cubrir en un futuro las vacantes en ginecología con el 50% de facultativos objetores y el otro 50% con sanitarios no objetores o comprometidos a firmar un documento de que en circunstancias futuras no se declararían objetores (Pecorella, AFDUAM 18 (2014: 264)).

(Gascón Abellán [1990: 227])⁸. Dentro de este grupo podríamos encontrar algunos ejemplos como: la hipotética prohibición del suicidio, el consumo de drogas o alcohol, la regulación de la velocidad máxima en carretera permitida, establecer elevados impuestos en las bebidas azucaradas para reducir su consumo, la obligación de asistir a la educación primaria, etc.

El segundo grupo de deberes se forma por aquellos que “protegen intereses de personas identificables y que, por lo tanto, suelen representar la contrapartida de los derechos subjetivos de tales personas” (Gascón Abellán [1990: 228]). Dado que los profesionales de la salud forman parte de este segundo grupo de deberes objetados, aquí podríamos incluir la actuación del equipo médico del hospital público de Madrid, ya que afecta a los derechos de una persona identificable, Susana. El último grupo de deberes objetados son los “deberes jurídicos establecidos en interés público, entendiendo por tales no aquellos que protegen un mero interés institucional, sino los que responden al interés de personas ajenas no identificables” (Gascón Abellán [1990: 229]).

De acuerdo con las tres restricciones de Gascón Abellán, podemos resumir que la primera restricción, referente a la individualidad del objetor, se sobrepasaría ya que la negativa vino dada por un equipo médico. Por otro lado, esta supuesta objeción institucional afecta y altera el ejercicio de la paciente haciendo que deba desplazarse a otro centro sanitario (restricción segunda). Y, por último, la negativa hace que se incumpla con un deber de proteger intereses de personas identificables (restricción tercera). De esta forma parecería no estar justificada la resolución del equipo médico mediante el ejercicio de la objeción de conciencia, pero cabe recordar que este análisis se ha realizado a modo de estudio, ya que el personal del centro médico negó desde un inicio (por temor a represalias legales) la objeción de conciencia. Habiendo descartado la objeción de conciencia como forma de argumentar la negativa que recibió Susana, procedemos a analizar la supuesta tasa del 20% de arrepentimiento y si este argumento estadístico es, o no, aplicable al caso concreto.

⁸ En este caso, estaríamos ante un individuo que alega objeción de conciencia para no cumplir con un deber de carácter paternalista. El paternalismo también es una vía de estudio en este trabajo para analizar el caso en concreto, pero se analiza desde el punto de vista de la decisión tomada, es decir, hay una decisión X (negativa a intervenir a la paciente) y quiere verse si esta puede estar justificada en el paternalismo. Analizamos el paternalismo para determinar si sirve para justificar la decisión. Mientras que Gascón hace referencia al caso contrario, es decir, una decisión Y (basada en la objeción de conciencia) para huir de un deber paternalista. Utiliza la objeción de conciencia para justificar el no cumplimiento de un deber de carácter paternalista o perfeccionista.

4. ARGUMENTO ESTADÍSTICO PARA RESOLVER UN CASO

Una vez comprobada que la objeción de conciencia no es aplicable al caso concreto, es preciso valorar si la supuesta tasa del 20% de arrepentimiento de las pacientes que se han sometido a una ligadura de trompas, puede considerarse un motivo válido para justificar la negativa del centro a someter a Susana a dicha intervención. Es decir, determinar si el argumento estadístico aportado a modo de prueba por el centro puede aplicarse a un individuo concreto, en este caso, Susana.

La doctrina valora si se debe, o no, considerar el argumento estadístico como fundamento para justificar una actuación. En los artículos “La integración de normas, principios y estadísticas en la argumentación jurídica” (Aymerich Ojea, Ignacio [2011]) y “Reflexiones acerca del advenimiento del nada lejano, como aparentemente inortodoxo y eventualmente infuturible, escenario de un derecho estadístico” (Torres Manrique, Jorge Isaac [2011]), se intenta dar respuesta a este conflicto.

El Dr. Torres Manrique se aventura a dar una definición del concepto de derecho estadístico, una modalidad que considera que está presente en nuestras vidas de forma tentativa o en potencia, pero que falta desarrollar. Así pues, la definición que da sobre este proto derecho estadístico es la siguiente: “disciplina jurídica sistematizada que estudia cuantitativa y cualitativamente la tendencia y frecuencia de los fenómenos que ocurren de forma masiva, con el objeto de contribuir al desenvolvimiento de la vida humana en sociedad, regulándola a efectos de hacerla más justa y menos manipulable” (Torres Manrique, Jorge Isaac [2011: 10]).

Tal como se expone en la exposición de los hechos del apartado segundo de este trabajo, en la carta fechada el 16 de junio de 2022 que recibe la paciente, con la negativa del centro sobre la intervención que solicita, se alega la existencia de una tasa de arrepentimiento del 20% sobre las mujeres que se someten a este tipo de cirugía. Se desconoce la veracidad y la procedencia de este porcentaje, de la supuesta tasa de arrepentimiento que alega el centro sanitario, puesto que no figura en ninguna página oficial del Gobierno (por ejemplo, en el Instituto Nacional de Estadística, INE)⁹.

⁹ La mención a esta tasa de arrepentimiento del 20% únicamente ha sido encontrada en portales web como Complicaciones de la ligadura de trompas (webconsultas.com) o [Ligadura de trompas - EcuRed](#). Ambos portales coinciden en un mismo discurso: “alrededor del 20% de las mujeres menores de 30 años se arrepienten de haberse realizado la ligadura de trompas, pero sólo el 6% de las mayores de 30 años lo hacen. Está claro que varios factores de la vida de cada persona influyen en la decisión y posterior arrepentimiento (edad, pareja estable, ser madre)”, pero en ninguno de ellos se hace referencia a la fuente de esta información, por lo que no se sustenta.

Se desconoce si la fuente de la tasa de arrepentimiento del 20% que presenta el equipo médico, coincide con la de los portales web mencionados. Pero si así fuese, en vez de hablar de un 20%, deberían de hablar

Además, el presidente de la SEC, como se ha comentado anteriormente, afirma la existencia de estudios sobre la tasa de arrepentimiento, pero que estos “no son muy ilustrativos”, pues toman en consideración un número muy reducido de casos. En este contexto, cabe añadir, lo que comenta el Dr. Torres Manrique sobre el uso de estadísticas en el ámbito sanitario: “los intereses creados entorno al negocio sanitario pervierten muchas estadísticas”. En este mismo sentido, en el artículo “La integración de normas, principios y estadísticas en la argumentación jurídica”, se dispone que “no todo dato estadístico debería valer directamente como argumento jurídico porque antes es necesario revisar si responde a criterios estadísticos de fiabilidad” (Aymerich Ojea, Ignacio [2011: 20]).

El propio Mill, de acuerdo con el argumento utilitarista en contra del paternalismo jurídico que expone Garzón Valdés, E. (1988: 158), dice:

Las imperfecciones para anular su juicio y sus propósitos en aquello que únicamente le compete al individuo tienen que estar basadas en presunciones generales, que pueden ser todas equivocadas y, si son correctas, es probable que sean mal aplicadas a los casos individuales (Mill [1978: 207]).

Esto se puede relacionar con el hecho de que aplicar ese supuesto 20% de tasa de arrepentimiento al caso individual concreto, puede llevarnos a una mala decisión individual.

Jordi Ferrer, en “La valoración racional de la prueba” (2007), en su apartado 2.2.2.1. “La probabilidad estadística de la hipótesis como modelo de razonamiento probatorio”, introduce, a través de dos ejemplos, la inadecuación del uso de la probabilidad frecuentista o estadística para el razonamiento probatorio en derecho, dada la falta de relevancia que se le presta a lo verdaderamente importante del caso, los hechos individuales¹⁰. El primer ejemplo se trata de un caso de la Corte Suprema del Estado de Massachusetts, en Estados Unidos (*Smith v. Rapit Transit, Inc.*), en el que se analiza si sería suficiente la prueba estadística para condenar a una compañía de autobuses a resarcir el daño sufrido a la Sra. Smith¹¹. El segundo ejemplo presentado se conoce como la “paradoja del colado o del intruso”, de L.J. Cohen (1977) (Ferrer, J. [2007: 99]). Se presenta el supuesto de que en un evento deportivo se venden 499 entradas, pero asisten 1.000 personas, es decir, 499 pagan su entrada mientras que 501, no lo hacen. La estadística nos dice

de un 6% (Susana tiene 30 años), lo que supondría una mayor inadecuación mencionar el posible futuro arrepentimiento de la paciente. Al no tener constancia de la fuente de la tasa presentada por los facultativos, haremos el análisis en base al 20% de probabilidad ofrecido.

¹⁰ Se hace referencia al presente manual, ya que calificamos de razonamiento probatorio a la supuesta tasa de arrepentimiento que aporta el equipo médico para justificar su decisión.

¹¹ De acuerdo con Ferrer, podemos resumir los hechos de la siguiente forma: la Sra. Smith fue arrollada por un autobús que se dio a la fuga y lo único que recuerda es que era de color azul. En la zona únicamente operan dos compañías de autobuses. Una de ellas tiene el 80% de sus autobuses de color azul, mientras que la otra, únicamente el 20% de sus vehículos son de ese color.

que cada asistente tiene una probabilidad de 0,501 de no haber pagado, por lo que, si se presentase una demanda contra cada asistente, la empresa del evento, en base a la probabilidad, podría recibir el precio de 1.000 entradas, cuando ya recibió anteriormente el importe de las 499 entradas que sí fueron pagadas. Esta paradoja nos muestra que la aplicación de la probabilidad puede llevarnos a resultados ilógicos.

El Dr. Ferrer expone algunos argumentos para reafirmar esta inadecuación del uso del razonamiento estadístico. El primero de ellos, “El argumento de la minimización de los errores” (Ferrer, J. [2007: 100]), pretende resaltar los factores que se obvian en el caso de *Smith v. Rapit Transit, Inc.* al tener únicamente en cuenta el color del autobús para determinar la compañía responsable. Enfatiza la importancia de valorar otros aspectos como el mantenimiento del vehículo, los años de antigüedad, el estado de los neumáticos, el modo de conducción del conductor... Se sabe que la probabilidad inicial de que una de las compañías sea responsable del accidente es del 0,8 dado que el 80% de sus autobuses son de ese color, pero ¿qué probabilidad hay de que un autobús azul tenga un accidente? Aquí se debería de valorar esta segunda probabilidad teniendo en cuenta otros factores, como los expuestos anteriormente. Por otro lado, existe “El argumento del valor esperado de la decisión” (Ferrer, J. [2007: 103]) que analiza aquello que se desea en cada supuesto. En el caso de la Sra. Smith se desea que esta reciba una indemnización, por lo que, al haber una probabilidad de 0,8 de que una de las compañías sea la responsable, parecía suficiente para determinar que fue responsable y así consecuentemente, la afectada recibiría la indemnización. Si en caso contrario, la probabilidad de 0,8 no fuese considerada como suficiente, la víctima no recibiría el resarcimiento del daño, que es, precisamente, lo que se persigue. El último argumento que se presenta es “El argumento de las generalizaciones” (Ferrer, J. [2007: 106]), en particular, de las generalizaciones espurias, es decir, las que no tienen base empírica. A través de Schauer (2003), Ferrer explica la fiabilidad que tendría que un testigo ciego declarase que circulaba un autobús por la calle en vez de un coche, ya que cualquier experto podría acreditar que la capacidad auditiva de los ciegos les permite hacer ese tipo de diferenciaciones y, por lo tanto, esa generalización sería científica e imprescindible para el razonamiento.

Ahora bien, ¿cómo podemos relacionar la anterior explicación con el caso que nos ocupa? En primer lugar, cabe recordar que la tasa de arrepentimiento es del 20% (independientemente de la fiabilidad de la tasa en cuestión), por lo que no tendría sentido considerar suficiente una probabilidad de 0,2 para no intervenir a la paciente, de acuerdo con el argumento de la minimización del error. Además, el equipo médico no habría respetado el valor esperado de la decisión tomada. Este valor, o voluntad, sería la de preservar la decisión de la paciente. Por último, no podría hablarse de generalización en lo que respecta al arrepentimiento de las pacientes que se someten a esta intervención puesto que la probabilidad de 0,2 es insuficiente y en todo caso, se

trataría de una generalización no espuria y no universal. Todo esto nos lleva a concluir que el razonamiento estadístico planteado por el equipo médico sería inadecuado.

Se ha cuestionado la viabilidad estadística, pero también es interesante comprobar si es relevante esa supuesta tasa del 20% de arrepentimiento en el caso concreto. Es decir, consideramos que no es viable el argumento estadístico aportado, pero si lo fuese, ¿tendría sentido tener en cuenta una tasa de arrepentimiento frente a una cirugía de ligadura de trompas? Para poder responder, es importante conocer en qué consiste la intervención solicitada por la paciente Susana.

En la revista médica, Reproducción Asistida ORG, se define la ligadura de trompas como “una intervención quirúrgica en las trompas de Falopio de la mujer con el objetivo de evitar el embarazo” (Ziarrusta, G. B., Paraíso, B. y Salvador, Z. [2020]). En esta misma revista, la ginecóloga Blanco Paraíso escribe un artículo sobre la posibilidad de tener un embarazo exitoso tras haber sometido a la paciente a una intervención de este tipo. Por un lado, existe la opción de la fecundación in vitro, que es la más utilizada, la que comporta un menor riesgo y la que tiene más probabilidades de éxito. Como apunta la Doctora Paraíso, “en la fecundación in vitro, al producirse la unión de óvulo y espermatozoide en el laboratorio, la trompa de Falopio no es en absoluto necesaria, y el hecho de que esté presente o no, no afecta a la tasa de éxito de la técnica”. Y, por otro lado, también existe la posibilidad de reparar las trompas de Falopio con una intervención denominada reanastomosis tubárica. Esta no sería la opción recomendada por los expertos puesto que se trata de una intervención compleja y con tasas de éxito muy variables.

Sí que es cierto que la sanidad pública no ofrece la posibilidad de solicitar una fecundación in vitro a una mujer que se haya sometido a una ligadura de trompas previamente. Como tampoco ofrece la posibilidad de revertir la intervención, tal como se expone en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, “realización de ligaduras de trompas y de vasectomías, de acuerdo con los protocolos de los servicios de salud, excluida la reversión de ambas” (5.3.7.3, Apartado 5, Anexo III). Pero en la sanidad privada sí que es una intervención que se realiza. Por lo que tampoco tendría sentido desde el punto de vista de la medicina la supuesta tasa de arrepentimiento.

En el artículo de Eldiario.es., de Ana Requena Aguilar, también se remarca, por parte del presidente de la SEC y de la secretaria de la SEGO, la posibilidad de éxito de embarazo tras una intervención de ligadura de trompas gracias a la fecundación in vitro. Además, cabe recordar que la propia paciente, a pesar de mantenerse firme en su voluntad de no ser madre, es conocedora de que, si quisiera serlo, podría optar por la fecundación in vitro de la vía privada o la alternativa de la adopción. Por lo que en el caso de que llegue a estar arrepentida y pertenezca a esa supuesta tasa de arrepentimiento de 20%, sigue teniendo opciones para ejercer la maternidad. Esto

responde a la pregunta planteada de si, en caso de poderse aplicar el argumento estadístico a Susana, sería relevante dicha tasa. La respuesta es que, aunque se pueda aplicar la tasa de arrepentimiento a Susana como argumento, no es relevante ya que no se impide a la paciente acceder a su posible deseo de ser madre en un futuro ya que dispone de alternativas y es conocedora de ellas.

Teniendo este marco conceptual presente, podemos concluir que el centro médico no podría fundar su decisión en un razonamiento probabilístico por varias razones:

- 1) La supuesta tasa de arrepentimiento del 20% no tiene una procedencia verificable, se desconoce su veracidad y, por lo tanto, no cumple con el criterio estadístico de fiabilidad. Además, dicho razonamiento estadístico es inadecuado.
- 2) Una vez descartada la utilización de esta tasa, se ha planteado igualmente si pudiera darse la hipótesis de arrepentimiento en Susana para establecer si sería razonable hablar de este posible futuro factor. La intervención quirúrgica no imposibilita la opción de ejercer la maternidad a la paciente por otros medios si así lo desea en un futuro. Por lo que, en caso de verdadero arrepentimiento en su caso concreto individual, ella podría igualmente ejercer su derecho a ser madre. Este no quedaría imposibilitado por la ligadura de trompas de forma definitiva e irremediable.
- 3) Así pues, al descartar el argumento estadístico podríamos decir que el equipo médico en vez de argumentar con la supuesta tasa debería de haberlo hecho con argumentos distintos como, por ejemplo, con incompatibilidades físicas de la paciente con la intervención, de haber existido estas.

Se puede concluir entonces este apartado afirmando que no tiene validez jurídica aplicar dicho argumento estadístico para resolver el caso concreto de Susana por las explicaciones aportadas.

5. ¿RESULTA APLICABLE EL PATERNALISMO MÉDICO EN EL CASO CONCRETO?

La objeción de conciencia y la argumentación estadística han estado descartadas como razonamientos para justificar la negativa del hospital público Infanta Leonor de Madrid. Pero ¿podría fundamentarse en derecho la decisión médica en base al paternalismo?

Conviene empezar este planteamiento con un marco teórico de qué entendemos los juristas por “paternalismo”. De acuerdo con la definición de Macario Alemany (2015: 273), se podría hacer la siguiente definición plausible de “paternalismo”:

El agente A ejerce paternalismo sobre B si y sólo si:

- 1) A ejerce poder sobre B,
- 2) con la finalidad de evitar que B lleve a cabo acciones u omisiones que le dañan a sí mismo y/o le suponen un incremento del riesgo de daño.

A partir de este concepto, podemos decir que el agente A sería el centro médico del caso y B sería Susana. Cabe averiguar, por un lado, si el centro ostenta “poder” sobre la paciente y, por otro lado, si la actuación del hospital se habría tomado con tal de evitar un “daño” a la solicitante de la intervención o para proporcionarle un “beneficio”, que en este caso sería preservar su opción de ser madre¹².

Por lo que respecta a la definición de “ejercicio poder”, de acuerdo con Alemany (2005: 268 y ss.), se entiende como:

Aquél orientado intencionalmente a obtener un comportamiento de otro; que es posible ejercer el poder por medio de la influencia, y que el ejercicio de poder conlleva responsabilidad por parte de quien lo ejerce, aun cuando dicho poder se ejerza mediante la influencia (Vázquez, C. [2015]).

En el artículo “Paternalismo médico” (Villafranca, R. C., Guilhem, D., & Pérez, K. B. [2013]), se describe la relación médico-paciente como una relación basada en el paternalismo hasta bien entrado el siglo XX. Se entendía el arte de curar como “una elevación del principio de beneficencia a nivel de deber moral perfecto”, lo que ofrecía libertad al médico para actuar de acuerdo con su criterio profesional sin tener en cuenta las opiniones ni deseos del paciente ni de su círculo cercano. La única obligación o principio del facultativo se basaba en perseguir el mejor interés del paciente, desde la óptica única de su criterio. En este mismo artículo se define la relación médico-paciente como una relación en sí asimétrica, dado el estado de vulnerabilidad en el que se encuentran, normalmente, los pacientes. Pero se hace hincapié en el hecho de cambiar el término de la relación médico-paciente a relación equipo de salud-usuario. Este cambio se debe al deseo de englobar a todos los profesionales de la atención de la salud ya que todos ellos tienen

¹² Hablo de opción y no de derecho a ser madre (como si fuese algo evidente que desea toda mujer) ya que, en todo caso, pertenece a la libertad de cada una decidir sobre su maternidad. El artículo 3.2 de la Ley 2/2010 reconoce el “derecho a la maternidad libremente decidida”, y el apartado c) del artículo 2 de la misma ley define la salud reproductiva como “la condición de bienestar físico, psicológico y sociocultural en los aspectos relativos a la capacidad reproductiva de la persona, que implica que se pueda tener una vida sexual segura, la libertad de tener hijos y de decidir cuándo tenerlos”. Ambas disposiciones son analizadas en el apartado 6 de este trabajo, dado el interés o lo beneficioso que sería que ambas disposiciones incluyesen en su redactado las palabras “elección libre de no ser madre”.

la misma responsabilidad frente al paciente¹³. Así mismo hacen diferenciación entre dos tipos de paternalismo, por un lado, existe el autoritario, que sería el paternalismo duro y, por otro lado, el justificado, que sería el paternalismo suave. Este último es aceptado por varios autores como parte positiva de una ética de cuidados.

La noción de paternalismo es neutral lo que nos permite preguntarnos si una acción paternalista está justificada o injustificada (Vázquez, C. [2015]). Esta justificación puede producirse en dos momentos distintos, o bien *a priori* o *a posteriori*. Estaría justificada una acción paternalista por parte de A a un sujeto B si este presenta, *a priori*, algún signo de incapacidad, déficit, debilidad o incompetencia relevante que le impida tomar una decisión con las máximas garantías. Mientras que la justificación *a posteriori* se daría una vez evaluados los resultados o consecuencias de llevar a cabo esa decisión. En el caso concreto, la paciente Susana no presenta ninguna sintomatología que le impida tomar una decisión sobre su cuerpo. Además, es importante recordar que su decisión no hace peligrar su integridad física ni su vida, se basa en una decisión que afecta únicamente a su derecho a elegir libremente sobre su maternidad (o no maternidad). Por otro lado, la actuación paternalista tampoco estaría justificada en un momento *a posteriori* dado que los argumentos que presenta el centro sanitario para justificar su negativa no tienen relación con posibles riesgos en la operación o circunstancias físicas de la paciente que pongan en peligro su salud durante la intervención, sino que fundamentan su decisión en la edad de la paciente y en el dato de que no ha gestado previamente.

De forma relacionada con la justificación del paternalismo *a priori*, Garzón Valdés señala el concepto de competencia básica. ¿Tiene Susana competencia básica para decidir? Se podría presumir que alguien carece de competencia básica cuando:

- “ignora elementos relevantes de la situación en la que tiene que actuar.
- su fuerza de voluntad es tan reducida o está tan afectada que no puede llevar a cabo sus propias decisiones.
- sus facultades mentales están temporal o permanentemente reducidas.
- actúan bajo compulsión.
- alguien que acepta la importancia de un determinado bien y no desea ponerlo en peligro, se niega a utilizar los medios necesarios para salvaguardarlos, pudiendo disponer fácilmente de ellos” (Garzón Valdés, E. [1988: 166]).

¹³ En el caso que nos ocupa, la decisión de negar el derecho a someterse a una ligadura de trompas a la paciente es tomada por un equipo médico, no por la ginecóloga que la atendió en un primer momento que, a pesar de su sorpresa por las características de la paciente, no consideró que hubiese algún impedimento para someterse a dicha intervención.

Con la información que disponemos, no podríamos clasificar la situación de Susana dentro de ninguna de estas situaciones, dado que no hay ningún dato que pueda confirmar que se da una de estas situaciones como para considerar que la paciente carecía de competencia básica. La única información ofrecida por el centro para defender su negativa son los argumentos de la edad y el no haber gestado previamente, y ninguno de ellos puede considerarse factor determinante para afirmar que Susana no tuviese capacidad básica para decidir de acuerdo con el listado que acabamos de ver.

Según Garzón Valdés, E. (1988: 157 y ss) se puede decir que básicamente hay tres argumentos en contra del paternalismo jurídico:

1) El argumento utilitarista formulado por John Stuart Mill en “*On Liberty*” (1859):

De acuerdo con Mill, el hombre o mujer común ostenta el mismo, o más, conocimiento del que pueda poseer cualquier otro. Siguiendo este pensamiento, dispone que es preferible cometer un error por elección propia que decidir en base a lo que los demás consideren que es la mejor alternativa. Teniendo en cuenta que el individuo común alberga conocimiento suficiente para decidir y que además es más ventajoso permitirle decidir por propia libertad que intervenir en su toma de decisión, Mill añade que en este escenario la humanidad acaba beneficiándose.

Este argumento no es universalmente válido dado que hay circunstancias en las que no sabemos cuáles son nuestros reales intereses. Garzón enumera dos circunstancias, reconocidas por el propio Mill, en las cuales sí tendría sentido el paternalismo jurídico. Una de ellas es la situación de alguien que considera que le puede convenir firmar un contrato de esclavitud y la otra se da en algunos países, los ciudadanos de los cuales no han llegado a un desarrollo comparable con la civilización europea.

2) El argumento del respeto de la autonomía de la persona: Garzón hace una triple distinción de autonomía de acuerdo con la propuesta de Douglas N. Husak (1981):

- a. Autonomía como oportunidad del agente para ejercer su capacidad de elección
- b. Autonomía como capacidad de elección
- c. Autonomía como conformidad con la ley moral

3) El argumento de la violación del principio de igualdad:

Toda medida paternalista, se dice, presupone por definición una relación de supra y subordinación, que viola uno de los principios básicos de una sociedad democrática: el principio de igualdad (Garzón Valdés, E. (1988: 161).

Prestando atención al caso analizado en el presente trabajo, parecería poder justificarse, por medio del utilitarismo de Mill, que Susana tiene los medios de conocimiento

suficientes para poder decidir por ella misma si quiere someterse, o no, a una ligadura de trompas. Perteneciendo esa decisión única y exclusivamente a su persona.

Por lo que respecta a su autonomía, el texto “Romper con el paternalismo, el empoderamiento de las personas” (Martínez Lobo, M., & Alonso Galilea, M. (2021)) define varios conceptos psicológicos incluidos en la Escala Para Medir Agencia Personal y Empoderamiento (ESAGE), entre los que destaca el de autonomía:

Ser agente y al mismo tiempo actuar con voluntad propia, sin un sentido de coerción (Kagitcibasi [2005: 404]).

Así mismo el artículo 12 del Código de Deontología médica dispone el respeto del facultativo médico al derecho del paciente a decidir libremente.

En último lugar, respecto al principio de igualdad. De acuerdo con el texto “Paternalismo médico”, podemos decir que la relación médico-paciente se trata de una relación de asimetría donde el sanitario tiene una posición superior respecto del paciente. Hay, tal como Garzón Valdés indica, una supra (hospital público Infanta Leonor de Madrid) y subordinación (Susana), en tanto que el paternalismo infringe el principio de igualdad.

Retomando la definición inicial de paternalismo de Alemany (2015: 273), este añade una doble restricción por lo que respecta al segundo apartado de su concepto:

- 1) El paternalismo consistirá en “evitar daños” y no en “beneficiar”:
 - Define el término “evitar daños” como aquella acción destinada a evitar llevar al individuo bajo el umbral mínimo de bienestar a partir del cual todos sus demás intereses se declinan irremediabilmente¹⁴. Esto se da cuando hay una afectación negativa a un interés del bienestar o una insatisfacción de una necesidad básica.
 - ¿Es una necesidad básica ser madre? Aquí entramos en un tema de debate de prejuicios de género que se trata con más profundidad en el apartado 6 de este mismo trabajo, pero cabe resaltar que, tal como apunta Elena Longares, el hecho de no ser madre, no es una renuncia, sino una decisión. Por lo que no puede entenderse como una necesidad básica.
- 2) El paternalismo consistirá en evitar daños de tipo físico, psíquico, económico o de otro tipo, en particular, daños morales:

¹⁴ Alemany retira el término “beneficiar” de su definición de paternalismo, ya que esto derivaría a un “perfeccionismo”. Aquí hay una doble dimensión, la de maximizar beneficios y la moralista, lo que se diferencia del paternalismo, ya que la función de este es la de minimizar daños.

- Este punto nos lleva a plantearnos si el razonamiento que le da el hospital de ese supuesto arrepentimiento que podría sufrir la paciente, estaría detrás de evitar un daño moral, lo que no sería un paternalismo justificado.

Una vez analizados los dos puntos básicos de la definición de paternalismo dada por Alemany (2015: 273), podemos también respaldarnos en la legislación española vigente para disponer lo siguiente sobre el Caso de Susana:

- 1) Sí hay una relación de poder entre el equipo de salud y la paciente, ya que se trata de una relación de asimetría y de supra y subordinación. Pero a pesar de esta posición de poder del equipo médico respecto a Susana, debemos tener en cuenta ciertos aspectos:
 - No hay una situación de vulnerabilidad por parte de la paciente al acudir al centro sanitario, sino que su visita se trata de una consulta respecto su derecho de libre elección de método anticonceptivo (derechos y límites de este recogidos en el artículo 3 de la Ley Orgánica 2/2010). Además, Susana no presenta una sintomatología que le impida tomar este tipo de decisiones (incapacidad, déficit, debilidad o incompetencia relevante).
 - La actuación del centro queda sometida a las disposiciones del Capítulo IV (“El respeto de la autonomía del paciente”) de la Ley 41/2002. Por otro lado, la existencia de los principios recogidos en las disposiciones 2.3 y 2.6 de la misma ley, facultan al paciente a poder elegir libremente, una vez haya recibido una información adecuada sobre las opciones clínicas disponibles (Susana sí es informada por el centro de las consecuencias y de las alternativas existentes) y obligan al profesional sanitario a la correcta prestación de su técnica, al cumplimiento del deber de información y prestación de documentación clínica y al “respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente”.
 - La Ley Orgánica 2/2010 define en su artículo 2 el término de salud sexual como “el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, discriminación y violencia”. Podríamos entender que el término “libre de coerción” incluye al personal médico, por lo que la actuación del facultativo debería de limitarse a informar a la paciente para que pueda otorgar un consentimiento informado, pero esa información debería de estar libre de sugerencias o ideologías personales del personal sanitario.
 - El artículo 3 de la Ley 41/2002 presenta un listado de definiciones, entre las cuales, cabe destacar las siguientes:
 - Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de

recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

- En el texto jurídico “El consentimiento informado. Una visión desde el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos” (Hidalgo, D. [2018: 575]), se describe el término como un proceso y no únicamente como requisito documental. Se requiere conseguir, por parte del facultativo, una comprensión por parte del paciente que le permita tomar una decisión libremente informada. Apunta que incluso parte de la doctrina ha considerado incorporar esta forma de concepto informado como *lex artis ad hoc* del facultativo como criterio modulador de la responsabilidad médica genérica (Lizárraga [1999]).
 - Libre elección: la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso.
- 2) No existe daño alguno que deba ser evitado.
- La voluntad de la paciente es la de someterse a una ligadura de trompas, servicio que sí está recogido por el Sistema Nacional de Salud (artículo 4 de la Ley Orgánica 2/2010, relacionado con la obligación del centro a cumplir con la disposición 7b) de la misma norma). No nos encontramos frente una decisión clínica con consecuencias graves sobre la salud de la paciente.
 - Con lo que respecta al daño, volvemos a la pregunta anterior, ¿es una necesidad básica ser madre? (debatida en el apartado sexto de este trabajo).
 - El artículo 3 de la Ley 41/2002 define la “intervención en el ámbito de la salud” como toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. Podríamos preguntarnos si entraría dentro de esta definición la actuación del facultativo bajo un paternalismo justificado. Esta sería una cuestión que debería de estudiarse sobre el término “fines preventivos” bajo el punto de análisis de cada caso concreto, para poder calificar una actuación de paternalismo justificado o injustificado. Por lo que concierne al caso analizado en este trabajo, la supuesta prevención que presume realizar el centro con su negativa sería la de preservar la posibilidad de ejercer en un futuro el derecho de ser madre por la paciente. Considerando que la posibilidad de ser madre no quedaría anulada gracias a la ciencia (fecundación in vitro), como se explica en el apartado 5, o a la alternativa de la adopción, la actuación del centro de negar un derecho a la paciente no podría recogerse bajo el concepto de fines

preventivos, dado que no existe daño a evitar. De acuerdo con Alemany (2015: 273) el paternalismo no busca maximizar beneficios:

- La intervención no supone un riesgo para la salud de la paciente (el centro no alega contradicciones clínicas o peligro para Susana, únicamente hacen referencia a su edad y a la no gestación previa).
- La paciente conoce las alternativas y en qué consiste la intervención. Susana afirma que su deseo es no ser madre, pero que, en caso de darse el hipotético caso de querer serlo, es conocedora de las opciones que dispondría para ejercer su maternidad.

Como apuntaba la Dra. Vázquez en su manual “De la prueba científica a la prueba pericial” (2015), el paternalismo es un término neutral, por lo que puede ser calificado de justificado o injustificado. Una vez analizadas las situaciones del caso, junto con la definición inicial que dábamos del paternalismo de Alemany, podemos concluir que la actuación del centro se basa en un paternalismo injustificado. Concluimos que la negativa del hospital tampoco quedaría justificada por el paternalismo.

6. LOS PREJUCIOS DE GÉNERO SOBRE LA MATERNIDAD

Hasta ahora, la decisión médica ha sido analizada desde el punto de vista de la filosofía del derecho para poder justificar la resolución del equipo médico en base a la objeción de conciencia, el argumento estadístico o el paternalismo y hemos visto que ninguno de estos sirve como base de defensa de la negativa del hospital público Infanta Leonor de Madrid. Es cierto que la negativa no se puede fundamentar, principalmente, por la falta de contenido en su razonamiento, dado que los únicos motivos aportados han estado la edad y la no gestación previa de la paciente. Pero en este apartado queremos establecer un tercer criterio que se habría, posiblemente, tenido en cuenta para la toma de esta decisión. Se trataría de un tercer motivo que, junto con la edad y la no maternidad previa de Susana, habría servido como elemento decisivo de la resolución médica.

Este tercer motivo, es la cuestión de género. Susana es mujer, y este hecho lo consideramos un factor que el equipo médico habría utilizado para llegar a su decisión final. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en el punto 5.3.7.3. del apartado quinto de su Anexo III, recoge tanto la realización de ligaduras de trompas, como las vasectomías en el mismo epígrafe. Ambas son intervenciones que suponen un método de anticoncepción irreversible. Tienen la misma finalidad, evitar un embarazo. Además, sus efectos

son parecidos. A pesar de ser dos operaciones semejantes que se realizan tanto para hombres, como para mujeres, parece ser que hay un trasfondo de prejuicios de género detrás de estos métodos anticonceptivos.

La propia Agrupación Ginecológica Española, en su artículo médico “Anticonceptivos permanentes: Ligadura de Trompas y Vasectomía” de 14 de noviembre de 2014, hace una distinción, que merece una apreciación, por lo que respecta al tipo de mujeres y hombres que optan por estas cirugías, respectivamente:

- Ligadura de trompa (mujeres): “método muy recurrido por mujeres que ya no desean tener más hijos o tienen embarazos de alto riesgo”.
- Vasectomía (hombres): “Los hombres que recurren a este procedimiento lo hacen por varias razones: Tienen una vida sexual activa, no desean tener más hijos, o su pareja tiene un alto riesgo reproductivo”.

Esta clasificación de perfiles de mujeres y hombres que recurren a este tipo de intervención tiene un carácter sexista. A las mujeres se las relaciona únicamente con el deseo de no querer tener más hijos (se deduce que ya han cumplido previamente su “deseo/deber” de ejercer la maternidad) o con un riesgo de embarazo. Mientras que a los hombres sí se les reconoce, como motivo para someterse a una vasectomía, el deseo de poder disfrutar de una vida sexual activa (es conveniente recordar que ningún tipo de estas intervenciones previene del contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual). Aquí se entraría en el “antiguo” estigma de que las mujeres mantienen relaciones sexuales únicamente con la finalidad de ser madres y no para conseguir placer a través del acto. Hoy en día todavía hay culturas donde este fenómeno sigue estando presente. La Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG), promovió y financió en 2019 un estudio titulado “La Mutilación Genital Femenina en España” para conocer la situación actual en nuestro país.

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una forma de violencia contra las mujeres que viola los derechos de mujeres y niñas, afectando a su integridad física y psicológica, así como a su salud sexual y reproductiva, perpetuando las desigualdades de género (DGVG [2020]).

En el Apartado 4.2., “Estimación de niñas en riesgo”, del Capítulo IV de este estudio, “Contexto de la MGF en España”, encontramos la “Tabla 7. Estimación del número de niñas en riesgo de sufrir MGF por provincia (2018)” (la fuente para elaborar esta tabla es “la Fundación Wassu-UAB [2019]; a partir de datos del INE [2018]”). Si nos fijamos en los datos, podemos ver como la primera provincia con más riesgo es Barcelona. En 2018 había 746 niñas (de entre 0 a 14 años) en riesgo de sufrir MGF. En Girona, el mismo año, había 504 niñas en peligro, siendo la segunda ciudad con más riesgo de toda España. En tercer lugar, encontramos Madrid con 335 niñas. Y, en

cuarto lugar, Lleida con 249 niñas en riesgo de sufrir MGF. La provincia con menos riesgo es Melilla, donde 0,005 niña estaba en peligro de sufrir MGF en 2018. En toda España, en 2018 había 3.652,13 niñas en peligro de sufrir MGF.

Estos datos son realmente alarmantes, son de nuestro país y, además, son recientes. Esta situación se produce por el no entendimiento del placer en las mujeres al mantener relaciones sexuales. Se relaciona el acto sexual con la maternidad y se vincula la gestación con la mujer. Mientras que la actividad sexual por placer se relaciona con el hombre. La MGF es un problema social que afecta a todos y quizás en este trabajo podría parecer que se encuentra muy alejado del caso de Susana, que es lo que se pretende discutir en este Trabajo de Final de Grado, pero es que la decisión médica del centro se basa en cuestionar la maternidad y actividad sexual de la afectada.

Si en vez de Susana, hubiese visitado el hospital público Infanta Leonor de Madrid un hombre, llamémosle Lucas, de 30 años y sin hijos, ¿hubiese el equipo médico decidido de forma distinta? Probablemente, sí. Retomando el contexto machista del artículo de la Agrupación Ginecológica Española, podríamos vincularlo con la sobrevaloración de la maternidad en las mujeres. Al inicio de este trabajo, se menciona una cita de Elena Longares (coordinadora del observatorio de derechos de la Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos de Catalunya) que aparece en el artículo periodístico que inició la idea de este trabajo:

Hay prejuicios de género, uno es que todas las mujeres por el hecho de serlo tenemos que tener ganas de tener y de gestar una criatura. El hecho de decidir no hacerlo no se lee desde una decisión sino desde una renuncia (Elena Longares [2022]).

La propia legislación tratada a lo largo de este trabajo y que defiende el derecho de Susana a decidir libremente sobre el método anticonceptivo que prefiera, utiliza términos para defender el derecho a ser madre, pero no menciona la libertad de decidir no serlo. El artículo 3.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, reconoce “el derecho a la maternidad libremente decidida”. Si queremos prosperar como sociedad y seguir avanzando en la lucha feminista, sería conveniente que los textos normativos de nuestro estado incluyesen en su redactado la posibilidad de “elegir no ser madre”. Así sí se entendería como una elección y no como una renuncia. Se normalizaría la elección de querer no ser madre y no se cuestionaría ese deseo, como ocurre en el caso de Susana. En el apartado del paternalismo se ha introducido si ser madre podía, o no, considerarse una necesidad básica y si, por lo tanto, era esencial preservar ese derecho de la paciente en un futuro. Si nos situamos en un discurso feminista y próspero podemos decir que ser madre no es una necesidad básica, sino una elección y, por lo tanto, no habría renuncia, ni tampoco tendría sentido hablar de un posible arrepentimiento. Además, existen alternativas para ejercer la maternidad una vez la

persona se ha intervenido de una ligadura de trompas. Igual que Lucas tendría alternativas para ejercer su futura paternidad si se sometiese a una vasectomía.

La Ley Orgánica 2/2010 define en su artículo 2 el término de “salud sexual” como “el estado de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, que requiere un entorno libre de coerción, *discriminación* y violencia”. También el artículo 3.3 de la misma norma, recoge la no discriminación como principio:

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

El artículo 34.1 del Código de Deontología Médica establece que la objeción de conciencia no puede basarse en un rechazo a personas que demandan una acción (a la cual el sanitario se niega por ser objetor) por características individuales de estas, entre las que destacamos edad, sexo y circunstancia personal (no haber gestado previamente). Si ese equipo médico está dispuesto a hacer una vasectomía, pero no una ligadura de trompas (pueden tratarse de iguales dado que tienen la misma finalidad y consecuencia) y decide, con base en las características de la paciente (mujer, joven y sin hijos) no intervenir y declararse objetores, están decidiendo con base en la característica individual del paciente, y de acuerdo con el Código de Deontología Médica, sería una decisión basada en la discriminación y no podría justificarse la objeción de conciencia. Es cierto que el centro negó la objeción, y también ha sido descartada en este trabajo, como argumento para justificar la decisión médica, pero sería interesante poder seguir profundizando sobre el tema para saber si ese mismo equipo médico realiza vasectomías a pacientes como Lucas y conocer la estadística del centro. Esta sería una buena forma de valorar si el centro acostumbra a intervenir a hombres (Lucas, 30 años) y, en cambio, se muestra reticente con las mujeres (Susana, 30 años) y así determinar si hay una conducta discriminatoria.

Por otro lado, es interesante plantearse si Susana, a ojos del hospital público y por parte de la sociedad machista, hubiese sido “mejor mujer” si hubiese tenido deseo de ser madre, pero por riesgo en embarazos le hubiesen aconsejado hacerse una ligadura de trompas. No tiene sentido vincular ser mujer con una necesaria voluntad de ejercer la maternidad, ni tampoco cabe lugar decidir cuándo una mujer puede, o no, ser “buena madre” y, por lo tanto, decidir sobre una intervención de este tipo. A través del paternalismo no parecería acertado justificar decisiones médicas acerca de la maternidad de alguien y menos de una mujer que no padece ninguna sintomatología que demostrase que tiene capacidad insuficiente para decidir, como ya se ha visto en el análisis extenso del apartado anterior. El paternalismo puede mermar el empoderamiento de las personas, en este caso, de las mujeres, a decidir sobre su propio cuerpo y maternidad.

Hay cierto paralelismo entre el caso de Susana y el caso de muchas mujeres en España que fueron sometidas a esterilizaciones forzosas por tener discapacidad. Es cierto que la discriminación de estos casos viene dada por el hecho de ser discapacitado o discapacitada y no tanto por el hecho de ser mujer, dado que estas esterilizaciones se han practicado tanto en mujeres como en hombres. A pesar de tratarse de una discriminación por capacidad, se incluye en este apartado ya que lo que estamos valorando es la condición de ser madre. ¿A caso tener discapacidad favorece ser paciente para someterse a una ligadura de trompas? ¿A caso no tener una discapacidad te convierte en mejor madre y, por lo tanto, hay que velar por preservar con mayor intensidad el derecho de ser madre de una mujer? En estos casos de esterilizaciones forzadas no se tenía en cuenta la voluntad de la paciente y se decide por ella, como en el caso de Susana, pero con un resultado a la inversa, ya que a las mujeres discapacitadas se las considera “malas madres”, mientras que a Susana se la considera prototipo de “buena madre” y, por lo tanto, no tiene sentido para los facultativos del hospital público Infanta Leonor de Madrid que “renuncie” a su derecho de ser madre. A partir de la Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente, se ha prohibido esta práctica.

El “Manual sobre los efectos de los estereotipos en la impartición de justicia” (Arena F.J. [2022]) recoge la definición de estereotipo proporcionada por el Diccionario de la Real Academia Española:

Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

Arena F.J., sostiene que los estereotipos son omnipresentes y afectan, entre otros factores, a la cuestión de género. La sociología estudia los estereotipos desde tres enfoques teóricos. El primer de ellos es el enfoque económico de Phelps. Este se basa en una discriminación estadística, es decir, a la suma de rasgos que recaen sobre un individuo por el simple hecho de atribuir ciertas creencias a los grupos de los cuales forma parte este individuo¹⁵. Este enfoque supone un riesgo ya que puede suponer la aceptación de situaciones discriminatorias por el simple hecho de comprender el origen de la discriminación. Por su parte, el enfoque sociológico presta atención a los prejuicios subyacentes de los estereotipos¹⁶, mientras que el enfoque de la cognición social explica los estereotipos como la simplificación de una idea, creencia o teoría cognitiva.

¹⁵ A Susana, en base al enfoque económico de los estereotipos, se le sumarían las creencias que existen al hecho de ser mujer (sexo) y de ser joven (edad). Pero si fuese una mujer negra, también se le sumaría el factor de los grupos raciales.

¹⁶ En relación con el caso que nos ocupa, en este punto del análisis, es relevante destacar uno de los comentarios que recibió Susana en la llamada de teléfono en la que se le comunica la negativa del equipo médico: “luego iba a ir pidiendo inseminación artificial”. Este comentario está repleto de estereotipos, además de emplear unas palabras poco acertadas y de tener un tono grosero, ofensivo e inadecuado. Por un

Cabe realzar en este apartado el contenido de cuestión de género que se refleja en el pie de página número 7 de este trabajo. La objeción de conciencia a nivel institucional, a pesar de estar prohibida en términos jurídicos, puede suceder en la práctica. Y muchas veces, esta objeción por parte de centros sanitarios afecta directamente al colectivo femenino¹⁷. Tal como indica la Asociación de Derechos Sexuales y Reproductivos de Catalunya en su documento de “Acto de cierre de la 25ª edición del Curso de Atención a la Sexualidad en la Adolescencia”, los hospitales de Sant de Pau y Sant Joan de Déu no practican interrupciones voluntarias de embarazo a causa de ser entidades religiosas. Es cierto que el derecho a objetar debe protegerse, pero también el de la mujer a ejercer su libre derecho al aborto. Esto hace que en la práctica haya un objetor institucional que va en contra del contenido del artículo 19.2 de la Ley 2/2010 y menoscaba el derecho de las mujeres. Puede que, en casos similares a estos, no parezca tan mala idea la solución planteada por el Tribunal Administrativo Regional (TAR) de la Región de Puglia, que deja abierta la posibilidad de ofrecer el 50% de las vacantes de personal sanitario a personas no objetoras y que se comprometan a no declararse así en un futuro, y el otro 50% a personal sí declarado objetor o que no presente dicho compromiso.

Sería oportuno concluir este trabajo afirmando la existencia de un tercer factor que fue decisivo para el equipo médico para tomar la decisión de negar a Susana su derecho a intervenir para ligar sus trompas de Falopio. Esta tercera condición sería la de que la paciente es mujer, y eso conlleva un vínculo, de acuerdo con la opinión que parecería tener el hospital público de Infanta Leonor de Madrid, con la necesidad de ser madre. Si tratamos las vasectomías y las ligaduras de trompas en conjunto, y hablamos de métodos anticonceptivos permanentes, el hecho de negar a Susana este método podría estar relacionado con el hecho de ser mujer, lo que supone una discriminación en el ejercicio de su derecho de elección libre de método anticonceptivo preferible.

lado, prácticamente se afirma que va a existir un arrepentimiento por parte de la paciente, dejando entrever, por el trasfondo del comentario, el estereotipo de que las decisiones de las mujeres que eligen someterse a una ligadura de trompas son decisiones no premeditadas, poco firmes, cambiantes e incluso tomadas por moda y que, por lo tanto, no son decisiones que deban tomarse en cuenta. Con este tipo de estereotipos se desvaloriza la opinión, la voluntad y el criterio de la mujer. Por otro lado, se reafirma el estereotipo de la voluntad generalizada de toda mujer a ser madre. Se generaliza un comportamiento que no se sabe si va a ocurrir en el caso individual, lo que nos lleva a recordar al argumento de la generalización de Ferrer (2007: 106) para considerar inadecuado un razonamiento estadístico basado en una generalización no empírica.

¹⁷ Emilia de Sousa (abogada especializada en atención al paciente y violencia obstétrica) es una de las expertas cuya opinión también ha sido analizada. Ella también apunta a una cuestión de género cuando dispone que “estas negativas se encuadran más bien en el trato paternalista, inquisidor, discriminatorio y violento que se dispensa en los servicios de ginecología y obstetricia. Un trato que vulnera los derechos de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos con el beneplácito de las instituciones, especialmente instituciones públicas que es donde encontramos las mayores trabas, como pasa con la interrupción voluntaria del embarazo”.

7. CONCLUSIÓN

Durante este trabajo se ha intentado fundamentar en derecho la decisión del equipo médico que negó a la paciente Susana su derecho a someterse a una ligadura de trompas de Falopio como método anticonceptivo elegido libremente por su capacidad básica. Este derecho está protegido por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Ambos textos jurídicos, además, disponen normas imperativas para determinar la actuación de los centros de salud y su personal médico. Estas normas determinan las conductas, principios básicos de actuación y límites de los facultativos.

A través de la filosofía del derecho, primero se ha analizado si la negativa pudiera estar justificada de acuerdo con la objeción de conciencia. Los facultativos del hospital público Infanta Leonor de Madrid negaron este posible razonamiento a fin de evitar problemas legales dado que el Código de Deontología Médica únicamente previene la objeción de conciencia para el aborto (artículo 55). Mientras que el artículo 57 relativo a la esterilización permanente únicamente hace mención del deber de informar y aconsejar, lealmente, el médico al paciente. Dejando de lado la declaración en la que se desmiente expresamente la objeción de conciencia, esta cuestión ha sido analizada igualmente puesto que los únicos dos argumentos ofrecidos por el equipo médico (edad y no gestación previa) podrían apuntar que lo que realmente se ha tenido en cuenta para negar el derecho a la paciente ha estado la cuestión de la maternidad. Este fenómeno natural es tratado como motivo de objeción de conciencia en la práctica en casos de aborto, de venta de fármacos anticonceptivos al público y de técnicas de reproducción asistida, por ejemplo. Así pues, dentro de este marco en el que situamos la maternidad como punto decisivo de la negativa del equipo médico, se ha analizado si pudiera justificarse en base a la objeción de conciencia dicha resolución.

Por un lado, la Constitución Española de 1978 protege la objeción de conciencia en su artículo 30.2. A partir de la STC 160/1987 la doctrina califica a este derecho de derecho constitucional autónomo. Por otro lado, a partir de la definición de Gascón Abellán y de las restricciones impuestas al ejercicio del objeto, se ha llegado a la conclusión de que se trata de un derecho individual (así lo disponen las leyes a pesar de haber encontrado casos en la práctica que indican la existencia de objetores institucionales), que conlleva el no cumplimiento de un deber (protección de intereses de personas identificables) y que con ello se perjudica el derecho de un tercero (derecho de Susana a elegir libremente su método anticonceptivo preferible, en su caso, la ligadura de trompas de Falopio).

En segundo lugar, se ha analizado si la tasa de arrepentimiento del 20% era fiable y si, además, tenía sentido aplicarla al caso concreto. Se ha descartado que el argumento estadístico ofrecido por el centro como prueba de su decisión pudiese aplicarse al caso concreto. Pero también se ha valorado la posible relevancia que tendría hablar de arrepentimiento y, teniendo en cuenta las alternativas de las que dispone y es conocedora Susana, no tendría sentido hablar siquiera de un arrepentimiento, dado que no se priva en un futuro la posibilidad de ejercer la maternidad si así lo desea la paciente.

El paternalismo ha sido la tercera vía de estudio elegida para poder justificar la decisión del equipo médico. Se ha confirmado la existencia de una relación asimétrica entre médico-paciente, pero se ha determinado también que no se trata de una situación donde haya riesgo para la salud de la paciente, que no hay sintomatología para considerar que la afectada no tiene capacidad suficiente para decidir y que debe respetarse la autonomía del paciente. Por otro lado, no ha podido demostrarse que existiera un riesgo de daño que debiera ser evitado por el hospital médico con la decisión tomada. Así pues, al ser el paternalismo un fenómeno neutral, puede decirse que la negativa del equipo médico está fundada en un paternalismo injusto. No pudiendo argumentarse la resolución en paternalismo.

Una vez se han analizado las tres posibles vías escogidas para analizar la decisión médica (objeción de conciencia, argumento estadístico para resolver un caso y paternalismo), puede concluirse que la decisión médica no puede estar justificada en derecho.

En último lugar, se ha abordado los prejuicios de género que se han detectado en el caso, dado que podría considerarse un factor relevante para la toma de decisión médica, el hecho de que la paciente fuese mujer. El estigma social que vincula el ser mujer con la necesidad natural de ser madre hace que, como bien dice Elena Longares, se lea el no querer ser madre, no como una elección sino como una renuncia que deba evitarse. Se tiñe de negro el no querer ser madre y se trata como un peligro o problema que haya que prevenir y no como una elección tomada de forma libre, desde la conciencia personal de una mujer.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8.1. Bibliografía

Ferrer Beltrán, J. (2007). *La valoración racional de la prueba*. Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A.

Gascón Abellán, M. (1990). *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.

Vázquez Rojas, C. (2015). *De la prueba científica a la prueba pericial*. Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A.

8.2. Bibliografía web

Agrupación Ginecológica Española (14 de noviembre de 2014). *Anticonceptivos permanentes: Ligadura de Trompas y Vasectomía*. <https://www.agrupacionginecologica.es/es/actualidad/Anticonceptivos-permanentes-Ligadura-Trompas-y-Vasectomia-29>

Aguilar, A. R. (4 de septiembre de 2022, actualizado el 06/09/2022). *Un hospital público de Madrid niega a una mujer una ligadura de trompas por ser joven y no tener hijos*. Eldiario.es. https://www.eldiario.es/sociedad/hospital-publico-madrid-niega-mujer-ligadura-trompas-joven-no-hijos_1_9278857.html

Alemany García, M. (2005). El concepto y la justificación del paternalismo. *Doxa*, 28, 265. <https://doi.org/10.14198/doxa2005.28.17>

Arena, Federico José, and Arturo Zaldívar Lelo de Larrea. *Manual sobre los efectos de los estereotipos en la impartición de justicia*. Primera edición. México: Suprema Corte de Justicia de la Nación, 2022.

https://www.poderjudicialyucatan.gob.mx/pages/igualdad/manuales/manual_efectosEstereotipos.pdf

Corralo, D. S. (2011, 8 agosto). Posibles complicaciones de la ligadura de trompas. *WebConsultas*. <https://www.webconsultas.com/embarazo/metodos-anticonceptivos/posibles-complicaciones-de-la-ligadura-de-trompas>

Delgado de la Rosa, J. A. (2019). La objeción de conciencia en el ámbito sanitario en España. Una perspectiva iusfilosófica. *Bajo Palabra*, (22), 239. <https://doi.org/10.15366/bp2019.22.012>

EcuRed. (2013, 4 diciembre). Ligadura de trompas. *EcuRed*. https://www.ecured.cu/Ligadura_de_trompas

Garzón Valdés, E. (1988). Sigamos discutiendo sobre el paternalismo. *Doxa*, 5, 215. <https://doi.org/10.14198/doxa1988.5.12>

Gascón Abellán, M. (2018). Defensa de la objeción de conciencia como derecho general = In defense of a general right to conscientious objection. *EUNOMÍA Revista en Cultura de la Legalidad*, 85–101. <https://doi.org/10.20318/eunomia.2018.4342>

Hidalgo, D. (2018). El consentimiento informado. Una visión desde el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista peruana de ginecología y obstetricia*, 63(4), 573–579. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400009

Jesús Mediavilla. (2021, 9 diciembre). *¿Cuántos objetores de conciencia por eutanasia hay en Madrid?* Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/los-objetores-de-conciencia-por-la-eutanasia-ya-son-2-614-en-el-sermas-3359>

La mutilación genital femenina en España - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2020). *Ministerio de Igualdad*. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/estudio_mgf.htm

Manrique, J. I. T. (2011). Reflexiones acerca del advenimiento del nada lejano, como aparentemente inortodoxo y eventualmente infuturible, escenario de un derecho estadístico. *Derecho y Cambio Social*, 8(24), 16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5498887>

Martínez Lobo, M., & Alonso Galilea, M. (2021). Romper con el paternalismo, el empoderamiento de las personas. *Cuadernos de gobierno y administración pública*, 8(1), 41–54. <https://doi.org/10.5209/cgap.76197>

Ojea, I. A. (2011). La integración de normas, principios y estadísticas en la argumentación jurídica. *Anuario de filosofía del derecho*, 27, 13–36. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3649600>

Paraíso, B. (30 de marzo de 2020). *¿Qué posibilidades ofrece la reproducción asistida para ser mamá después de una ligadura de trompas?* Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/faqs/que-posibilidades-ofrece-la-reproduccion-asistida-para-ser-mama-despues-de-una-ligadura-de-trompas/>

Pecorella, C. (2014). La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: tratamiento legal y jurisprudencial en una perspectiva comparada. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, 18(18), 249-267. <http://hdl.handle.net/10486/669319>

Reg. objetores conciencia ayuda a morir | Comunidad de Madrid. (s. f.). <https://tramita.comunidad.madrid/inscripciones-registro/reg-objetores-conciencia>

Triangle (octubre 2021). Acte de cloenda de la 25^a edició del Curs d'Atenció a la Sexualitat en l'Adolescència. *Butlletí de L'Associació de Drets Sexuals i Reproductius*. https://mailchi.mp/814b00d807ab/tri_an_gle-butllet-5562751

Troya, M. S. & Álvarez, P. (2020, 16 octubre). Me ligaron las trompas con 18 años. Mi decisión no fue libre. *El País*. <https://elpais.com/sociedad/2020-10-15/me-ligaron-las-trompas-con-18-anos-mi-decision-no-fue-libre.html?event=go>

Villafranca, R. C., Guilhem, D., & Pérez, K. B. (2013). Paternalismo médico. *Revista médica electrónica*, 35(2), 144–152. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/977/html>

Ziarrusta, G. B., Paraíso, B. y Salvador, Z. (30 de marzo de 2020). *¿Qué es la ligadura de trompas? - Ventajas y consecuencias*. Reproducción Asistida ORG. <https://www.reproduccionasistida.org/ligadura-de-trompas/>

8.3. Legislación

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea*, 303, de 14 de diciembre de 2007. http://data.europa.eu/eli/treaty/char_2007/oj

Constitución Española, Constitución (1978, 29 de diciembre) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (311). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, Ley Orgánica n.º 2/2010 (4 de marzo de 2010) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (55). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514>

Ley Orgánica 2/2020, de 16 de diciembre, de modificación del Código Penal para la erradicación de la esterilización forzada o no consentida de personas con discapacidad

incapacitadas judicialmente, Ley Orgánica n.º 2/2020 (2020, 17 de diciembre) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (328). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2020-16345>

Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, Ley Orgánica n.º 3/2021 (2021, 25 de marzo) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (72). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-4628>

Ley 22/1998, de 6 de julio, reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria, Ley n.º 22/1998 (1998, 7 de julio) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (161). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1998-16132>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley n.º 41/2002 (15 de noviembre de 2002) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (274). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, Real Decreto n.º 1030/2006 (16 de septiembre de 2006) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (222). <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

Decreto 225/2021, de 6 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se crean y regulan el registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir y la comisión de garantía y evaluación. Decreto 225/2021 (08 de octubre de 2021) (España). *Boletín Oficial del Estado*, (239). <https://www.boe.es/boe/dias/2021/10/06/>

Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. (julio 2011) (Madrid). *Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos*. https://www.cgcom.es/sites/main/files/files/2022-03/codigo_deontologia_medica.pdf

8.4. Jurisprudencia

Sentencia del Tribunal Constitucional 160/1987, de 27 de octubre de 1987.

Sentencia del Tribunal Constitucional 321/1994, de 28 de diciembre de 1994.