En la reunión plenaria del Comité de 28 de abril de 2021 se decidió elaborar un Informe sobre la objeción de conciencia en el marco de la nueva Ley Orgánica Reguladora de la Eutanasia (Ley Orgánica 3/2021), en el que se abordarían las principales cuestiones bioéticas y legales de aquélla garantía de la libertad ideológica y religiosa, con especial atención a las previsiones contenidas en el artículo 16 de dicha nueva Ley Orgánica, sobre la que este Comité no fue consultado ni previamente ni en su tramitación parlamentaria, aunque sí tuvo la oportunidad de elaborar un Informe sobre el final de vida que fue publicado el 6 de octubre de 2020 (Informe sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación).

El presente Informe se ha elaborado, como lo fue el citado de 6 de octubre de 2020, al amparo de la segunda de las funciones del Comité establecidas por el artículo 78.1 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica: “Emitir informes, propuestas y recomendaciones sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud que el Comité considere relevantes”.

El presente Informe fue discutido y aprobado por la unanimidad de los/las miembros del Comité de Bioética de España asistentes y presentes en su reunión plenaria de 15 de julio de 2021, es decir, todos los miembros del Comité, salvo dos de ellos, Natalia López Moratalla que no pudo estar presente en la reunión plenaria por causa justificada, pero que emitió voto íntegramente favorable al Informe por correo electrónico, y Leonor Ruiz Sicilia que tampoco puedo estar presente, también por causa justificada, y que ha emitido voto particular concurrente, por el que asume gran parte de los planteamientos y desarrollo argumental del Informe, aunque discrepa de aspectos que considera fundamentales, incorporándose el citado voto particular al final del Informe.

">

Introducción: una exigible mirada amable a la objeción de conciencia

Objeción de conciencia y sesgos ideológico

La ética tiene muchos temas que abordar en la actualidad y si hay uno que genera habitualmente posiciones muy encontradas, ése es el de la objeción de conciencia. Incluso, en ocasiones, se aprecia que la

Phoca PDF

posición sobre el citado fenómeno no responde a un previo análisis racional y congruente del mismo. La reacción frente a la objeción depende en demasiadas ocasiones de lo que puede tildarse de mero sesgo ideológico, entendiendo por éste aquella manera de invalidar o, más allá, despreciar las posiciones contrarias sin necesidad de examinarlas. Como si se usara a la ideología como un arma de ataque a terceros y no como algo que indica la posibilidad de que se distorsione el entendimiento de la realidad en todos. Y, aunque es obvio que muchas de nuestras opiniones están mediatizas, en gran medida, por nuestro creencias, ideologías o entorno, ello no significa que no deba aspirarse a un mínimo de congruencia o coherencia con las posiciones que se defienden.

No cabe rechazar con ahínco la objeción de conciencia, reivindicando el interés del individuo o individuos que se ven afectados o limitados por ella, y, por el contrario, defenderla con rotundidad, cuando excepcionalmente sirve de crítica a las decisiones legales de un Parlamento o Gobierno que no coincide con nuestras creencias u opciones políticas. La visión que de la realidad se tiene puede estar, habitualmente, determinada o matizada por la ideología, pero no puede destruir la capacidad y exigencia de un mínimo análisis objetivo de los principios y valores en conflicto, más aún, cuando el alcanzar cursos intermedios de acción no es, precisamente, en el campo al que se refiere este Informe, especialmente complejo en comparación con otros debates o conflictos.

La objeción de conciencia genera, con demasiada frecuencia, enfrentamiento y dificultad para alcanzar acuerdos y consensos cuando, paradójicamente, el conflicto entre derechos admite habitualmente la ponderación y el sacrificio meramente parcial de ambos, es decir, cursos intermedios de acción, sin exigir una solución estrictamente dilemática. La dificultad, pues, del debate acerca de la objeción de conciencia y de la búsqueda de soluciones éticas y legales a los conflictos derivados de la misma radica más en los sesgos ideológicos de los que, en muchas ocasiones, se parte, que de su presunto carácter dilemático o difícil que no lo es, realmente, tanto.

Un buen ejemplo de ello lo encontramos en un novedoso debate sobre la objeción de conciencia planteado en nuestro país hace algo menos de una década, en el contexto de la grave crisis económica surgida a nivel mundial en 2008.

Así, con ocasión de la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, por el que se alteró la condición de beneficiario del Sistema Público de Salud y, en concreto, en el que se limitó el derecho a la protección de la salud de las personas inmigrantes en situación administrativa irregular, norma que fue dictada en el marco de las medidas

Phoca PDF

socioeconómicas adoptadas para contener el gasto público y validada casi íntegramente su constitucionalidad pocos años después por el propio Tribunal Constitucional, surgió una nueva forma de objeción de conciencia, denominada positiva. En el debate suscitado en la opinión pública y en el ámbito académico sobre la fundamentación ética y legal de limitar la asistencia a los citados inmigrantes, algunos profesionales sanitarios reivindicaron su derecho a objetar frente al deber legal que establecía dicha norma de no asistir gratuitamente a tales inmigrantes, al margen de determinados casos como era la asistencia de urgencia, infantil o a la maternidad.

Tal novedosa expresión de la objeción de conciencia, es decir, negarse a cumplir con un deber legal, en dicho caso, dar asistencia sanitaria, pero incumpliendo el deber impuesto por el Real Decreto-Ley de cobrar por la misma, se apartaba de una de las características clásicas de la objeción, como era el negarse a hacer o dar algo que la norma legal obligaba a hacer o dar (practicar la eutanasia o un aborto). Aquí se pretendía, por el contrario, hacer algo contra la prohibición legal, sobre la base de un deber moral de justicia hacia dichas personas en situación de vulnerabilidad.

Pues bien, en el marco de dicho debate, diferentes autores, poco favorables a una interpretación amplia de la objeción de conciencia frente al aborto, frente a la píldora postcoital o frente a la eutanasia, hicieron una ardiente defensa de la versión positiva, lo que, en cierto modo, puede llevar a pensar que, en este campo, como en muchos otros, el análisis con cierta neutralidad de los elementos en conflicto es harto difícil. No existenargumentos para otorgar prioridad moral ni para proteger selectivamente las objeciones, según se identifiquen por la sociedad con posiciones socialmente conservadoras, o con posiciones socialmente liberales o progresistas. Y este es un problema que, como en otros ámbitos, dificulta notablemente la búsqueda de posiciones ponderadas o cursos intermedios de acción que permitan conjugar el derecho a la objeción del profesional sanitario y el derecho a recibir la prestación pública reconocida por la Ley del paciente o usuario, sin sacrificio o detrimento del núcleo esencial de ninguno de ellos.

Así pues, la objeción de conciencia, ya sea en su clásica versión negativa o en la versión más novedosa, positiva, y ya sea en el ámbito de la asistencia sanitaria o en otros muchos ámbitos, constituye un debate en el que los elementos meramente ideológicos se hacen, en muchas ocasiones, demasiado ostensibles.

En todo caso, se trata de un fenómeno en auge en sociedades como la nuestra, cada vez más plurales y más secularizadas y en las que las diferentes cosmovisiones sobre el universo y el ser humano no son ni

Phoca PDF

unánimes ni compartidas por una mayoría. Algún autor ha llegado a hablar, metafóricamente, de un Big Bang de la objeción de conciencia, como fenómeno en expansión en la posmodernidad1.

1.2. La objeción de conciencia: excepción y razón de ser de la democracia constituciona

Para el Derecho, la objeción de conciencia supone un conflicto ciertamente paradójico porque, por un lado, parece poner en jaque al propio concepto y valor social del Derecho. A través de la objeción de conciencia, se pretende alterar la regla general en la que se basa nuestro Estado constitucional de Derecho que es la de la vinculación de los ciudadanos a la Ley y el carácter eminentemente coercitivo de ésta, lo que constituye la característica que permite distinguir Derecho y Ética. A través de la objeción de conciencia parece ponerse en contradicho la operatividad del propio principio de mayoría que opera en nuestras democracias representativas, y a través del cual, se aprueban las normas legales que son vinculantes para todos los ciudadanos, conforme reza el artículo 9.1 de la Constitución, al disponer que “Los ciudadanos y los poderes públicos están sujetos a la Constitución y al resto del ordenamiento jurídico”.

Aunque no debe olvidarse que la mayoría, en las democracias representativas, no es un concepto estático, permanente, ya que va alternándose cada cierto periodo de tiempo, de manera que lo que hoy es mayoría puede ser, en breve espacio de tiempo, la minoría. Tanto la mayoría como la minoría van cambiando en el marco del proceso democrático que somete a revisión con una periodicidad a través de las elecciones.

Al poner en contradicho el principio general de sujeción a la norma aprobada por la mayoría, nuestros Tribunales, tanto el Tribunal Constitucional como el Tribunal Supremo han declarado en reiteradas ocasiones que no cabe reconocer un derecho general a la objeción de conciencia al amparo del artículo 16 de la Constitución, lo que parece razonable si pretendemos mantener la propia naturaleza del Derecho como sistema coercitivo y la preservación de una comunidad basada en el orden social que supone la decisión democráticamente adoptada por la mayoría.

Por otro lado, la objeción de conciencia es también, en aparente contradicción con o anterior, expresión propia del Estado constitucional, en la medida que constituye una garantía de la minoría frente a la mayoría, cuando lo que está en juego es un imperativo moral de la primera de gran calado, como pudiera ser su visión acerca del inicio o el final de la vida. Así, la objeción responde al propio fundamento de nuestra democracia constitucional, en la que los

Phoca PDF

derechos fundamentales de la minoría no pueden estar en manos de la decisión mayoritaria. Según el propio principio democrático de la doctrina habermasiana, la democracia sería la búsqueda del justo equilibrio para asegurar el correcto tratamiento de las minorías y evitar cualquier abuso de posición dominante2. Y la experiencia del final de la primera mitad del siglo XX ya nos mostró la terrible cara de una democracia solamente asentada en el principio de mayoría y, por ende, en la falta de respeto a las minorías.

En nuestra democracia constitucional, el principio de mayoría es una mera herramienta de solución de debates políticos, pero no expresión de una verdad moral, de manera que la objeción de conciencia constituye una salvaguarda constitucional de defensa de los derechos y libertades que lo son de todos los ciudadanos cuando lo que se ve afectado es, como ya hemos anticipado antes, la petición de no cumplir un deber legal por un imperativo moral muy relevante.

Por todo ello, el propio Tribunal Constitucional ha declarado que la objeción de conciencia no exige de regulación jurídica específica de cara a poder ser reconocida, ya que es una manifestación de la libertad ideológica y religiosa. Así, señala el Alto Tribunal que tal derecho existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no tal regulación. La objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 CE y, como ha indicado dicho Tribunal en diversas ocasiones, y se plasma en el artículo 53 de la Constitución, los derechos fundamentales, y la objeción de conciencia lo es, más allá, de la reconocida frente al servicio militar en el artículo 30 de la misma, son directamente aplicables. Cuestión distinta es que la regulación por el legislador ordinaria evite posibles lagunas legales y permita una más correcta aplicación del derecho, pero ello no implica que el derecho fundamental sin desarrollo orgánico no tenga eficacia jurídica directa, ni que el legislador pueda configurar el derecho de acuerdo con la opinión y posición de la mayoría y al margen del poder constituyente que decidió incorporar el derecho como fundamental al texto constitucional.

Podría considerarse también que la objeción de conciencia conecta directamente con el principio de libertad, de manera que cabría reconocer sin problema alguno, dentro de nuestras democracias liberales, un derecho general a la objeción de conciencia. La libertad es la regla y el deber jurídico como límite a la libertad es la excepción, por lo que existiría una presunción iuris tantum de legitimidad constitucional para quien actúa por motivos de conciencia. Ello no significa, sin embargo, que los deberes que operan como límites a la libertad de conciencia sean siempre ilegítimos o deban ser eliminados, pues tales deberes pueden proteger otros derechos ante

Phoca PDF

los cuales la libertad del objetor deba doblegarse. El objetor no tiene derecho a que el ordenamiento le tolere su comportamiento en cualquier supuesto, pero sí tiene derecho a que tal comportamiento sea considerado como el ejercicio de una libertad de conciencia en conflicto con los bienes o derechos protegidos por la norma objetada y que tal conflicto se resuelva de acuerdo con el test de proporcionalidad, como ocurre, añadimos nosotros, con cualquier conflicto constitucional entre un derecho individual y el interés general.

No existe, pues, en una democracia constitucional como la nuestra, un derecho general a la objeción de conciencia, lo que sería la propia negación del Derecho, pero sí el derecho del objetor a que su objeción, en virtud del principio de libertad en el que se inspira nuestro orden constitucional, sea, al menos, tomada en consideración. La objeción no puede ser tolerada en todo caso, pero ello no significa que no sea expresión de democracia constitucional, precisamente, lo contrario, en la medida que protege al individuo y su conciencia en el marco del principio de mayoría. La objeción no es algo impropio al orden constitucional, dado que la propia Constitución reconoce expresamente la objeción de conciencia, aunque sea inicialmente limitada al servicio militar obligatorio, en su artículo 30.2 de la Constitución. Y tampoco lo ha sido para la propia jurisprudencia constitucional, habiendo mostrado siempre el Tribunal Constitucional una especial sensibilidad a la objeción, guiado quizás por la influencia que la doctrina del Tribunal Constitucional Federal alemán ha ejercido sobre aquél, sobre todo, en lo que se refiere al concepto de dignidad humana que se desarrolla como reacción a los hechos ocurridos al final de la primera mitad del siglo XX.

La mirada amable y sin sospecha a la objeción de conciencia no sólo es una exigencia ética, sino también constitucional, dados los términos en los que se expresa nuestra Constitución y el propio Tribunal Constitucional, y el propio deber de neutralidad que se deriva del ya citado artículo 16 de la Constitucional.

1.3. La objeción de conciencia y la libertad profesional del médico

La conexión entre libertad de actuación médica y la objeción de conciencia es poco discutible. El propio Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos señala en el artículo 32 que encabeza la regulación de la objeción de conciencia que el reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional.

Así pues, podemos considerar que la objeción de conciencia es una

Phoca PDF

expresión, entre otras, de la autonomía del médico. En la relación clínica tradicional la actuación en conciencia del profesional estaba basada en valores y deberes profesionales sobre los que existía unanimidad. En ella carecía de sentido hablar de objeción de conciencia. Es en la relación clínica moderna cuando surge la objeción de conciencia sanitaria, en un contexto de pluralidad axiológica, reconocimiento de la autonomía del paciente y creciente complejidad de la praxis clínica, donde los valores y deberes profesionales se definen de forma colectiva por los profesionales y por la sociedad4. Además, ello es así no sólo por los recientes cambios que han alterado la relación de poderes en la relación médico- paciente, sino, además, porque la objeción de conciencia constituye un debate muy moderno, prácticamente de nuestros días, que se desarrolla en las sociedades liberales y pluralistas.

Y este Comité ya dijo en su Informe de 13 de octubre de 2011 (Opinión sobre la objeción de conciencia en sanidad), que la objeción de conciencia exige la concurrencia de cuatro elementos: una norma jurídica de obligado cumplimiento, un dictado inequívoco de la conciencia individual opuesto al mandato jurídico, ausencia en el ordenamiento jurídico de normas que permitan resolver el conflicto y la manifestación del propio sujeto del conflicto.

En el ámbito de la Medicina, la objeción de conciencia ostenta un valor cualificado que deriva de la conexión que la actividad que se desarrolla en dicho ámbito profesional tiene con valores tan trascendentales como la vida o la integridad física o psíquica de los individuos. Si la libertad del médico debe quedar sujeta a la autonomía del paciente en la medida que ésta es garantía de su vida e integridad, conforme proclama la Ley 41/2002, en similares términos podemos mantener que la objeción del médico ostenta una posición privilegiada al afectar a tales valores constitucionales esenciales.

2. Breve introducción histórica a la objeción de conciencia

A lo largo de la historia se han dado situaciones de conflicto entre el deber de seguir la propia conciencia y la obediencia debida a la ley. Así, se ha afirmado que, por lo menos en Occidente, la cuestión de la conciencia moral es una temática que cuenta con no menos de veinticinco siglos de historia.

Ya en la antigüedad la obra de Sófocles presentó el caso de Antígona, quien contraviniendo el decreto del rey Creonte, enterró a su hermano alegando que tenía en su conciencia una ley superior. Es muy conocido el caso histórico de Tomás Moro quien, en su condición de primer ministro, solicitó que se le eximiera de firmar la autorización para el divorcio de Enrique VIII por ser contrario a sus convicciones.

Phoca PDF

Tomás Moro quiso mantener la lealtad a la corona manifestando tan solo la negativa a dar su consentimiento a la voluntad real en una cuestión puntual que de todos modos se iba a llevar a término. Tenemos como contraste el caso de Gandhi, quien tenía la manifiesta intención de terminar con la presencia del Imperio Británico en la India mediante la resistencia pacífica. Tanto Moro como Gandhi plantean una objeción de conciencia, con la diferencia de que el primero no lo hace con el propósito de derribar el poder y el segundo sí. Paradójicamente, Moro no logra que se le dispense y la coherencia le cuesta la muerte por decapitación, mientras que Gandhi logra su objetivo derrocando el poder británico sin que de entrada le cueste la vida.

En el marco de los modernos sistemas democráticos, una de las figuras emblemáticas de la resistencia por razón de conciencia es la de David Thoreau, que fue encarcelado por negarse a pagar impuestos al estado de Massachusetts al considerar que su ordenamiento jurídico era cómplice del esclavismo y al haberse embarcado Estados Unidos en una guerra inmoral contra México. En la historia más reciente, el rechazo a empuñar las armas por motivos de conciencia es, quizá, uno de los casos que más peso ha tenido en la literatura y en la legislación.

En las últimas décadas, los debates internacionales en torno a la objeción de conciencia tienen una especial presencia en el ámbito de las profesiones sanitarias, siendo los casos más conocidos la participación en el aborto provocado, en la aplicación de la pena capital, o en la atención a pacientes que rechazan la transfusión de sangre, aunque en este último caso, a partir de la proclamación del derecho del paciente a rechazar el tratamiento médico al amparo de su derecho a la integridad, ya no cabe hablar de objeción de conciencia en sentido propio, al no concurrir el deber legal de ser tratado o, en este caso concreto, aceptar la transfusión sanguínea.

Y si bien, inicialmente, la objeción de conciencia al servicio militar ocupó varios de los conflictos que se ventilaron en sede judicial, una vez decaída la obligatoriedad de dicho servicio, la objeción de conciencia y los correspondientes conflictos derivados de su ejercicio han quedado circunscritos al ámbito sanitario y, sobre todo, a lo que se refiere al inicio de la vida (aborto y píldora poscoital).

Actualmente, en España cobra protagonismo el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia ante la proclamación ex novo del derecho a la eutanasia y al auxilio sanitario al suicidio, bajo la expresión del “derecho a recibir ayuda para morir” que incorpora la reciente Ley Orgánica 3/2021. Tras tal proclamación y su reconocimiento como una prestación incorporada al correspondiente catálogo, surge el debate de en qué medida el profesional sanitario está obligado o no a dar dicha prestación y en qué medida puede ejercer la objeción de conciencia.

Phoca PDF

Sobre esta cuestión se pronuncia la propia Ley Orgánica en su artículo 16, disponiendo, en su apartado primero, que los "profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir podrán ejercer su derecho a la objeción de conciencia", siendo "El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia [es] una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito".

En su apartado segundo, el mismo precepto dispone que "Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayudapara morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que ésta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir. El registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal".

Como veremos a lo largo del Informe, el citado precepto creemos que no resuelve, desde una perspectiva ético-legal, algunas de las cuestiones que plantea el derecho a la objeción de conciencia, pudiendo afirmarse que existen no sólo alguna laguna legal, sino una regulación muy restrictiva de lo que, como expondremos, constituye un derecho fundamental que se deriva directamente de la libertad ideológica y religiosa del artículo 16 de la Constitución y respecto del que el poder de configuración por parte del legislador es limitado en garantía del derecho.

3. Cuestiones de fundamentación ética de la objeción de conciencia individual

En un sistema democrático, que tiene como señas de identidad la protección de las libertades y de los derechos individuales, el Estado ejerce una función mediadora ante la pluralidad de valores de la ciudadanía. En este escenario, la objeción de conciencia debe ocupar un lugar justo que evite la confusión, el abuso o la trivialización. ¿Se puede recurrir a la conciencia para discrepar de un deber profesional? ¿Puede el bien común o el orden social aceptar conductas discrepantes con la norma legalmente establecida, por la mera apelación a motivos de conciencia personal? Las respuestas, todas ellas, requieren una seria argumentación, que no es, ni mucho menos, sencilla o evidente.

Se define la conciencia como un principio interno de la moralidad que dicta en lo más íntimo de la persona una valoración de los

Phoca PDF

comportamientos libres, ejerciendo la función de preservar la integridad moral con mecanismos de aprobación y de culpa aplicables a lo que está bajo la responsabilidad personal.

No se puede, sin embargo, afirmar que la conciencia personal sea infalible y tenemos experiencia sobrada de ello. La conciencia moral forma parte de la dotación constitutiva del ser humano que necesita educación y maduración, al igual que la persona en su totalidad, pudiendo también sufrir atrofia, embotamiento, e incluso enfermedad, aunque en este caso la patología moral de la conciencia no siempre está exenta de responsabilidad. Cabe que una persona actúe en conciencia, pero equivocadamente, lo cual genera diferentes grados de responsabilidad moral en función de los antecedentes. En efecto, pueden darse comportamientos que objetivamente son reprobables e incluso infames, aunque se hayan realizado de acuerdo con la propia conciencia de quien actúa, de lo cual hay abundantes ejemplos en la historia de la humanidad. Hay quienes afirman que quien actúa contra su conciencia, quiebra su honradez y se hace peor persona, de ahí que tenga carácter imperativo.

Es evidente que cuando aquí hablamos de la conciencia no nos referimos a la consciencia, entendida como un estado de vigilia o como capacidad de percepción sensorial. Tampoco es asimilable a las preferencias o a los sentimientos, ni a los gustos o las inclinaciones personales. La conciencia moral, en sentido propio, tampoco es la inteligencia, aunque luego ésta tenga un protagonismo instrumental al elaborar un juicio de aplicación práctica. Nos referimos, pues, a la conciencia como una cierta razón práctica que, desde la intimidad personal, enjuicia moralmente las conductas libres.

Siguiendo esta línea argumental, la conciencia es una instancia moral inscrita en la propia condición humana, de tal manera que los mandatos éticos son percibidos y sentidos como obligatorios por quienes creen en ellos. Es una apreciación constante y universal que la conciencia no es ni un simple deseo ni un mero capricho. Precisamente por ello, las personas se sienten bien cuando actúan de acuerdo con su conciencia o quedan intranquilas, con desasosiego y mal cuerpo, cuando no siguen sus dictados. Ahora bien, y esto es relevante, para que la conciencia moral funcione como norma interiorizada de la moralidad y pueda constituir la última instancia de apelación ética, se requieren varias condiciones aplicadas a la propia conciencia: la rectitud, la verdad y la certeza moral (sabiduría práctica).

De lo antedicho se deduce algo muy importante: que la conciencia moral se apoya sobre la base antropológica de la conciencia, en el sentido de ‘ser consciente’ y de ‘concienciarse o tomar conciencia’, es decir, de responsabilizarse de los actos en la vida relacional y en la praxis

Phoca PDF

humana. La conciencia moral no es, pues, la que genera la moralidad (lo bueno y lo malo) sino que es mediadora entre la realidad y la situación personal. Por tanto, si la sensibilidad moral es la sede de la moralidad, el 'juicio de conciencia' será la puesta en práctica de dicha sensibilidad. En síntesis, que la conciencia moral sería el juicio de la propia razón sobre la moralidad de las acciones que realizamos, es decir, el primer tribunal de la razón moral; por tanto, hay una responsabilidad primaria o ética.

Es importante diferenciar la figura de la desobediencia civil de la objeción de conciencia que aspira a un reconocimiento legal. Lo que hoy en día se denomina desobediencia civil es la oposición activa a una norma que se considera injusta, con la expresa intención de derogarla, aceptando las consecuencias de la represión, que a menudo incluso se provoca como medio para endurecer la lucha. Por otro lado, la objeción de conciencia, tal como la entendemos actualmente en el contexto de una actividad profesional, sería la negativa por motivos de conciencia a realizar acciones jurídicamente exigibles, ya sea por tratarse de una obligación que proviene de una norma legal, de un mandato de la autoridad o de una resolución administrativa, tomando la forma de omisión de un presunto deber del cual se solicita ser eximido. Para entender la diferencia son muy ilustrativos los históricos casos anteriormente citados, donde Gandhi sería un caso de desobediencia civil, mientras que Tomás Moro sería un supuesto de objeción de conciencia.

La auténtica objeción de conciencia, por tanto, requiere la presencia de dos elementos: primero, que exista una norma de obligado cumplimiento y, segundo, que se realice un juicio de la conciencia personal que sea incompatible con dicho imperativo legal. De este modo, en ocasiones se manejan otras figuras que contienen algún elemento común pero que tienen una diferente naturaleza moral, como puede ser la objeción de ciencia, donde no existe un auténtico imperativo legal y pudiera haber dudas relacionadas con la evidencia científica disponible en ese momento y para esas circunstancias concretas; o el caso de un dilema moral donde se plantea un conflicto en la conciencia de quien es responsable de decidir, que delibera sobre el curso de acción más prudente.

Sin embargo, como recoge la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) en el documento del 28 de enero de 2021, Reflexiones sobre la objeción de conciencia y la proposición de Ley Orgánica de regulación de la Regulación de la Eutanasia, "La objeción de ciencia supone un disenso, de base científica, respecto al diagnóstico, pronóstico, o tratamiento más recomendable para abordar la situación del paciente. En el campo de la eutanasia, se centra fundamentalmente en el establecimiento del pronóstico, así como en las

Phoca PDF

alternativas terapéuticas que puede tener un paciente que solicita la eutanasia". Y partiendo del hecho de que la eutanasia no es un acto médico, el médico debe saber valorar el estado de salud del paciente. Si, por sus conocimientos el paciente no cumple las circunstancias de padecer una «enfermedad grave e incurable» o, en su caso, «crónica e invalidante», no se está ante la obligación de aplicar eutanasia (no hay imperativo moral). Se podría hablar de "objeción de ciencia". No tendría lugar la objeción de conciencia ni le sería por tanto exigible el registro por motivos ideológicos o de creencia religiosa.

La objeción de conciencia siempre se vive como un conflicto entre dos deberes, el de respetar las decisiones de los pacientes, de los superiores, de las normas o reglamentos, y el de la fidelidad de los profesionales a sus propias creencias y valores. Es el ejercicio de la libertad interior del profesional el que entra en conflicto con mandatos de los poderes públicos, o privados, o con muy determinadas peticiones de pacientes o usuarios.

Se ha dicho que la objeción de conciencia es una actuación contra la ley, pero conforme a Derecho, que implica la negativa o el rechazo al cumplimiento de un deber jurídico ineludible de naturaleza personal por razones de conciencia. Como expresión directa del ejercicio de una libertad, como es la ideológica o religiosa, y por su conexión con la dignidad del propio objetor, difícilmente podremos tildarla de decisión antijurídica, entendido lo jurídico como algo más que el cumplimiento de las formas y procedimientos y al margen de valores y principios.

Por ello, el análisis ético de la objeción de conciencia exige contemplar aquellos valores de otras partes que pueden vulnerarse, ya que las decisiones basadas en la conciencia pueden tener consecuencias para terceros. De ahí que lo más prudente sea deliberar razonadamente sobre esos aspectos.

La objeción de conciencia tiene siempre carácter excepcional; es una excepción a la regla, que no puede ser otra que el cumplimiento de la ley. Atendiendo a la premisa de que el sentido de dicha excepción es el respeto a las minorías, a veces resulta extraño e incluso atípico, querer convertir la objeción de conciencia no en excepción, sino en regla, y además absoluta, sin excepciones. Por esa razón, cuando un colectivo entero se acoge a la objeción es que algo falla, pues si la mayoría está en contra de una norma, lo lógico es que ésta se sustituya por otra que diga lo propugnado por los objetores. Pero cuando eso no sucede, hay que sospechar que la objeción no es auténtica, es decir, que se objeta por motivos que no son morales o de conciencia.

Phoca PDF

Es un hecho real que en ciertos servicios asistenciales resulta más fácil objetar que no objetar y, acaso, pudiera existir algún tipo de coerción hacia el profesional no objetor. En esos casos, si la consecuencia final es que se objeta, quizá no sea por razones de verdadera conciencia, lo cual es incorrecto. La objeción de conciencia no puede ser más que de conciencia, por motivos morales; otros motivos pueden no ser legítimos. Hay que señalar, que los enemigos de la objeción de conciencia no son quienes se oponen a ella, sino quienes abusan de algo tan íntimo, y por ello tan difícil de controlar, como la conciencia.

La objeción de conciencia responsable exige: sensibilidad moral, ser capaz de percibir las implicaciones técnicas y éticas de nuestras intervenciones y sus posibles consecuencias; en sus calidades, esta conciencia implica formación, lo que significa que ha de ser ilustrada, científica y moralmente, y racional, no sujeta al arbitrio de las emociones y los impulsos personales, la intuición o la buena voluntad. Por ello, también ha de ser reflexiva, no visceral, sujeta al discernimiento; comprensiva y no descalificadora; compasiva, sensible y tolerante; no inmovilista, sino abierta al diálogo y al acuerdo, ofreciendo argumentos y razones; debe ser prudente y fiel a la verdad, dispuesta siempre a la autocrítica. Y, además, la objeción de conciencia no debe ser producto del miedo, ni tampoco de la comodidad; no debe utilizarse como un medio defensivo ni aplicarse sobre criterios inflexibles, presupuestos rígidos o desde el inmovilismo moral.

Ciertamente la objeción de conciencia se presenta en el ámbito moral, pero sin duda suscita una cuestión legal cuya solución debe buscarse en el campo de la ética política. En el ejercicio de una profesión esto se formula como un conflicto entre el deber de dar un servicio y el deber de seguir la propia conciencia. En el ámbito jurídico se presenta como la colisión entre el derecho de un profesional a seguir su conciencia y el derecho de la otra parte a una determinada prestación.

Y, finalmente, en este variado mosaico de la objeción de conciencia, hay que saber ponderar bastantes asuntos de cierta enjundia: la coherencia de los principios y valores éticos del profesional sanitario en su praxis cotidiana; el deber primario, como ciudadanos, de cumplir las leyes y las normas vigentes; la razonabilidad argumental en la relación clínica, elemento indispensable para comunicarse adecuadamente y comprenderse; la escucha recíproca de todas las partes implicadas, basada en el respeto a sus respectivos valores y a la legítima diversidad moral, ideológica y creencial; y, sobre todo, hay que garantizar tanto los derechos del paciente como el compromiso responsable de todo profesional sanitario. Lo expresan muy

Phoca PDF

bien Beauchamp y Childress, en su clásica obra “Principios de Ética Biomédica” donde dedican un apartado a la objeción de conciencia, dentro del capitulo titulado “Virtudes e ideales en la vida profesional”, afirmando que “el derecho de un paciente a la autonomía no debe comprarse al precio del derecho paralelo del médico”.

4. La objeción de conciencia y el proceso de ejercicio del derecho a recibir la ayuda para morir en la Ley Orgánica 3/2021

La Ley Orgánica 3/2021 sujeta el ejercicio por un paciente del derecho a recibir la ayuda para morir que se proclama en la misma, a una serie de fases. En cada una de dichas fases la objeción de conciencia pueda cobrar relevancia, de manera que puede afirmarse que no necesariamente ésta ha de expresarse ante la mera petición inicial del paciente. Las fases del citado proceso pueden resumirse en el siguiente cronograma (*) que hemos elaborado en el seno del propio Comité de Bioética de España:

(*) Nota aclaratoria del cronograma sobre objeción de conciencia en la LORE.

La secuencia de las actuaciones, de los procesos y plazos temporales se ha ordenado según se explicita en la norma legal. Ahora bien, su contenido y descripción, las reflexiones e interpretación para su aplicación, así como las consideraciones que se anotan a continuación, son reflejo de la deliberación y asunción en el CBE.

Consideraciones en la fase 1

Cuando un paciente expresa su deseo de morir o de que su vida se acabe (‘deseo de adelantar la muerte’), esta petición suele conllevar, en la mayoría de los casos, un sufrimiento extremo no suficientemente atendido. Definir qué y cuánto sufrimiento tiene un ser humano no es tarea sencilla sino compleja, pues ese hecho tan subjetivo puede vivirse de un modo diferente por distintas personas en diversas circunstancias y contextos. Dicho sufrimiento puede deberse a muy variados aspectos que acompañan a las enfermedades avanzadas en situación de final de la vida, tales como: síntomas no controlados, sean múltiples o únicos; cuestiones de índole psicológica o emocional no resueltas (pérdida de autoestima, depresión, sentimiento de padecer un deterioro de la identidad, insatisfacción con sus penosas circunstancias vitales); problemas sociales añadidos (soledad no deseada, aislamiento, dependencia, escasez de recursos económicos, pobreza habitacional, sensación de carga para la familia cuidadora), que no fueron atendidos o han sido afrontados de manera insuficiente;

Phoca PDF

gran sufrimiento existencial y/o espiritual no aliviado o en ocasiones ni siquiera abordado, etc.

Por todos los motivos antedichos, y algunos más que pudieran existir, cualquier médico que asiste a un paciente en situación de vulnerabilidad y fragilidad en el confín de su vida, debiera tener la formación clínica y ética y la experiencia necesaria para poder abordar apropiadamente este trance, solo o solicitando la colaboración de otros. La obligación como médicos es la de detectar y señalar los peligros y riesgos antes mencionados y proponer las garantías para su posible resolución o paliación. Pero, sobre todo, tiene el deber moral de implicarse responsablemente y mostrar empatía, compasión, cercanía y un compromiso inequívoco de atender con amabilidad la solicitud expresada por el paciente, además de intentar averiguar y discernir las causas que conllevan a dicha petición de adelantar la muerte.

Porque, no lo olvidemos, está pidiendo ‘ayuda médica para morir’, y eso tiene una respuesta objetiva, consecuencias irreversibles, y en un “contexto eutanásico” de clara ‘medicalización del sufrimiento’. Y aún más, como premisa básica, el médico es realmente el verdadero garante en esta etapa inicial, pues debe asegurar que existen las circunstancias clínicas previstas y las condiciones particulares requeridas a ese paciente, para poner en marcha todo el proceso de deliberación con vistas a una posible ‘ayuda médica para morir’. La gran diferencia que existe entre la curación (cure) y el cuidado (care) hace que no haya enfermos incuidables, aunque haya algunos pacientes incurables.

Y también resulta obligado que el médico responsable de ese enfermo concreto le exprese, ya desde el principio de su relación clínica, que él/ella es (o no) objetor de conciencia para la realización de la prestación que le solicita, pero, al mismo tiempo, asegurarle que le va a acompañar en todo el proceso de deliberación en la fase final de su existencia11. Esta actitud y comportamiento del facultativo es básica, crucial e irrenunciable, pues de esa forma el paciente no percibe sensación de abandono por parte de su médico de confianza y, en principio, no se produce omisión del deber de cuidado respecto a la información y la comunicación. Por todo ello, en esta etapa inicial no procede la opción de la objeción de conciencia del profesional sanitario.

Consideraciones en las fases 2 a 6, inclusive

Hay un período clave comprendido entre la inicial petición del deseo de morir del paciente a su médico responsable, hasta que el médico consultor comprueba en la historia clínica que se cumplen las condiciones para la aplicación de la eutanasia o la ayuda al suicidio.

Phoca PDF

Durante estas sucesivas fases transcurren 28 días de lo que debería ser un intenso proceso humanizador, deliberativo, comunicativo y relacional con el paciente y su familia, de gran acompañamiento, cuidados y no abandono, de fortalecimiento de vínculos y no de desapego, de confianza y confidencias. No se trata solo de aliviar el sufrimiento del paciente, sino de garantizar un profundo respeto a esa persona al final de su existencia. Al igual que se habla de con-vivir, es necesario hablar de con-morir, en su sentido más pleno de transitar ese camino acompañado.

En este período tan excepcional es fundamental la movilización de todos los recursos posibles y disponibles, para ayudar a clarificar las preferencias del paciente y poder adoptar decisiones compartidas. Y las autoridades sanitarias deben contribuir para estos procesos se conozcan y ofrezcan con anterioridad, obviamente, a la 'ayuda médica para morir'Los apoyos, tanto de índole social (ayudas a la dependencia; contar con un ingreso mínimo vital, la cobertura de otras necesidades, materiales o no, de estricta necesidad; la presencia de compañ ía para alivio de su soledad,…), como asistencial (la indispensable extensión de los buenos servicios de Atención Primaria con suficientes profesionales médicos y de enfermería familiar y comunitaria; el abordaje psicoemocional de sus estados de ánimo; el conocimiento real de la historia de valores del propio paciente; la atención integral y de calidad por equipos avanzados de Cuidados Paliativos; la interconsulta con otros especialistas para precisar o contrastar opiniones y decisiones clínicas; e incluso, solicitar al Comité de Ética Asistencial su asesoramiento para discernir éticamente determinados conflictos de valores, siempre que se estime necesario u oportuno; la atención espiritual habitual, y religiosa si así lo demanda la persona según su creencia; en suma, la tan deseada y tantas veces incumplida 'continuidad asistencial de los cuidados'), resultarán imprescindibles con el fin de ayudar a la reflexión y decisión final. Pues bien, durante todo este tránsito, no procede la objeción de conciencia del médico responsable, ni el facultativo consultor puede objetar de sus concretas funciones.

Consideraciones en la fase 7

Es aquí, una vez cumplidas con arreglo a lex artis todas las etapas anteriores, cuando tanto el médico responsable como el médico consultor pueden hacer uso del derecho a la objeción de conciencia, ya que ambos son profesionales sanitarios implicados en la prestación de 'ayuda médica para morir' como facilitadores y cooperadores necesarios de fases importantes del proceso, pero de modo 'indirecto'. Se insiste en que, de ningún modo, deben hacerlo antes del adecuado cumplimiento de sus deberes asistenciales que, a veces, pueden alcanzar niveles de excelencia en los cuidados y en el trato personalizado. Por tanto,

Phoca PDF

cualquier médico, incluido el profesional sanitario previsiblemente objetor, deberá mantener la vinculación con el paciente solicitante de la ayuda médica para morir durante el resto de las prestaciones y servicios asistenciales.

El médico responsable tiene que expresar, formalmente y por escrito, a la dirección asistencial correspondiente su objeción de conciencia respecto a ese paciente en concreto, con el fin de que dicha instancia administrativa elija a la persona que vaya a realizar la prestación de ayuda para morir, así como el centro asistencial u otro lugar residencial donde se efectuará la misma. Inmediatamente de tomar ambas decisiones, el mencionado órgano directivo lo comunicará a la Comisión de Garantía y Evaluación de su respectiva Comunidad Autónoma para que continúe el procedimiento normativo.

No se especifica en la ley, a qué instancia superior el médico consultor puede o debe tramitar también su objeción de conciencia, pero se infiere que sería la propia dirección- gerencia la receptora de dicha comunicación.

Debiera admitirse la posibilidad de una objeción de conciencia ‘sobrevenida’, ya que pueden existir para ello razones derivadas de nuevos avances biotecnológicos, de modificaciones en el catálogo de derechos de los pacientes o usuarios, o de la posible evolución ideológica o creencial de quien objeta. Asimismo, cabría la opción de una objeción de conciencia parcial, acaso sobrevenida, y que surge en casos límite respecto de la legalidad, por ejemplo, en supuestos en los que, formalmente, existiría deber jurídico de actuar, pero las circunstancias determinan que sea discutible la concurrencia de ese deber.

El formulario de objeción de conciencia no deberá incluir la exigencia de una justificación acerca del motivo (moral, deontológico, religioso, ideológico) de la misma. Y aunque en la ley no se especifica cuál (sólo se habla de ‘prestación de ayuda para morir’), deberían estar explícitas en dicho formulario las diversas modalidades posibles: OC absoluta y completa, siempre; u OC parcial, a sólo una de las dos modalidades, sea para eutanasia o para suicidio médicamente asistido. Asimismo, siempre se tiene que garantizar la confidencialidad de la declaración de OC, por lo cual el acceso a ésta debe estar restringido y ser de uso exclusivo para fines de ordenación asistencial y no otros. La vulneración de la privacidad y de la legalidad vigente, en cuanto a la normativa de protección de datos de carácter personal, tiene que traer serias consecuencias para quienes la infrinjan.

Phoca PDF

Consideraciones en la fase 10

Es en esta fase donde se ejecuta la 'prestación de ayuda para morir' (PAM), en la modalidad de eutanasia o de suicidio médicamente asistido, tanto sea por intervención 'directa' del médico realizador o del enfermero/a que, en su caso, administre la medicación prescrita por el facultativo. La objeción de conciencia, en ambos casos, también puede contemplarse aquí.

5. Sujetos titulares del derecho a la objeción de conciencia en el contexto eutanásico

La cuestión a dilucidar en este apartado se centra en quiénes ostentan la titularidad del derecho de objeción de conciencia en relación con la denominada prestación de ayuda para morir. El art. 16.1 de la Ley Orgánica 3/2021 alude expresamente a: "Los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir". Dicho texto exige precisar dos conceptos: a) qué debemos entender por 'profesionales sanitarios' en este contexto; y b) qué debemos entender por 'directamente implicados' en la prestación de la ayuda para morir.

Para precisar ambas cuestiones resulta necesario establecer previamente si tal prestación debe calificarse como un 'acto médico' o bien como un 'acto sanitario'. En función de cuál sea la naturaleza del acto, el término 'profesionales sanitarios' deberá interpretarse en un sentido estricto o lato. Si la prestación de la ayuda para morir es un 'acto médico', entonces el término deberá considerarse restringido a quienes ostentan una titulación oficial en el ámbito de salud y participan (directamente) en el acto de poner fin a la vida del paciente. Si tal prestación, por el contrario, no es un acto médico, sino un 'acto sanitario', entonces la titularidad del derecho de objeción deberá alcanzar a todos los profesionales que prestan servicio en un centro sanitario, no solo desempeñando una función de carácter asistencial, y cuya intervención resulte necesaria para que pueda realizarse el acto eutanásico.

El vigente Código de Deontología Médica, en su artículo 7.1, contiene una importante novedad que no estaba recogida en los Códigos anteriores y es, precisamente, la definición de acto médico: «Se entiende por acto médico toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del dolor, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos».

Phoca PDF

Como el texto indica, el acto médico se identifica por tres elementos:

El sujeto que decide y realiza el acto debe ser siempre un "profesional médico". Nadie que no tenga esa cualificación profesional (la titulación oficial correspondiente) o que no forme parte de un equipo médico o asistencial, bajo la dirección o supervisión de un profesional médico, puede realizar un acto que sea calificado como 'acto médico' o colaborar en su realización.

El fin del acto debe adecuarse, directa o indirectamente, a los fines esenciales de la Medicina especificados en el propio artículo. Esto significa que la acción realizada por un 'profesional médico' (o bajo su dirección o supervisión) puede calificarse como 'acto médico' cuando se orienta a la curación, alivio, prevención/promoción de la salud.

La 'licitud' del acto. Desde una perspectiva ética y jurídica. Desde un punto de vista jurídico, el acto médico debe realizarse siempre dentro de la legalidad y, desde un punto de vista técnico, el acto médico debe realizarse de acuerdo con la 'lex artis'.

Estos tres elementos resultan absolutamente inseparables. Un acto médico solo puede ser realizado por un profesional médico, de manera individual o formando parte de un equipo médico, o por un profesional sanitario (enfermero, farmacéutico, auxiliar de clínica…) bajo la dirección y supervisión de un profesional médico. Debe estar, directa o indirectamente, orientado a beneficiar la salud del paciente a su cargo (curar, aliviar o prevenir/promover la salud), respetando la lex artis. Y debe ejecutarse dentro de la legalidad.

Pero hay que distinguir el 'acto médico' del denominado 'acto sanitario'. En efecto, el 'acto sanitario' es el que se realiza en un contexto sanitario (en centros sanitarios) pero que, por su naturaleza, no está necesariamente vinculado a los profesionales médicos o sanitarios, sin perjuicio de que estos también puedan (o incluso deban) realizarlos. Es decir, el 'acto sanitario' viene determinado fundamentalmente por el contexto (el ámbito o centro sanitario en el que se realiza y el destinatario: el paciente) no por el sujeto que lo realiza, ni por el fin. Esto significa que el carácter sanitario de un acto (que siempre debe ser lícito), no exige ser realizado siempre por un profesional titulado en alguna rama de la salud, ni tampoco debe tener siempre como fin curar, aliviar o prevenir/promover la salud de un paciente.

En definitiva, el concepto de acto sanitario incluye el concepto más específico de acto médico, pero es mucho más amplio. De manera que los actos sanitarios pueden tener como sujetos tanto a profesionales

Phoca PDF

sanitarios como no sanitarios y su finalidad puede estar o no vinculada con la salud de un paciente. Por ejemplo, hay actos como la recepción, la información, las solicitudes, la documentación, la higiene y el traslado, la desinfección, etc., que cuando se realizan en un contexto clínico u hospitalario, pueden calificarse como actos sanitarios, pero no son actos médicos.

Una vez establecida esta diferencia conceptual la cuestión estriba en determinar si la prestación de la ayuda para morir debe calificarse como acto médico o como acto sanitario.

Un debate similar ya se suscitó con relación al aborto, que se calificó como acto sanitario. En el caso de la prestación de la ayuda para morir la conclusión resulta todavía más clara. La intervención eutanásica, para ser calificada como un acto lícito de acuerdo con la Ley Orgánica 3/2021 (para excluir el reproche penal del art. 143.4 CP) debe realizase en un contexto sanitario (centro público, privado o concertado) y exige para su realización el concurso de profesionales médicos y sanitarios. Pero no puede calificarse como un 'acto médico', ni por razón del profesional que lo realiza o lo facilita, ni por razón del fin del acto.

La prestación de la ayuda para morir no puede ser un acto médico porque escapa de la competencia exclusiva del profesional sanitario y del contexto exclusivo de la relación médico-paciente. En el acto médico el profesional médico (o el equipo asistencial) lo decide y realiza en función de la lex artis. El profesional médico (o el equipo asistencial) realiza el diagnóstico, el pronóstico y, en su caso, prescribe la terapia, recabando los correspondientes consentimientos informados. El paciente, por su parte, podrá aceptar o no las pruebas o tratamientos que se le propongan, pero no será quien los decida o determine. En el caso de la prestación de la ayuda para morir sucede justamente lo contrario. El protagonista del acto eutanásico es el paciente, quien determina su propio diagnóstico (su vida no es digna o carece de sentido) y su propia 'terapia' (poner fin a su vida), determinando así la voluntad del profesional médico, que se convierte en un actor pasivo, un intermediario burocrático y el suministrador del fármaco letal, siempre según la voluntad del paciente en el marco regulador de la Ley Orgánica 3/2021. En otras palabras, la prestación de la ayuda para morir no puede ser un acto médico porque ha perdido su conexión directa y exclusiva con la decisión del profesional médico (sanitario) y se ha introducido en un procedimiento burocrático que excede por completo de la relación médico-paciente y en el que intervienen decisivamente profesionales sanitarios y no sanitarios (juristas, familiares, representantes, etc.).

Pero fundamentalmente, dicha prestación no puede ser un acto médico

Phoca PDF

porque no tiene como fin el beneficio de la salud del paciente (curar, aliviar o prevenir/preservar la salud), sino justamente lo contrario, su fin es acabar con la vida del paciente. Se podría argumentar que la misma pretende aliviar el sufrimiento del paciente, pero no es así. Provocar directamente la muerte del paciente no puede calificarse en ningún caso como terapia.

Por consiguiente, la prestación de la ayuda para morir no puede calificarse como ‘acto médico’, pero por el contexto sanitario exigido por la ley para llevarla a cabo, sí permite calificarla como un ‘acto sanitario’, que involucra a profesionales sanitarios y no sanitarios.

A tenor de lo expuesto, podemos responder a la primera cuestión planteada al comienzo: ¿qué debemos entender por profesional sanitario a efectos de la titularidad del derecho a la objeción de conciencia en relación con la prestación de la ayuda para morir? La respuesta es que, concebida tal prestación no como un acto médico sino como un acto sanitario, el derecho de objeción no puede restringirse a quienes intervienen directamente en el acto en tanto que profesionales de una rama sanitaria en sentido estricto (médicos, enfermeros, farmacéuticos, auxiliares de clínica, etc.), sino que la titularidad del derecho de objeción incluye también a la categoría más amplia que solemos denominar ‘personal sanitario’; es decir, a todos los profesionales que, en razón del contexto sanitario en el que desarrollan su función, tengan obligación legal de intervenir en cualquiera de los aspectos relacionados con la prestación de la ayuda para morir.

En coherencia con esto, la Disposición adicional séptima de la Ley Orgánica 3/2021, parece hablar indistintamente del personal sanitario y de “los profesionales”, término este último que emplea sin especificar su función cuando habla de “facilitar” el ejercicio del derecho de objeción de conciencia.

La respuesta a la segunda cuestión se deriva de lo ya expuesto. ¿Qué profesionales estarían ‘directamente implicados’ en la prestación de la ayuda para morir? Es decir, ¿a qué profesionales sanitarios (o no sanitarios) impone la ley el deber jurídico de realizar algún acto que resulte necesario e indispensable para llevar a cabo dicha prestación?

El articulado de la ley contempla los diversos protocolos en los que están involucrados ‘profesionales con función sanitaria’ cuya participación (implicación) en la prestación de la ayuda para morir puede calificarse como directa (necesaria, indispensable). Son los siguientes:

Phoca PDF

El médico responsable: “facultativo que tiene a su cargo coordinar toda la información y la asistencia sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, y sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”. (Art. 3 d). Esos otros profesionales podrían también ejercer la objeción en la medida en que las normas de desarrollo de la ley les asignaran alguna actuación necesaria para que la prestación se lleve a cabo.

El médico consultor: “facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo del médico responsable” (art. 3 e) y que debe ejercer la labor de supervisión prevista.

C.B.E. (*), **en** **bioeticaweb.com/**

(*) Miembros:

Federico de Montalvo Jä ä skelä inen (Presidente)

Rogelio Altisent Trota (Vicepresidente)

Vicente Bellver Capella

Fidel Cadena Serrano

Manuel de los Reyes Ló pez

Alvaro de la Gándara del Castillo

Encarnación Guillén Navarro

Nicolá s Jouve de la Barreda

Natalia Ló pez Moratalla

Leonor Ruiz Sicilia

José Miguel Serrano Ruiz-Calderó n

Emilia Sánchez Chamorro (Secretaria)

Phoca PDF

Phoca PDF