



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

La objeción de conciencia en sanidad: contraprestación y registro de objetores

Sílvia Navarro Casado



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT^{DE}
BARCELONA

Facultat de Dret

PROGRAMA DE DOCTORADO EN DERECHO Y CIENCIA POLÍTICA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: BIOÉTICA Y DERECHO

**LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN SANIDAD:
CONTRAPRESTACIÓN Y REGISTRO DE OBJETORES**

DIRECTORA: MÓNICA NAVARRO-MICHEL

TUTORA: MARÍA CASADO GONZÁLEZ

SÍLVIA NAVARRO CASADO

BARCELONA, 2020

**LA OBJECIÓN DE CONCIENCIA EN SANIDAD:
CONTRAPRESTACIÓN Y REGISTRO DE OBJETORES**

A mis padres.

A Miquel.

Al Observatori de Bioètica i Dret de la UB.

A las Dras. Mónica Navarro-Michel y María Casado.

RESÚMENES

Resumen

Este es un estudio sobre la objeción de conciencia sanitaria dividido en tres partes. La primera trata la situación actual de la regulación, de la cuestión, a nivel internacional, regional y estatal con especial mención al ámbito sanitario. Los países incluidos en el presente trabajo doctoral, comparten el inicio de la regulación de la objeción de conciencia, a nivel sanitario, por su ejercicio ante el aborto. Resulta interesante observar como España, Colombia, Uruguay y Argentina, resuelven de distinta manera la misma problemática y se encuentran en puntos diferentes, en el camino, hacia la legislación. El análisis español de la cuestión, destaca, gracias al Proyecto de Ley orgánica de Eutanasia y los protocolos de actuación a causa de la COVID19, muestra real de la constante evolución de la objeción de conciencia sanitaria. Pues sigue siendo ejercida por los profesionales y, presenta nuevos retos a medida que evoluciona la atención para con los pacientes.

La segunda parte, expone las posturas deontológicas frente a la objeción de conciencia, nuevamente en el ámbito de la salud. Se analizan en este momento, recomendaciones de las Organizaciones Internacionales, Informes de los Comités de Bioética de Francia, España, Italia Bélgica y Polonia a pronunciamientos específicos de los Colegios profesionales e información expresa por parte de asociaciones bioéticas, centros de investigación y sociedades científicas. Con ello, a causa de la poca regulación legal, se consigue un perfil normativo deontológico de la figura del objetor útil y necesario, para poder abordar el ejercicio de la cuestión desde su vertiente práctica.

Por último, en la tercera parte presento un *modelo propuesta* consistente en un plan de actuación para intentar resolver cuestiones conflictivas que suscita el ejercicio de la objeción de conciencia profesional en el ámbito de salud. En primer lugar definiendo que la objeción de conciencia, supone una contraprestación. Entendida como la cesión del dato íntimo, tal como su condición de objetor, mediante una declaración escrita, voluntaria y entregada o bien a su superior jerárquico, o bien a su Colegio Profesional. Esta contraprestación, conecta inevitablemente con la creación de un Registro de objetores, que no tendrán como única función la captación del dato. Los Registros, tendrán como objetivo conseguir no sólo una gestión eficiente, eficaz y ágil de los recursos sanitarios, sino también la realización de informes estadísticos que permitan mantener informada a la población. Los

Comités de Ética Asistencial tendrán un papel destacado en este *modelo*, en tónica con su función consultiva actual, actuando como mediadores eficaces y garantistas, capaces de comprender la postura de todas las partes implicadas, ante el ejercicio de la objeción de conciencia. Y, los Comités de Bioética, deberán realizar las mismas tareas, así como mantener la emisión de recomendaciones al respecto. Valorando, estudiando e informando de los resultados obtenidos en los informes sobre el ejercicio profesional de la objeción de conciencia en el nivel que corresponda.

Resum

Aquest és un estudi sobre l'objecció de consciència sanitària dividit en tres parts. La primera tracta la situació actual de la regulació, de la qüestió, a nivell internacional, regional i estatal amb especial esment a l'àmbit sanitari. Els països inclosos en el present treball doctoral, comparteixen l'inici de la regulació de l'objecció de consciència, a nivell sanitari, pel seu exercici davant l'avortament. Resulta interessant observar com Espanya, Colòmbia, l'Uruguai i l'Argentina, resolen de diferent manera la mateixa problemàtica i es troben en punts diferents, en el camí, cap a la legislació. L'anàlisi espanyola de la qüestió, destaca, gràcies al Projecte de Llei orgànica d'Eutanàsia i els protocols d'actuació a causa de la COVID19, mostra real de la constant evolució de l'objecció de consciència sanitària. Perquè continua sent exercida pels professionals i, presenta nous reptes a mesura que evoluciona l'atenció envers els pacients.

La segona part, exposa les postures deontològiques enfront de l'objecció de consciència, novament en l'àmbit de la salut. S'analitzen en aquest moment, recomanacions de les Organitzacions Internacionals, Informes dels Comitès de Bioètica de França, Espanya, Itàlia Bèlgica i Polònia a pronunciaments específics dels Col·legis professionals i informació expressa per part d'associacions bioètiques, centres de recerca i societats científiques. Amb això, a causa de la poca regulació legal, s'aconsegueix un perfil normatiu deontològic de la figura de l'objector útil i necessari, per a poder abordar l'exercici de la qüestió des del seu vessant pràctic.

Finalment, en la tercera part presento un model proposada consistent en un pla d'actuació per a intentar resoldre qüestions conflictives que suscita l'exercici de l'objecció de consciència professional en l'àmbit de salut. En primer lloc defenso que l'objecció de consciència, suposa una contraprestació. Entesa com la cessió de la dada íntima, tal com la seva condició d'objector, mitjançant una declaració escrita, voluntària i lliurada o bé al seu superior jeràrquic, o bé al seu Col·legi Professional. Aquesta contraprestació, connecta inevitablement amb la creació d'un Registre d'objectors, que no tindran com a única funció la captació de la dada. Els Registres, tindran com a objectiu aconseguir no sols una gestió eficient, eficaç i àgil dels recursos sanitaris, sinó també la realització d'informes estadístics que permetin mantenir informada a la població. Els Comitès d'Ètica Assistencial tindran un

paper destacat en aquest model, en tònica amb la seva funció consultiva actual, actuant com a mediadors eficaços i garantistes, capaços de comprendre la postura de totes les parts implicades, davant l'exercici de l'objecció de consciència. I, els Comitès de Bioètica, hauran de fer les mateixes tasques, així com mantenir l'emissió de recomanacions sobre aquest tema. Valorant, estudiant i informant dels resultats obtinguts en els informes sobre l'exercici professional de l'objecció de consciència en el nivell que correspongui.

Abstract

This thesis on conscientious objection in healthcare is divided into three parts. Part one analyses the current regulation of conscientious objection in healthcare in Spain, Colombia, Uruguay and Argentina. While the rules and regulations in all four countries adhere to the same principle and grant legal protection for conscientious objection to abortion, their implementation varies. Furthermore, the paper argues that since Spanish lawmakers passed the bill to allow Euthanasia and Assisted Suicide and the protocols for reverse triage in response to the Covid-19 pandemic new provisions should be made for healthcare professionals to conscientiously object.

Part two of this paper discusses the ethical arguments for and against conscientious objection in healthcare. The expert reports on rights and medical ethics by the Bioethical Committees on conscientious objection in France, Spain, Italy, Belgium and Poland together with specific statements by colleges of physicians inform the discussion. With all this in mind, the aim is to provide a legal framework for the healthcare professional in the context of conscientious objection.

Part three puts forward a proposal for an action plan to help solve potential conflictive situations when healthcare professionals opt out of certain procedures. First and foremost, the conscientious objection must be a consideration by which the medical practitioners should advertise in writing their conscientious objections, ahead of time, to their boss, college of physicians or a Conscientious Objection in Medicine Committee. This consideration should be registered in an online database of conscientious objectors that would be easily accessible to the public. This online database should ensure an effective and transparent human resources management of health care workers. In particular, I will argue that a Conscientious Objection in Medicine Committee—which includes representatives from the medical community and from other professions, as well as from the patient population—should assess conscientious objections in medicine in terms of public reason and decide which conscientious objections should be permitted. Furthermore, the Bioethical Committees on conscientious objection should do the same tasks and offer a number of suggestions and guidance after having reviewed the outcomes of the reports drawn up at the national, regional, or local levels.

ÍNDICE

Índice

INTRODUCCIÓN	9
1.1. Hipótesis	11
1.2. Justificación.....	12
1.3. Objetivos.....	14
1.4. Descripción, estructura y contenidos	15
1.5. Metodología	17
1.6. Abreviaturas	17
 PRIMERA PARTE: Situación actual de la regulación a nivel internacional, regional y estatal de la objeción de conciencia, con especial mención al ámbito sanitario.....	23
 Capítulo I. Marco internacional de la objeción de conciencia sanitaria: Las Naciones Unidas (1945)	27
1.1. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).....	28
1.2. Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966).....	31
1.3. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).....	34
1.4. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).....	43
 Capítulo II. Marco Interamericano de la objeción de conciencia sanitaria	49
2.1. La Organización de Estados Americanos (1948): Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José, 1969) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San Salvador, 1988).....	49
2.2. Acciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.....	52
 Capítulo III. Marco Europeo y la objeción de conciencia sanitaria	59
3.1. El consejo de Europa (1949)	59

3.1.1. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales (1950)	60
3.1.2. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997)	64
3.1.3. Resolución 337 (1967) sobre el derecho a la objeción de conciencia.....	65
3.1.4. Resoluciones y recomendaciones sobre la objeción de conciencia a ciertas prácticas médicas	67
3.2. La Unión Europea (1993)	71
3.2.1. Carta Europea de Derechos Fundamentales (2000).....	72
3.2.2. El reconocimiento de la objeción de conciencia mediante el Proyecto de Constitución Europea (2004).....	73
3.2.3. Resoluciones del Parlamento Europeo con pronunciamientos acerca de la objeción de conciencia.....	75
3.2.3.a) Resolución del Parlamento Europeo sobre el respeto a los Derechos Humanos (1997)	75
3.2.3.b) Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva y los derechos afines (2001)	76
Capítulo IV. El Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Su jurisprudencia sobre la objeción de conciencia sanitaria.....	79
4.1. Introducción: observaciones estadísticas	79
4.2. Antecedentes: la Comisión Europea de Derechos Humanos y la objeción de conciencia	87
4.3. Jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la objeción de conciencia	89
4.4. Jurisprudencia del TEDH en relación al aborto	93
Capítulo V. Regulación de la objeción de conciencia en España	105
5.1. La objeción de conciencia en el Derecho constitucional	105
5.1.1. El reconocimiento constitucional y sus efectos	105
5.1.2. La posición del Tribunal Constitucional.....	109
5.2. Supuestos legalmente previstos de objeción de conciencia sanitaria	111

5.2.1. Al aborto: la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo	112
5.2.2. A la prestación de ayuda para morir: la proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia	116
5.3. Relación con la desobediencia civil.....	120
5.3.1. Criterios de delimitación de ambas figuras	121
5.3.2. El deber de obediencia al Derecho	123
5.4. ¿Objeción de conciencia a un deber negativo o desobediencia civil? El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones	126
5.4.1. Cambios introducidos por el Real Decreto Ley 16/2012.....	128
5.4.2. La reacción de los colectivos profesionales.....	131
5.4.3. La reacción de algunas comunidades autónomas	133
5.4.4. La STC 134/2017, de 16 de noviembre.....	137
5.4.5. El Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.....	140
5.5. Distribución de recursos y praxis médica: la lucha frente a la COVID19	141
Capítulo VI. Otras regulaciones estatales de la objeción de conciencia	147
6.1. Colombia.....	147
6.1.1. Antecedentes.....	147
6.1.2. Despenalización del aborto en Colombia: el valor de la objeción de conciencia	150
6.1.3. Consideraciones acerca del ejercicio de la objeción de conciencia	167
6.2. Uruguay	171
6.2.1. Marco legal	172
6.2.1.a). Reconocimiento legal de la objeción de conciencia sanitaria	172
6.2.1.b). El proyecto de ley sobre libertad de conciencia e ideario (2010).....	175
6.2.1.c). La Ley 18987 de interrupción voluntaria del embarazo (2012) y el Decreto reglamentario 375/2012.....	181
6.2.1.d). Proyecto de Ley: Reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario. Recurso hábeas conscientiam (2015)	188

6.2.2. Aplicación práctica de la objeción de conciencia	192
6.3. Argentina	195
6.3.1. Reconocimiento legal de la objeción de conciencia sanitaria	196
6.3.1.a). Leyes estatales.....	196
6.3.1.b). Leyes provinciales	199
6.3.1.c). Jurisprudencia.....	202
6.3.2. Protocolos de actuación médica y la función de la Red de Comités de Bioética Asistencial en relación con la objeción de conciencia	210
6.3.3. El avance más significativo: Santa Fe y su Registro Público Provincial de Objeto de Conciencia (2010)	214
6.3.4. Consideraciones acerca del ejercicio de objeción de conciencia en Argentina	217
SEGUNDA PARTE: Posturas deontológicas frente a la objeción de conciencia sanitaria.....	219
Capítulo VII. Deontología médica internacional y objeción de conciencia sanitaria.	223
7.1. Las organizaciones Internacionales	224
7.1.1. Organización Mundial de la Salud (1948)	224
7.1.2. Organización Internacional del Trabajo (1919)	230
7.1.2.a). Convenio 106 relativo al descanso semanal en el comercio y las oficinas (1957)	230
7.1.2.b). Recomendación 157 y el Convenio 149, sobre el personal de enfermería (1977).....	231
7.2. Los Comités de Bioética/ética de ámbito internacional	232
7.2.1. Asociación Médica Mundial (1947) y su Comisión de Ética.....	234
7.2.2. Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (1993).....	236
7.2.3. Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa (1992), ahora Comité de Bioética del Consejo de Europa (2012).....	241
Capítulo VIII. Comités de Bioética/ética nacionales desde una perspectiva comparada.....	245

8.1. Recomendaciones expresas sobre la objeción de conciencia sanitaria emitidas por comités de bioética nacionales	248
8.1.1. Francia. Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud. (1983). El reconocimiento genérico de la cláusula de conciencia en los Avisos del Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud frente a su supresión	248
8.1.2. España. Comité de Bioética de España (2008)	251
8.1.2.a). Opinión del Comité de Bioética a propósito del proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2009)	253
8.1.2.b). Objeción de conciencia en sanidad (2011)	255
8.1.2.c). Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada (2014)	256
8.1.3. Italia. Comisión Nacional para la Bioética (1990): “Objeción de conciencia y bioética (2012)”	259
8.1.4. Bélgica. Comité Consultivo de Bioética de Bélgica (1993) y sus Opiniones relativas a la cláusula de conciencia	270
8.1.5. Polonia. Comisión de Bioética, Ministerio de Salud (1996-2016). “Comunicación sobre el nombramiento de los llamados médicos. Cláusula de conciencia y traducciones del juicio R.R. contra Polonia [solicitud Núm. 17617/04] (2012)” y “Petición frente a la objeción de conciencia y la vacunación obligatoria (2016)”	277
8.2. Recomendaciones expresas sobre datos informatizados en el ámbito de la salud por parte de los Comités Nacionales de Bioética desde la perspectiva internacional	281
8.2.1. Polonia y Francia como antecedentes para la recomendación de un Registro Nacional de Objetores de conciencia.....	282
8.3. Comités de Bioética en las Comunidades Autónomas españolas. Especial mención al Comité de Bioética de Cataluña (1992) y sus informes.....	284
8.3.1. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña frente el rechazo de los pacientes enfermos al tratamiento (2010).....	285
8.3.2. Reflexiones sobre la práctica de la objeción de conciencia en la Interrupción Voluntaria de la Gestación (2011).....	285
8.3.3. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña sobre la confidencialidad en la documentación clínica informatizada (2013)	286

Capítulo IX. Otros organismos al margen de los Comités nacionales	289
9.1. Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (2002)	289
9.2. Carta de los Derechos y Deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria (2015)	291
9.3. Códigos de deontología médica como medida reguladora del ejercicio de la objección de conciencia en el ámbito de salud	295
9.3.1. Organización Médica Colegial. Código de Deontología médica. Guía de ética médica (2011)	295
9.3.2. Pronunciamientos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos	298
9.3.2.a). Declaraciones sobre objeción de conciencia (1997 y 2009)	299
9.3.2.b). Guías de ética en la práctica médica. Ética de la objeción de conciencia (2008)	303
9.3.3. Código de deontología del Colegio Oficial de médicos de Cataluña (2005).....	305
9.3.4. Documento de posición sobre la objeción de conciencia. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2010)	307
9.3.5. Código de Deontología de la profesión farmacéutica. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (2018).....	309
9.3.6. Normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería. Consideraciones sobre objeción de conciencia de distintas organizaciones colegiales, en especial las dispuestas por la Organización Colegial de Enfermería de España (2001)	313
9.4. Sociedades científicas, centros de investigación y asociaciones bioéticas	319
9.4.1. Observatori de Bioètica i Dret de la UB: Documento sobre la objección de conciencia en sanidad (2007).....	319
9.4.2. Grupo de Estudios de Política Criminal: El tratamiento jurídico de la objección de conciencia (2016)	325
9.4.3. Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid. Su compilación de artículos sobre la objeción de conciencia y el reprochable uso de los CEA en España	330
9.4.4. Asociación Nacional para la Defensa al derecho a la objeción de conciencia	335

TERCERA PARTE: Balance equidistante entre los profesionales sanitarios y los usuarios del servicio de salud. El papel de la contraprestación y el Registro de objetores como muestra de equilibrio 337

Capítulo X. La contraprestación..... 341

10.1. La prestación sustitutoria a un deber legal 341

10.2. El contenido de la contraprestación en el modelo propuesta..... 344

10.2.1. El acceso al dato de la objeción por parte del paciente o usuario sanitario 345

10.2.1.a). Justificación 345

10.2.1.b). Obstáculos teóricos y prácticos 347

10.2.2. El precedente de la provincia de Santa Fe (Argentina) 353

10.2.3. Cauce normativo adecuado 356

Capítulo XI. Registro de objetores de conciencia 359

11.1. Registros de objetores de conciencia en el derecho estatal español..... 359

11.2. Registros de objeción de conciencia en el derecho autonómico..... 361

11.2.1. La normativa en Castilla-La Mancha 361

11.2.2. La Ley Foral 16/2010, de 8 de noviembre, por la que se crea el registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo..... 363

11.2.3. La STC 151/2014, de 25 de septiembre 364

11.3. Implantación de los Registros de Objetores de Conciencia en los colegios profesionales 367

11.4. Funcionamiento de los Registros de Objetores de Conciencia 370

11.5. El modelo propuesto de Registro de Objetores de Conciencia 373

11.5.1. La creación del Registro y ente encargado del mismo 373

11.5.2. Sujetos que pueden objetar y modo de hacerlo 376

11.5.3. Acceso al Registro de Objetores de Conciencia..... 378

11.5.3.a). Sujetos legitimados..... 378

11.6. La incorporación de la condición de objetor a la historia clínica compartida: mhealth en el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria 380

CONCLUSIONES	389
ANEXOS	403
1. Anexos I	405
2. Anexos II	407
3. Anexos III	411
BIBLIOGRAFÍA	415

INTRODUCCIÓN

Introducción

1.1. Hipótesis.

La hipótesis principal de este trabajo es que el reconocimiento legal de la objeción de conciencia es insuficiente, y que es necesario adoptar medidas adicionales para su implementación efectiva. En concreto, resulta oportuno la creación de un nuevo mecanismo informatizado, el Registro de Objetores, integrado en la Historia Clínica, de acceso público pero controlado, gestionado de una manera lo suficientemente autónoma como para evitar acontecimientos que entorpezcan el buen funcionamiento y gestión de los centros sanitarios, bien sean centros de atención primaria, consultas especializadas u hospitales.

A lo largo de la tesis doctoral, se analiza si los instrumentos jurídicos, deontológicos y bioéticos, existentes son los adecuados para interpretar la cuestión o si necesitan modificaciones; y en caso de ser así, determinar cuál sería el modelo aplicable. Haciendo hincapié en las posibilidades de la regulación, de tipo genérico o individual y su fracaso actual.

En los diferentes apartados, se procederá analizar y examinar la situación normativa, deontológica y bioética de la objeción de conciencia sanitaria. Observando la rigidez del cuerpo normativo, y evaluando su impacto dentro de la moral profesional. Suscitando la diferenciación entre cuerpos legales y no legales (deontología y bioética), y la siguiente incógnita que versa sobre si ha de aplicarse una formulación normativa rígida ante el ejercicio de la objeción de conciencia del profesional sanitario, o por el contrario debe apostarse por actos sencillos que permitan agilizar el uso de recursos actual en el ámbito sanitario para ofrecer las prestaciones ofrecidas a nivel sanitario sin obstáculos.

Ante la pregunta suscitada con anterioridad, se debe tener en cuenta que la objeción es una figura evolutiva temporal y situacional, por lo que la práctica de su ejercicio debería prever este tipo de mutaciones perceptibles al cambio biotecnológico y científico. La objeción de conciencia es el símbolo más activo de una sociedad democrática, permisiva y actual. Por ello, la regulación de esta cuestión no puede quedar al libre albedrío, ni ejercerse

bajo premisas no normativas. Y por ello la segunda de las posibilidades parece la más adecuada hasta superar los impedimentos legales actuales, que tienen la naturaleza jurídica de la objeción de conciencia totalmente encallada en el plano legal.

El último punto de este trabajo doctoral, ofrece un posible modelo de actuación sobre el cuál actuar de forma protocolizada aspirando ofrecer una seguridad jurídica, aunque imposible hasta conseguir una regulación, acorde a las necesidades que el campo sanitario necesita actualmente.

1.2. Justificación.

Cada vez es mayor la necesidad de contar con marcos éticos y jurídicos claros que permitan a los profesionales sanitarios dar una atención de salud de calidad basada en la confianza, el respeto y el reconocimiento de la dignidad de la persona a la que se atiende. La Bioética ha contribuido a lo largo de los años a generar este marco. Sin embargo, aún hoy ciertos ámbitos de la atención de la salud siguen siendo poco claros; el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales es un buen ejemplo de ello.

Esta tesis parte del estudio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, desempeñada por profesionales de este sector que, amparados por un conflicto entre la propia moral y el deber, se enfrentan a un conflicto que les obliga a no realizar una determinada prestación en el campo médico.

Establecer diferencias conceptuales precisas entre lo que es propiamente objeción de conciencia y lo que constituye una mera desobediencia civil es una tarea necesaria en el contexto actual. Tanto es así, que esta distinción es materia del análisis y de actuación por parte de los Comités de Ética Asistencial (CEA) de los distintos centros sanitarios. Por estas razones, el análisis de los diferentes contextos: español, europeo y latinoamericano, resulta una indispensable para poder entender el estado de la cuestión en los diferentes contextos regionales y estatales.

Al desarrollar mi investigación como parte del Máster de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, pude observar la necesidad de establecer unas pautas de actuación por parte de los CEA entendidas como herramientas útiles en los contextos asistenciales y ante las situaciones en las que había que concretar y clarificar los límites para el uso de la objeción, dónde una posible solución para facilitar una respuesta inmediata podía ser la creación de un protocolo de actuación que se anticipará a las conductas, y que generara seguridad para todos los miembros implicados en la relación

sanitaria.

Ninguna desobediencia es tan ampliamente respetada como la objeción de conciencia, pero no debemos olvidar que desde la perspectiva jurídica todo tipo de exoneración de un deber debe llevar intrínsecamente una contraprestación, para respetar el principio de equidad que nos protege a todos. Por ello, en esta tesis doctoral, se pretender dar posibles soluciones para que en caso de conflicto entre la moral y el deber profesional sanitario esté pueda, en los casos en que sea posible, acogerse a ejercer esta acción de “no hacer un deber exigible” en base a sus convicciones morales. En algunos casos, la objeción de conciencia pretendida no se da, y lo que se pretende encubrir mediante su alegación es una desobediencia *strictu sensu*.

También es motivo de estudio, en este trabajo, la problemática desentrañada por los Registros de objetores. Resolviendo a favor del equilibrio entre la protección de datos, la confidencialidad e intimidad de los profesionales objetores, así como la necesidad de obtención de estos datos por parte del centro, para poder coordinar y cubrir todas las prestaciones que el mismo ofrece a todos los ciudadanos cubriendo las necesidades que los derechos fundamentales manifiestan sobre todo el derecho a la vida, a la integridad física y a la salud de los pacientes.

Para concluir, se propondrá un modelo ideal de actuación, llamado *modelo propuesta*, para que, en una práctica, el plan de actuación de las instituciones sea un ejemplo de eficiencia y calidad sanitaria. A través de él, se resolverá el conflicto moral planteado y se abordará la contraprestación, configurada como la autorización a la cesión del dato de la objeción del profesional al paciente o usuario del sistema sanitario. Pautas de actuación (modelo ideal) y Registro de objetores, serían las herramientas centrales de actuación, que tratarán de configurar un sistema organizativo interno, las cuales junto a una guía de actuación (que incluso se podría protocolizar) concluirían el sistema referente para los CEA de cualquier centro de salud.

1.3. Objetivos.

Los objetivos perseguidos con esta tesis doctoral son los siguientes:

1. Recopilar, clasificar y analizar material bibliográfico, normativo, deontológico y jurisprudencial acerca de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario.
2. Realizar un estudio normativo a diferentes niveles, desde los enunciados generales no vinculantes hasta los deberes legales y la tipología excepcional que es la objeción. Es decir, desde las declaraciones universales (marco internacional) hasta los artículos compilados en una ley específica (marco estatal y autonómico).
3. Efectuar un estudio jurisprudencial sobre la objeción de conciencia, desde una perspectiva comparada, para analizar cómo los tribunales resuelven los conflictos que se plantean, en casos de interés bioético como el aborto, la eutanasia, el límite del esfuerzo terapéutico, y otros. Se dedica una especial atención al Tribunal Europeo de Derechos Humanos, por la influencia que tiene sobre otros tribunales, no solo europeos.
4. Plasmar la regulación estatal de países en los que la forma de ejercer la objeción de conciencia tiene una especial relevancia. Los países que se analizan con especial interés son España, Colombia, Uruguay y Argentina. De estos países se incluye no solo una descripción de sus normativas, sino que se recoge cuál es su aplicación práctica, y cuáles son los problemas concretos que plantea, desde un análisis crítico.
5. Presentar un estudio deontológico y bioético, con la finalidad de contextualizar la práctica de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios a día de hoy. Con ese fin se observan Organizaciones Internacionales del ámbito de la salud, Comités de ética/Bioética de ámbito internacional y Comités de Bioética de países concretos, selecciones en función de los pronunciamientos expresos sobre objeción de conciencia de sus Comités de Bioética Nacionales. Siguiendo este criterio, de estudio destaca especialmente Francia, España, Italia, Bélgica y Polonia.
6. Relacionado con lo anterior, se estudian herramientas de actuación de otras entidades de carácter bioético tales como las Cartas de Derecho de los Pacientes, diferentes Códigos de Deontología Médica, e Informes de asociaciones de cierta entidad, con significativo arraigo en el ámbito bioético.
7. Desarrollar una propuesta normativa, con el nombre "*Modelo propuesta*", que permita el ejercicio efectivo, pautado y controlado de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios.

8. Defender la contraprestación como un mecanismo de control y garantía que evite el riesgo de mal uso de la objeción de conciencia.
9. Abogar por instaurar un Registro de Objetores de acceso público pero restringido, integrado el dato de la objeción profesional en la Historia Clínica del paciente, gestionado por el organismo administrativo correspondiente (Ministerio de Salud o equivalente autonómico) y los Comités de Ética Asistencial de la institución sanitaria.
10. Exponer el funcionamiento de este nuevo mecanismo, en formato informático, que permitirá el acceso, la modificación, la cancelación y la protección de datos contenidos, así como la agilidad ante las vicisitudes que se puedan presentar. Esta es la base del *modelo propuesta*.

1.4. Descripción, estructura y contenidos.

Este trabajo doctoral pretende analizar, con un nuevo enfoque, la problemática vinculada al ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios. Desde la prisma jurídico-bioética, intentaré clarificar unos marcos éticos y normativos poco claros, en busca de paliar los problemas que la práctica de la objeción de conciencia en la profesión ha supuesto, un detrimento en la atención de salud de calidad.

Este trabajo se divide en once capítulos, agrupados en alguna de los siguientes bloques:

1. Introducción.
2. Primera Parte: "Situación actual de la regulación a nivel internacional, regional y estatal de la objeción de conciencia, con especial mención a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario".
3. Segunda Parte: "Posturas deontológicas frente a la objeción de conciencia sanitaria".
4. Tercera Parte: "Balance equidistante entre los profesionales sanitarios y los usuarios del servicio de salud. El papel de la contraprestación y el Registro de Objetores como muestra de equilibrio".
5. Conclusión.
6. Anexos.
7. Bibliografía.

Cada una de las partes enumeradas se centra en un ámbito de estudio. En la primera parte, se aborda el estudio de la regulación jurídica de la objeción de conciencia (derecho). En la segunda parte, se realiza un análisis desde la perspectiva deontológica (bioética). Y finalmente, en la tercera parte se examina el debate generado por los Registros de objetores, abordado como uno de los pilares, junto con la contraprestación de los

profesionales objetores ejercientes, del modelo de actuación que propongo como posible solución al conflicto. Lo que denomino *modelo propuesta* podría ser un protocolo de actuación futuro dentro de las instituciones sanitarias.

El contenido de este trabajo se centra en un estudio normativo y jurisprudencial, desde el marco internacional (declaraciones universales) hasta el marco estatal (leyes estatales o autonómicas), pasando por los ámbitos regionales (Latinoamérica y Europa). Los países en que se centra el estudio normativo son España, Argentina, Colombia y Uruguay. De cada uno de los países citados presento los antecedentes, la regulación de la objeción de conciencia y la problemática suscitada por su ejercicio, así como las soluciones que esos países han instaurado en caso de que se haya considerado la objeción de conciencia como un impedimento al normal transcurso de las prestaciones solicitadas por sus usuarios en el sistema de salud. Aunque todos ellos son países de habla hispana, no es ese el dato relevante, sino que todos ellos tienen en común que ha habido un debate sobre la objeción de conciencia a partir del mismo supuesto sanitario, la interrupción voluntaria del embarazo, en ocasiones despenalizada o permitida por el Estado en cuestión, en otras aún penalizada y realizada, en su caso, de forma ilegal.

También se realiza un estudio jurisprudencial sobre la objeción de conciencia que permite la inclusión y análisis de varios países, aunque no tan exhaustivo como el estudio normativo, pues se tiene como base el pronunciamiento judicial y no la regulación, de países europeos como Italia, o de regiones de Latinoamérica concretas como San Luis y Río Negro. Todo ello, intentando contextualizar la práctica de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios a día de hoy. Esta investigación, da lugar al desarrollo de mi *modelo propuesta* que pretende asegurar el ejercicio efectivo de la objeción de conciencia: (i) defendiendo la contraprestación como un mecanismo de control y garantía, frente a los riesgos del mal uso de la objeción de conciencia en relación al ámbito de la salud; (ii) abogando por un Registro de objetores, como mínimo, que sea central, único y estatal; y, (iii) exponiendo la aplicación práctica de este *modelo propuesta*, como un mecanismo de formato informático, respetando el derecho de acceso, codificado, con una difusión controlada y al que sólo pueden acceder las partes implicadas e interesadas (médico, paciente, gestor sanitario y comités, tanto de ética asistencial como de bioética).

1.5. Metodología.

Para la realización de esta tesis doctoral se utilizarán técnicas de trabajo propias del Derecho y las ciencias sociales, estudio de legislación y jurisprudencia, así como análisis y debate de los principios éticos aplicables al caso. Se revisa también la doctrina científica sobre el derecho a ejercer la objeción de conciencia de forma libre, así como los informes de diferentes organismos que inciden en el tema objeto de estudio, así como los instrumentos deontológicos y bioéticos que hasta el momento existen. Todo ello en un contexto que excede del marco de nuestro país, con una clara perspectiva comparada, ya que el análisis y conocimiento de los problemas y soluciones de otros países, a menudo permiten descubrir soluciones a los conflictos o dificultades planteadas.

1.6. Abreviaturas.

<u>Abreviatura</u>	<u>Nombre completo</u>
AAVV	Autores Varios
ABIMAD	Asociación Bioética de la Comunidad de Madrid
AEPD	Agencia Española de Protección de Datos
AIS	Asociación de Iniciativas Sanitarias
<i>AJB</i>	<i>American Journal of Bioethics</i>
AMM	Asociación Médica Mundial
AMP	Asociación Médica Profesional
ANDOC	Asociación para la Defensa del Derecho a la Objeción de Conciencia
<i>APDCAT</i>	<i>Agencia de Protecció de Dades de Catalunya</i>
ASSE	Administración de Servicios de Salud del Estado
AWID	Association for Women's Rights in Development
CA	Comunidad Autónoma
CADH	Convención Americana de Derechos Humanos
CAHBI	Comité <i>ad hoc</i> de expertos sobre el progreso de ciencias biomédicas
CAP	Centro de Atención Primaria

CASSIR	Centros Asistenciales de Salud Sexual y Reproductiva
CB	Comisión de Bioética
CBA	Comités de Bioética Asistencial
CBCAT	Comité de Bioética de Cataluña
CBE	Comité de Bioética de España
CCAA	Comunidades Autónomas
CCB	Comité Consultivo de Bioética
CCMC	Colegio Oficial de Médicos de Cataluña
CCNE	Comité Consultivo Nacional de Ética para las ciencias de la vida y de la salud
CCol	Constitución Colombiana
CDBI	Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa
<i>CDDCat</i>	<i>Carta de Drets i Deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció primària</i>
CDESC	Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales
CDFUE	Carta sobre Derechos Fundamentales de la Unión Europea
CDHBM	Comité de Derechos Humanos y Biomedicina
CDIB	Comité directivo de Bioética del Consejo de Europa
CDPF	Código Deontológico de la Profesión Farmacéutica
CE	Comités de Ética
CE	Constitución Española
CEA	Comités de Ética Asistencial
CEAS	Plural de CEA
CEDAW	Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer
CEDF	Carta Europea de Derechos Fundamentales
CEDH	Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos
CEDP	Carta Europea de Derechos de los Pacientes
CEDS	Comité Europeo de Derechos sociales

CEEI	Comité Español de Ética de la Investigación
CEIC	Comités de Ética en Investigación Clínica
CEMUr	Código de Ética Médica del Sindicato Médico de Uruguay
CGE	Consejo General de Enfermería
CGCOM	Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos
CGIL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CHE	Comité Hospitalario de Ética
CIB	Comité Internacional de Bioética de la UNESCO
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIDh	Convención Internacional de Derechos Humanos
CIOMS	Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas
CMG	Consejo Médico General
CNA	Constitución de la Nación Argentina
CNB	Comisión Nacional para la Bioética
CNU	Carta de las Naciones Unidas
COFB	Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona
COMB	Colegio Oficial de Médicos de Barcelona
COMG	Colegio Oficial de Médicos de Girona
COMLL	Colegio Oficial de Médicos de Lleida
COMT	Colegio Oficial de Médicos de Tarragona
COMM	Colegio Oficial de Médicos de Madrid
CP	Código Penal
CPDF	Código Deontológico de la Profesión Farmacéutica
CSJN	Corte Suprema de Justicia de la Nación
CUr	Constitución de Uruguay
<i>D.N.R.</i>	<i>Do not Reanimate</i>
DESC	Derechos Económicos Sociales y Culturales

DH-BIO	Comité de Bioética el Consejo de Europa
DUBDH	Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
DVA	Documento de Voluntades Anticipadas
EAC	Estatuto de Autonomía de Cataluña
EEMM	Estados Miembro
EM	Estado Miembro
EPS	Entidad Promotora de Salud
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual
EUA	Estados Unidos
<i>FU</i>	<i>Finestreta Única</i>
GEPC	Grupo de Estudios de Política Criminal
GPP	Grupo Parlamentario Popular del congreso de diputados
HC	Historia Clínica
HC ₃	Historia Clínica Compartida
HCD	Historia Clínica Digital
HCDSNS	Historia Clínica Digital del Servicio Nacional de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
INJUVE	Instituto de la juventud
IPS	Instituto Prestador de Salud
IVE	Interrupción Voluntaria del Embarazo
LAP	Ley de Autonomía del Paciente
LECrim	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LET	Límite de Esfuerzo Terapéutico
LGS	Ley General de Sanidad
LO	Ley Orgánica
<i>LOSC</i>	<i>Llei d'ordenació Sanitària a Catalunya</i>
LOPD	Ley Orgánica de Protección de Datos

LOPDGDD	Ley Orgánica de Protección de Datos personales y Garantía de los Derechos Digitales
LO 2/2010	Ley Orgánica Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo
MSP	Ministerio de Salud Pública
MYSU	Mujer y Salud en Uruguay
OBD	Observatorio de Bioética y Derecho
OEA	Organización de Estados Americanos
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Médica Colegial
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONTSI	Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones, de la Economía y de la Sociedad Digital
ONU	Organización de las Naciones Unidas
<i>PAIMM</i>	<i>Programa d'Ajut Integral al Metge Malalt</i>
PIDCP	Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PPD	Píldora Post Coital ó Píldora del Día Después
PSS	Prestación Social Sustitutoria
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Ley
RDLOPD	Reglamento de Ley Orgánica de Protección de Daris
RIOC	Registro Institucional de Objetores de Conciencia
ROC	Registro de Objetores de Conciencia
RPPOC	Registro Público Provincial de Objetores de Conciencia
RRSS	Redes Sociales
SEMICYUC	Sociedad Española de Medicina Intensiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

<i>SISCAT</i>	<i>Sistema Sanitari Integral d'utilització Pública de Catalunya</i>
SMO	Servicio Militar Obligatorio
SNS	Servicio Nacional de Salud
<i>TAC</i>	<i>Treatment Action Campaign</i>
TC	Tribunal Constitucional
TCA	Tribunal Contencioso Administrativo de Uruguay
TCEE	Tratado de la Comunidad Económica Europea
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos
THRA	Técnicas de Reproducción Humana Asistida
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TJUE	Tribunal de Justicia de la Unión Europea
TNEM	Tribunal Nacional de Ética Médica
TS	Tribunal Supremo
TSJ	Tribunal Superior de Justicia
TSJA	Tribunal Superior de Justicia de Andalucía
TSJCLM	Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha
TSV	Tratamiento de Soporte Vital
TUE	Tratado de la Unión Europea
UN	Naciones Unidas
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WLWW	Womens Link World Wide

PRIMERA PARTE

Situación actual de la regulación a nivel internacional, regional y estatal de la objeción de conciencia, con especial mención al ámbito sanitario.

Para constatar la lenta y confusa evolución del ejercicio de la objeción de conciencia, es preciso iniciar el estudio de la cuestión desde sus antecedentes jurídicos hasta la perspectiva jurídica actual. La normativa analizada se dividirá en cuatro bloques: el marco internacional, el marco interamericano, el marco europeo y regulación nacional seleccionada. En este caso, se utilizará un marco internacional y un marco regional, pues se analiza el marco interamericano y el europeo, para después analizar países concretos que pertenecen a América Latina o a Europa.

La decisión de incluir países del contexto latinoamericano obedece a la existencia de raíces culturales comunes entre América Latina y España, lo que facilita la metodología comparativa entre regulaciones acerca de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Se observarán las diferencias existentes entre las distintas regulaciones, entre las que destaca, por un lado, como la objeción de conciencia sanitaria se entiende incluida en un precepto aunque no esté expresamente mencionado en él, y por otro cómo la objeción se menciona simplemente de forma textual sin un contexto interpretable. Destacaré las carencias de esta regulación internacional del objeto de estudio, para valorar si verdaderamente es necesario un cambio en esta situación normativa; a nivel metodológico, se ha optado por exponer de manera genérica el instrumento jurídico (declaración, pacto, resolución, convenio o norma) para posteriormente incluir la interpretación que se ha hecho del mismo a nivel sanitario, si la hubiere. De no ser así, recurriendo a los antecedentes doctrinales, se explicará desde la perspectiva bioético jurídica con aportaciones propias. Existen diversas referencias a lo largo de este trabajo doctoral a países como Colombia, México, Uruguay, Argentina y Chile, todos ellos pertenecientes a América Latina. La elección de estos países concretos como base del estudio en esta primera parte obedece al hecho de la existencia de raíces culturales comunes entre América Latina y España, lo que facilita la metodología comparativa entre regulaciones acerca de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. He escogido Colombia, Uruguay y Argentina para un análisis detallado de la cuestión por distintas razones, pero sintetizándolas puedo adelantar la siguiente justificación: considero a Colombia el antecedente más similar a la situación vivida en España hasta la regulación de la LO 2/2010. Uruguay y Argentina, los precedentes, resultan buenas muestras de la evolución de la objeción de conciencia en sanidad, ejemplos jurídicos viables que deben servir como modelos a seguir para la futura regulación española.

Asimismo, en los capítulo cuarto de esta primera parte, se conforma por el análisis jurisprudencial de la cuestión desde los mismos marcos mencionados con anterioridad. Divido estos marcos por organismos, con especial atención al Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH). Y en el quinto capítulo, se estudiará la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito nacional sanitario de países concretos, como Uruguay, Colombia y Argentina —a nivel interamericano— y España. Si bien es cierto que la cuestión de la objeción de conciencia sanitaria a nivel jurisprudencial está mejor resuelta, un sistema jurídico —con indiferencia a su ámbito de aplicación— no debería basarse solo en jurisprudencia y doctrina, pues ello conlleva a un conformismo normativo lleno de lagunas legales.

Con este primer apartado, y tras el análisis de la normativa, jurisprudencia y doctrina, se persigue verificar la idea de que esta ambigüedad legal frente a la objeción de conciencia sanitaria no hace más que perjudicar a sus ejercientes y a terceros implicados de forma directa e indirecta en el ejercicio del objeto. A causa de esta imprecisión, los objetores pueden extralimitarse en el ejercicio de su derecho perjudicando de manera inadmisibles a los terceros e incluso al sistema sanitario de la región en la que desempeñen su función.

Finalmente, se concluye con el balance de la situación actual, empezando a gestar y enunciar el modelo de regulación y actuación para la objeción de conciencia sanitaria que propongo, a partir de ahora y nombrado a lo largo del trabajo doctoral como *modelo propuesta*.

Capítulo I

Marco internacional del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria: las Naciones Unidas (1945)

El presente capítulo proporciona el marco general, ordenado cronológicamente, de los instrumentos internacionales que sirven de punto de partida a todo análisis de la objeción de conciencia, con carácter general, con independencia de su fuerza vinculante.

La ONU (Organización de las Naciones Unidas), como es sabido, fue creada con el propósito de estabilizar las relaciones internacionales y mantener la paz después de la segunda guerra mundial. Constituida como una organización internacional, su declaración de principios está recogida en la Carta de las Naciones Unidas (CNU, también llamada Carta de San Francisco (1945)¹. Su objetivo fundamental gira en torno a la creación de condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para resolver las controversias entre naciones de manera pacífica; y la promoción del respeto universal a los derechos humanos, basados en la eliminación de distinciones entre razas, sexos, idiomas o religiones².

La ONU se pronuncia mediante declaraciones, pactos, convenios y recomendaciones de los órganos e instituciones que la integran. La naturaleza jurídica de estos documentos depende de la manera en que los ordenamientos internos las legitiman y hacen suyas. En el caso de los tratados internacionales, vigentes y ratificados por los países, éstos se equiparan a la jerarquía de las cartas constitucionales. Las declaraciones bioéticas pueden llegar a tener un estatus jurídico vinculante mediante el acuerdo y consenso de los Estados, que los incorporan a instrumentos legales internos. Y así, declaraciones y códigos de conducta articulados mediante distintos procesos son, por el consenso de organismos

¹ Naciones Unidas. *Carta de las Naciones Unidas*, firmada en San Francisco al terminar la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Organización Internacional, y entró en vigor el 24 de octubre del mismo año.

² Art. 55 Carta de Las Naciones Unidas:

“Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá: niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social [...]”.

La solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades.”

internacionales o de los diferentes Estados, equiparados a tratados internacionales e integrados en el *hard law*³.

El ejercicio de la objeción de conciencia implica una controversia en la que participan, por un lado, el profesional objetor y el paciente de forma directa (como implicados), y por otro, el centro sanitario, de forma indirecta (ya que de él depende la organización y la realización del servicio). Los instrumentos internacionales no regulan la objeción de conciencia de manera expresa, pero son relevantes en la medida en que dan argumentos para el debate, y establecen algunos límites a su ejercicio. Así, la voluntad de objetar no puede ser motivo de discriminación pero, al mismo tiempo, no puede obstaculizar indebidamente el acceso a la prestación sanitaria. Existe un debate en torno a si la objeción de conciencia profesional puede ser un derecho fundamental y, aunque es discutible, me permito adelantar que no comparto esta consideración.

1.1. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).

La *Declaración Universal de Derechos Humanos* (DUDH), adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su Resolución 217 A (III) de 10 de diciembre de 1948⁴, es el instrumento internacional más relevante sobre los derechos humanos, que recoge el catálogo universal y consensuado de derechos y libertades, estableciendo un mínimo común aplicable a todas las sociedades⁵. Es el primer documento con alcance universal, y se erige como el “ideal común” al que todos deben aspirar en materia de derechos humanos, como resalta en su Preámbulo⁶; es el referente ético y legal internacional, que sirve de guía, modelo e inspiración a las legislaciones de los diferentes Estados, que no la pueden desconocer⁷.

A pesar de que carece de fuerza vinculante para los Estados⁸, no hay que pensar que la DUDH es mero *soft law*, sino que sus disposiciones pueden ser aplicadas a través de otros instrumentos. Por un lado, es el modelo de algunos convenios internacionales de la

³ CORNEJO PLAZA, María Isabel. «Naturaleza jurídica de las Declaraciones Internacionales sobre Bioética», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 34, 2015, pp. 26-27.

⁴ Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

⁵ CASADO GONZÁLEZ, María. «A propósito de la educación y participación en la Declaración Universal de Derechos Humanos», *Revista de derecho de Familia y de las personas*, La Ley, núm. 9, 2011, p. 187.

⁶ Expresión utilizada por Mary Robinson (Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) en el Congreso Universitario Internacional de la UNIV (Universidad del País Vasco) en 1998. Puede accederse a la transcripción de dicha clausura en el siguiente enlace <http://www.oc.lm.ehu.es/-cupv/univ98/Ponencias/Mary.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷ TRUYOL y SERRA, Antonio. *Los derechos humanos*, 3ª edición, Madrid: Tecnos, 2004, p. 31.

⁸ *Ibidem* p. 128: carece de efecto jurídico inmediato.

ONU, que sí son vinculantes (Pacto internacional sobre derechos civiles y políticos, Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales⁹); por otro, su contenido se puede positivizar en las legislaciones de los Estados que regulan los derechos humanos, en la medida que recogen derechos incluidos en la DUDH¹⁰. Para la Constitución española (CE), la DUDH sirve como criterio interpretativo de los derechos fundamentales y libertad reconocidos (art. 10.2 CE).

La esencia de los derechos humanos es la dignidad humana, a la que se pueden reconducir los derechos humanos. Y esa idea supone reconocer al individuo como sujeto de Derecho internacional, donde tradicionalmente los únicos actores eran los Estados. Ello lleva a hablar, según Cassese, de un proceso de “humanización del Derecho”¹¹; para Carrillo, este proceso de humanización permite diferenciar entre el Derecho internacional tradicional y el actual, al afirmar que “el Derecho Internacional de nuestros días tiene como una de sus preocupaciones fundamentales la protección y promoción de la dignidad del ser humano en la esfera internacional”¹².

Hechas estas consideraciones, y centrándonos ya en los derechos recogidos en la DUDH, cabe destacar que no aparece recogida mención alguna sobre la objeción de conciencia. Ello no debe sorprender, ya que la característica propia de esta objeción es la “excepcionalidad”, y se contrapone con la característica esencial de los derechos, que es su generalidad. El art. 18 DUDH reconoce la libertad de pensamiento, conciencia y religión¹³, que puede servir de base o fundamento a la objeción de conciencia. La DUDH reconoce también el derecho a la salud como un derecho fundamental, en su art. 25¹⁴. Este artículo es relevante a nuestros efectos porque puede generar una obligación del Estado a prestar una

⁹ Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, de 16 de diciembre de 1966. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI); y Naciones Unidas. *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, de 16 de diciembre de 1966. Adoptado y abierto a firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200A (XXI), de 16 de diciembre de 1966.

¹⁰ BERNAL CAMARGO, Diana Rocío. «La solidaridad y las declaraciones internacionales de derechos humanos y bioética: el caso del derecho a la salud en pueblos indígenas colombianos», *Actha Bioethica*, vol. 1, núm. 19, 2013, p.10.

¹¹ Se considera que el ideólogo del concepto (humanización del derecho) a CASSESE, Antonio. *Los Derechos Humanos en el Mundo Contemporáneo*, Barcelona: Editorial Ariel, 1993.

¹² CARRILLO SALCEDO, Juan Antonio. *Soberanía de los estados y Derechos Humanos en el Derecho Internacional Contemporáneo*, 2ª edición, Madrid: Tecnos, 2004, p.14.

Art.18 DUDH:

“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia”.

¹⁴ Art. 25.1 DUDH:

“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.”

determinada asistencia sanitaria.

La Comisión de Derechos Humanos de la ONU, establecida en 1946, era el principal organismo intergubernamental del sistema de las Naciones Unidas encargado de la promoción y protección de los derechos humanos, que fue sustituida por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en 2006. Las primeras referencias a la objeción de conciencia están relacionadas con la objeción a la prestación del servicio militar. En la Resolución 46 (1987), aprobada el 10 de marzo de 1987 (Objeción de conciencia al servicio militar)¹⁵, reconoce expresamente la objeción de conciencia y se recomienda incluirla como un *derecho* en cada uno de los países con conscripción obligatoria. Y con ello, se inicia un reconocimiento internacional del ejercicio de la objeción¹⁶.

En la Resolución 46, la Comisión reconoce “que la objeción de conciencia al servicio militar deriva de principios y razones de conciencia, incluyendo convicciones profundas procedentes de motivos religiosos, éticos, morales o similares”, y exhorta “a los Estados a reconocer que la objeción de conciencia al servicio militar debe considerarse como un ejercicio legítimo del derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, reconocido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Político”. La Resolución contiene un llamamiento a los Estados partes, proponiendo una nueva interpretación del artículo 18 de la DUDH, que es la que se ha aplicado desde entonces. Cabe destacar también la Resolución 1993/84 de 10 de marzo de 1993¹⁷ donde la Comisión señala que es “consciente de que las personas que están cumpliendo el servicio militar pueden transformarse en objetores de conciencia” y afirma que “a las personas que están cumpliendo el servicio militar obligatorio no se les debería negar el derecho a tener objeciones de conciencia al servicio militar”.

Por tanto, a partir de la Resolución anterior, los Estados miembros de la ONU deben reconocer la objeción de conciencia como un ejercicio amparado en los derechos humanos de los miembros de las fuerzas armadas, concretamente “un ejercicio legítimo del derecho a la libertad de pensamiento de conciencia y de religión”¹⁸.

Es preciso resaltar que el verdadero factor que propició el triunfo de la objeción de conciencia, en primera instancia, no fue tanto el *respeto de la conciencia* en sí misma, sino

¹⁵ Naciones Unidas. Resolución núm. 46/1987. Aprobada por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en su 54ª sesión el 10 de marzo de 1987.

¹⁶ Con continuidad en otras Resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos: *núm. 77/1998*. Aprobada por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en su 58ª sesión el 2 de abril de 1998; y, *núm. 35/2004*. Aprobada por la Comisión de Derechos Humanos de la ONU en su 59ª sesión el 19 de abril de 2004.

¹⁷ Naciones Unidas. *Resolución núm. 1993/84*. Aprobada por la Comisión de Derechos Humanos en su 48ª sesión el 10 de marzo de 1993.

¹⁸ En relación con la resolución anterior, véase Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas. *La objeción de conciencia al servicio militar*, Nueva York–Ginebra, 2010, pp. 7-10.

más bien la propagación de una mentalidad pacifista y antimilitarista alrededor del mundo¹⁹. La objeción de conciencia militar ha dado las pautas para llegar actualmente al reconocimiento y la aplicación de la figura de la objeción de conciencia en sanidad, la cual tiene un recorrido histórico en el Derecho Internacional que avanza paralelamente a este análisis.

Para otorgar fuerza vinculante a la DUDH, la ONU había previsto inicialmente elaborar un tratado sobre derechos humanos. Sin embargo, finalmente se aprobaron dos pactos distintos el mismo 16 de diciembre de 1966²⁰: por un lado, el que recoge los llamados derechos de “primera generación”, los derechos civiles y políticos y, por otro, los de la “segunda generación” o programáticos, los derechos económicos, sociales y culturales. Cada uno de los estos tratados o “pactos internacionales”, tiene diferentes órganos y mecanismos de supervisión, como veremos inmediatamente. El hecho de ser regulados en dos tratados separados, no impide caracterizar los derechos humanos como universales, indivisibles e interdependientes.

1.2. Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (1966).

Del Pacto internacional sobre derechos civiles y políticos (PIDCP), aprobado por la Asamblea General de la ONU en su 21ª sesión, el 16 de diciembre de 1966, cabe destacar dos aspectos. Por un lado, reconoce el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art. 18 PIDCP)²¹ y detalla algunas cuestiones vinculadas a esos derechos, aunque sin mencionar expresamente la objeción de conciencia. Por otro, crea el Comité de derechos humanos como órgano encargado de supervisar el cumplimiento del PIDCP por parte de los Estados partes (art. 28 PIDCP). Este Comité está integrado por dieciocho expertos independientes y sus funciones, además de presentar recomendaciones a los Estados en forma de “observaciones finales”²², o examinar denuncias sobre supuestas

¹⁹ MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier. *El derecho internacional y las objeciones de conciencia*, Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2000, pp. 455-474.

²⁰ Esta división material se propone en el encuentro de la ONU en la India. Una vez planteados los textos de los pactos (en forma de convenio y con 18 meses de preparación), aún fueron necesarios nueve años de intenso debate, pues los Estados consideraban inapropiado circunscribir compromisos que invadían la soberanía si los derechos contenidos se hacían efectivos. En 1975, se adhieren 31 Estados. España ratificó ambos pactos en 1977.

²¹ Art.18.1 PIDCP:

“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de tener o de adoptar la religión o las creencias de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la celebración de los ritos, las prácticas y la enseñanza”.

²² Los Estados presentan informes periódicos en los que exponen la manera en que los ciudadanos pueden ejercitar sus derechos y el Comité, después de examinarlos, formula recomendaciones al Estado parte en forma de observaciones finales (art. 40 PIDCP).

violaciones del Pacto internacional²³, incluye elaborar “observaciones generales” sobre cuestiones temáticas.

El Comité de Derechos humanos tiene competencias sobre la violación de derechos civiles y políticos reconocidos en el PIDCP, con respecto a aquellos Estados que han accedido a los respectivos convenios²⁴. Este Comité aplica el PIDCP y valora la vulneración de los derechos humanos mediante la *teoría del balance*. El principio de proporcionalidad en sentido estricto se origina a partir del mandato de la máxima realización posible en relación con las posibilidades jurídicas, sobre todo en relación con los principios que juegan en sentido contrario. (...) La ponderación resulta indispensable cuando el cumplimiento de un principio significa el incumplimiento de otro, es decir, cuando un principio únicamente puede realizarse a costa de otro. (...) Cuanto mayor es el grado de incumplimiento o de afectación de un principio, tanto mayor debe ser la importancia del cumplimiento del otro²⁵. Si aplicamos esta ponderación de derechos en el ámbito de los derechos civiles y políticos, sólo será legítima la limitación de las libertades de pensamiento, conciencia y religión si dicha limitación responde a un interés estatal. Además, no existirá un medio menos restrictivo o lesivo para la libertad del *objeto* por el medio del cual el Estado pudiera dar cumplimiento a su política, es decir, no será legítimo para el Estado limitar la libertad de conciencia e ideario, cuando existan otros medios hábiles para la consecución de sus objetivos que no impliquen el menoscabo de dicha libertad.

Para la materia que nos ocupa, el Comité de derechos humanos, en su Observación General núm. 22 de 30 de julio 1993, reconoce la objeción de conciencia en el párrafo 11: “En el Pacto [PIDCP] no se menciona explícitamente el derecho a la objeción de conciencia pero el Comité cree que ese derecho puede derivarse del artículo 18”. Además, cuando este derecho se reconozca en las leyes estatales o en la práctica “no habrá diferenciación entre los objetores de conciencia sobre la base del carácter de sus creencias particulares; del mismo modo, no habrá discriminación contra los objetores de conciencia porque no hayan

²³ No sólo las presentadas entre Estados (art. 41 PIDCP), sino por particulares (Primer Protocolo Facultativo).

²⁴ OSUNA FERNANDEZ-LARGO, Antonio. *Teoría de los Derechos Humanos. Conocer para practicar*, Salamanca-Madrid: San Esteban- Edibesa, 2001, p. 202.

²⁵ Hoy en día la teoría del Balance del PIDCP se utiliza como principio en los procesos judiciales (conocida como ponderación judicial), que consiste en aplicar una serie de técnicas procesales y argumentativas por parte del Juez dirigidas a resolver el conflicto suscitado entre derechos (también principios y/o reglas) de la misma categoría en casos y situaciones concretas. Para comprender este mecanismo puede consultarse la definición de ALEXY, Robert. *Tres escritos sobre Derechos Fundamentales y la Teoría de los Principios*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003, p. 103.

Esta teoría de la ponderación también se aplica en EUA bajo la denominación *The Balancing Test*. Uno de los ejemplos relevantes, gracias al uso de esta teoría que demuestra su aplicabilidad en el ámbito penal, es el *Caso Miranda contra Arizona*, en la cual se establecen reglas sobre el derecho a la no incriminación y las garantías que deben contener los interrogatorios a nivel policial. *Caso Miranda contra Arizona*, 384 US 436 (1966).

realizado el servicio militar”²⁶.

En el caso de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, la interpretación resulta convincente ya que las características ideológicas, filosóficas y morales que alega el objetor derivan de su libertad de pensamiento. Y paralelamente puede hacer públicos sus motivos como objetor tanto si él quiere, de forma voluntaria, en ejercicio de la libertad de expresión, como en el caso de declararse objetor ante el ejercicio de una determinada prestación, dónde de forma coercitiva se verá obligado a confesar este condicionante tanto a paciente como a estamentos superiores para coordinar la derivación.

Compilando los argumentos reguladores de la objeción de conciencia a la objeción de conciencia sanitaria del PIDCP, cabe destacar tres grandes manifestaciones. En primer lugar, el reconocimiento de la objeción de conciencia como derecho. Un derecho, que no se clasifica como fundamental, pero que supone un reconocimiento internacional en los EEMM. En segundo lugar, se establece un sistema de limitación para el ejercicio de la objeción de conciencia extremadamente liberal. La limitación de pensamiento, conciencia y religión – todas estas libertades protegidas por el derecho fundamental de libertad de expresión– sólo se permite en casos de alteración al orden público (que sería aquello a lo que se refiere al enunciar “un interés estatal”) siempre y cuando no existan alternativas posibles o menos lesivas. Por consiguiente, la interpretación de la objeción de conciencia sanitaria como un Derecho subjetivo anidado en un Derecho fundamental cobra fuerza con el PIDCP. Se desprende de lo anterior que el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria se categoriza como un derecho no fundamental, pero reconocido. Detallo que a mi entender, es un gran avance necesitado de puntualización. Nuevamente, la redacción reguladora internacional da lugar a confusiones, aunque esta vez en otro aspecto. Al margen queda la discusión de si la naturaleza jurídica es fundamental o no, en este PIDCP la polémica habita en la categorización de la objeción de conciencia como un derecho, cuando verdaderamente el derecho reside en su ejercicio pero no en la figura. La figura de la objeción es excepcional, sólo surge a la luz de la libertad humana de expresión y por tanto no se la puede condicionar como un derecho si no se clarifica previamente que el derecho convive con su ejercicio. Esta es una de las cuestiones que la futura regulación, la del “modelo propuesta”, debe contemplar, exponiendo el derecho a ejercer la objeción y no a la objeción de conciencia sanitaria en sí. A nivel nacional, es preciso avanzar que esta aclaración ya se ha realizado consiguiendo no dar lugar a esta confusión.

²⁶ Véase Naciones Unidas. *Observación General del Comité de Derechos Humanos, núm. 22 sobre Derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art. 18)*. Aprobada en su 48ª sesión de 30 de julio de 1993.

Una vez clarificado lo anterior, veamos la tercera descripción del PIDCP con relación a la objeción de conciencia sanitaria. La *teoría del Balance* o juicio de proporcionalidad es un gran aporte de este Pacto no sólo en lo que se refiere a la proyección del ejercicio de la objeción en el ámbito de salud, aunque ese es el tema de este trabajo. Este juicio de proporcionalidad permite, en el ámbito de sanitario, afianzar una actuación equitativa entre ambas partes, paciente y profesional. Como bien es sabido, el ejercicio de la objeción de conciencia es únicamente limitado por la imposibilidad de recibir atención del paciente a una prestación a la que tiene derecho, o de manera inmediata, en el caso de que peligre su vida. Ambas situaciones se establecen como resultado al test anterior – llamando test al juicio proporcional entre paciente y médico- y que en este caso serían favorables a los derechos del paciente o usuario. De modo que el derecho a ejercer la objeción de conciencia profesional se ve limitado en virtud del perjuicio causado, que sería mayor para el usuario sanitario que para el médico que actúa lesionando su moral. No obstante, esta ponderación ha sido muy discutida, como veremos en el análisis de las posturas de los profesionales sanitarios, así como en la regulación a nivel estatal (en concreto en la interpretación de los casos en perspectiva a la Ley de Autonomía del Paciente). La postura mayoritaria y la que también defiende es que frente al debate entre la autonomía del paciente *versus* el paternalismo médico, la objeción de conciencia sanitaria debe fallar a favor de las necesidades del paciente.

1.3. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

El Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales (PIDESC), fue adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su Resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Este pacto menciona el derecho a la salud, no la libertad de pensamiento, conciencia y religión. En concreto, el art. 12 señala que los estados “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La *Observación General núm.14* del Comité PIDESC, de 11 de agosto del 2000 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud²⁷, analiza el contenido normativo del art. 12 PIDESC. De esta Observación General conviene destacar

²⁷ Naciones Unidas. *Observación General del PIDESC núm.14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, de 11 de agosto de 2000.
Cfr. SANDOVAL TERÁN, Areli. (coord.). *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: EXIGIBLES y JUSTICIABLES. Preguntas y respuestas sobre los DESC y el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, México: Espacio DESC, 2010.

especialmente los apartados que se encargan de las *obligaciones* de los Estados partes.

La Observación General explica que el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, de proteger y de cumplimiento (párr. 33). La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud; la obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías previstas en el art. 12; y la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover.

Aunque la *Observación General* no hace referencia a la objeción de conciencia expresamente, cabe extraer del documento algunas ideas que pueden ser aplicables a ella. En primer lugar, cuando señala que los Estados partes deben “velar por que la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud” o “asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología” (párr. 35). De estas referencias puede deducirse que la objeción de conciencia no es, bajo ningún concepto, una amenaza o desprotección hacia las personas, siempre y cuando se realice bajo una previsión legal adecuada²⁸. En segundo lugar, cuando dispone que los Estados deben adoptar “medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud (párr. 33), podemos interpretar este apartado como la expresión de la necesidad de adoptar políticas o planes de salud nacionales que garanticen la prestación de la atención sanitaria en los casos en que algunos profesionales ejerzan la objeción de conciencia. Con ello se garantizaría, al mismo tiempo, tanto la prestación sanitaria como la posibilidad del ejercicio de la objeción por parte del profesional.

Y, finalmente, cuando establece la prohibición de discriminación en el “derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud” (párr. 43.a), creo que cabe incluir a las dos partes implicadas directamente en la relación sanitaria, usuarios y profesionales de salud. La idea básica es que debe primar el derecho a la salud por encima de las creencias ideológicas en caso de conflicto. Por tanto, podemos decir que se podrá discriminar a un profesional que objete a la realización de ciertas actividades profesionales siempre y cuando ello suponga un obstáculo para la realización de una prestación a la que el usuario del sistema de salud tiene derecho. Es decir, si un profesional ejerce la objeción de conciencia y

²⁸ “Si no fuera así, nos encontraríamos con el límite a la práctica de la objeción y por tanto ésta no podría admitirse (...) ya que existe un límite infranqueable: afectar al ejercicio de la libertad de un tercero y su derecho a un trato igualitario”, NAVARRO CASADO, Silvia. «Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 28, 2013, p. 94.

ello perjudica al usuario, no puede ser admitida.

El derecho a la salud es un derecho social reconocido como derecho fundamental en la DUDH y uno de los principales derechos reconocidos en el PIDESC. A la luz del PIDESC, debemos tener en cuenta dos perspectivas o enfoques: aquella que considera el derecho a la salud como un derecho individual, y aquella que la identifica con salud pública²⁹, y considera el derecho a la salud como la suma de la salud individual de todos los integrantes de un Estado, entendida, en este caso, como un derecho a la salud de toda la población³⁰.

Cabe afirmar que el derecho a la salud es un derecho complejo, en cuanto incluye una serie de elementos diferentes y conectados. Entre los cuáles, como afirma Lema Añón, se encuentran los siguientes: a) el derecho a no ser dañados en nuestra salud por terceros, sean públicos o privados – dañados de forma externa (no sufrir tratos inhumanos o degradantes) o de forma interna (control de las personas sobre su propia salud); b) el derecho a que el Estado promueva una serie de medidas y políticas de protección y promoción de la salubridad pública, medio ambiente y seguridad, creando las condiciones para que la salud de las personas no se vea amenazada y, c) el derecho a asistencia sanitaria³¹.

En referencia a los dos primeros elementos mencionados, el no ser dañados por terceros, y la promoción de medidas y políticas estatales relacionadas con la salud, son de titularidad universal. Sin embargo, es discutible que se pueda decir lo mismo del tercer elemento, la asistencia sanitaria. La posición defendida por Lema Añón se articula sobre la base de que “el derecho a la salud ha de ser concebido como universal en todas sus vertientes, incluyendo la asistencia sanitaria”³², pero sin equiparar salud con asistencia total

²⁹ El concepto “Salud Pública” tiene diversas connotaciones, según Frenk “la salud como el punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Reconociendo un valor intrínseco, la salud es un medio para la realización personal y colectiva. Por lo tanto, la salud pública es aquello que corresponde al Estado, siendo un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar”. FRENK, Julio. «La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate», *Organización Panamericana de la Salud*, 1992, pp. 76-77.

³⁰ Me parece importante añadir que “en lenguaje no técnico se utiliza la expresión ‘problema de salud pública’ para referirse a los padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad en la población”. Extraído de *Salud Pública ¿Qué es y qué hace?* [en línea] <<http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/introduc-torios1.htm>>. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Existen muchos ejemplos que corroboran esta expresión en el caso de objeción de conciencia, p.ej.: aborto en los países latinoamericanos, donde es imposible acceder a la prestación en casos de violación o malformación del feto (aun cuando en otros países estos son motivos permisibles). Para más información: ALMEIDA- FILHO, Naomar y SILVA PAIM, Jairnilson. «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica», *Cuadernos médico sociales*, núm. 75, 1999; ORTIZ, María Iliana y PALAVECINO, Susana. «Bioética para una salud pública con responsabilidad social», *Acta Bioética*, vol. 11, núm. 1, 2005, pp. 65-76; CASAS BECERRA, Lidia y DIDES CASTILLO, Claudia. «Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos», *Acta Bioética*, vol. 13, núm. 2, 2007, pp. 199-206.

³¹ LEMA AÑÓN Carlos. *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social*. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas (Universidad Carlos III), Derechos Humanos y Filosofía del Derecho (col.), Madrid: Dykinson, 2009, p. 67.

³² *Ibidem*, p. 68.

y garantizada. Advierte el autor que no cabe reducir el concepto de salud a la actuación frente a la enfermedad, pues esta reducción supondría una restricción, descontextualizada e incompleta³³.

La protección de la salud va más allá de recibir asistencia sanitaria cuando el paciente lo necesita, aunque el incumplimiento por parte de las instituciones sanitarias y del Estado de este auxilio supone una carencia en el sistema prestacional y, por tanto, una quiebra del derecho a la salud. Partif defiende que la igualdad no debe concebirse de forma prioritaria en los sistemas de salud, ni distribirse en base a la necesidad³⁴. En esta misma línea se pronuncia Allen señalando que “pese a lo deseable que sea la igualdad, siempre existirán diferencias en los resultados y acceso a la salud de los distintos países y no se podrán transferir ganancias a otros países que están en peor situación comparativa”³⁵. De Lora, tras referirse a los dos autores anteriores, sentencia la cuestión:

“De lo que se trata en definitiva, es de lograr que todos puedan satisfacer una necesidad básica, colocando a quienes aún puedan rentabilizar esa mejora en un estado de salud suficiente sin que ello conlleve que se impidan las mejoras en asistencia sanitaria de quienes ya tienen por satisfecho ese mínimo, y, mucho menos, que se empeore en aras a la igualación”³⁶.

Es necesario el reconocimiento de un contenido mínimo del derecho a la salud, sujeto a una protección de carácter universal. Rawls defiende que “la fuerza de la exigencia de la asistencia médica está ligada al mantenimiento de nuestra capacidad para ser miembro normal de la sociedad y el restablecimiento de esa capacidad cuando se cae por debajo del mínimo requerido”³⁷, capacitando a los Estados para ser garantes de una salud universal, con las mismas condiciones sin evaluar ni “determinar la realidad”. La realidad significa que no todos los Estados tienen las mismas posibilidades para garantizar el derecho, como bien sugiere Nino³⁸. El reconocimiento a la asistencia sanitaria por parte del Estado es innegable, debe garantizarse la igualdad de acceso aunque, en el momento de reparto de recursos escasos, debe aplicarse un criterio de justicia.

Comparto, como se verá a lo largo de esta tesis doctoral, la teoría del contenido

³³ LEMA AÑÓN Carlos, *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social*, ob. cit., p. 70. Esta postura también es la defendida por Williams, refiriéndose a la “verdad necesaria y estado de cosas irracional”, WILLIAMS, Bernard. “The idea of equality”. En: LASLETT, Peter y RUNCIMAN, Walter G. (coords.). *Philosophy, Politics and Society*, 2a edición, Oxford: Blackwell, 1962, p. 121.

³⁴ PARFIT, Derek. «Equality and priority», *Ratio (new series)*, vol.10, núm. 3, 1997, pp. 216-219.

³⁵ DANIELS, Norman. «Is There a Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass?». En: KUHSE, Helga y SINGER, Peter (coords.). *A Companion to Bioethics*, 2a edición, Oxford: Blackwell, 1998, pp. 362-372.

³⁶ LEMA AÑÓN, Carlos. *Salud, Justicia, Derechos en El derecho a la salud como derecho*, ob. cit., p. 171

³⁷ RAWLS, John. *La justicia como equidad, una reformulación*, Barcelona: Paidós, 2002, pp. 230-231.

³⁸ NINO, Carlos Santiago. «Derecho, moral y política», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, 1993.

mínimo en el ejercicio del derecho de salud por parte de los usuarios/pacientes, defendida por Daniels³⁹, de Lora, Zúñiga⁴⁰ y Garzón⁴¹. Resulta más detallada y justa en cuanto a la carga de deberes a soportar, y es la que parece más razonable para analizar el alcance real, desde mi perspectiva, de la objeción de conciencia sanitaria. Lo importante no es tanto (o no solo) la igualdad, como la justicia en las prestaciones sanitarias. Si aplicamos estas ideas al ejercicio de la objeción de conciencia en sanidad, cabe afirmar que es un elemento que puede afectar a los recursos sanitarios del Estado, y el factor de la versatilidad no puede ser ignorado.

El derecho a la salud individual puede ser entendido únicamente como un derecho negativo (que no sea dañada nuestra salud), y como un derecho positivo, que permite exigir una determinada prestación de salud, y ambas perspectivas pueden incidir en el modo de concebir la objeción de conciencia. El derecho a la salud individual es un derecho humano anidado en los llamados “derechos subjetivos”⁴². Estos derechos subjetivos pueden diferenciarse del resto de derechos, entendiendo que éstos suponen el ejercicio de una facultad que el ordenamiento concede a los individuos. En la relación asistencial, esta distinción entre los derechos subjetivos y los que no lo son, confluye en dos interacciones, basadas en derechos-libertades y derechos-prestaciones⁴³. Éstos se diferencian entre sí por la carga de deberes negativos (los primeros) y positivos (los segundos) que soportan. En relación con la objeción de conciencia ambas interacciones, derechos-libertad del profesional y derechos-prestación del paciente, actúan en virtud del sujeto (paciente o profesional) que ejerce el derecho subjetivo. En el grupo de derechos-libertades situaríamos al objetor de conciencia, ya que soporta el deber negativo de no interferir en el derecho de los pacientes (a recibir tratamiento) y eximirse de las obligaciones que le incumben como profesional de la salud. A su vez, los profesionales tienen el deber positivo de ayudar al titular del derecho a obtener el objeto de ese derecho, por ejemplo, garantizando a una paciente que desea interrumpir su embarazo que finalmente conseguirá sus propósitos pese a que el profesional objetor no intervenga en la consecución de tal fin de forma directa. Fried⁴⁴ y Fabre⁴⁵ construyen una teoría basada en la existencia de unos derechos *en la*

³⁹ DANIELS, Norman. «Is There a Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass? », *ob. cit.*, pp. 362-372.

⁴⁰ LORA DEL TORO, Pablo de; ZUÑIGA FAJURI, Alejandra; MUÑOZ MACHADO, Santiago. *El derecho a la asistencia sanitaria: Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Madrid: Lustel, 2009; y, ZUÑIGA FAJURI, Alejandra. «Más allá de la caridad: De los derechos negativos a los deberes positivos generales», *Revista de derecho*, Ediciones Universitarias Valparaíso, núm. 33, 2009, pp. 621-638.

⁴¹ GARZÓN VALDÉS, Ernesto. «Los deberes positivos generales y su fundamentación», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 3, 1986, pp. 17-34.

⁴² LORA DEL TORO, Pablo de y GASCÓN, Marina. *Bioética: principios, desafíos, debates*, Madrid: Alianza, 2008, p. 188.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ FRIED, Charles. «Equality and rights in medical care», *Hastings Center Report*, vol. 6, núm. 1, 1976, pp. 29-34.

⁴⁵ FABRE, Cécile. *Social Rights under the Constitution: Government and the Decent Life*, Oxford: Oxford

asistencia sanitaria, favorables a los pacientes. Estos pueden operar de modo que los proveedores de asistencia sanitaria cumplan con ciertos procedimientos. Uno de estos procedimientos, por tanto, es la comunicación al paciente de la condición de objetor del médico y la derivación hacia otro profesional.

Existen diversas situaciones en el día a día de la profesión que se catalogan como objeciones de conciencia cuando, en realidad, responden a una imposibilidad del Estado de asumir una prestación sanitaria. Ejemplificando la cuestión: no puedo declararme objetor de conciencia a una asistencia que el sistema de salud de mi país no cubre, bien porque sea delito –como el aborto voluntario en Colombia en los casos en que puede practicarse de manera legal– bien porque no la contempla, como el tratamiento de niños autistas en Canadá dentro de la sanidad pública⁴⁶.

El derecho a la salud está constituido como una de las obligaciones de los Estados en el sistema universal de protección de los derechos humanos. Ningún paciente puede ser excluido del tratamiento o la atención médica si el Estado reconoce esta prestación para los usuarios del sistema sanitario. Por tanto, la objeción de conciencia profesional no puede ser concebida como un instrumento obstructor de la asistencia sanitaria. Aun así, resulta forzoso matizar que la posibilidad de exigir una determinada prestación depende de la inclusión de esos servicios en la financiación del Estado. Ello permite relacionar el derecho a la salud con el principio de justicia, y abre el camino a la segunda premisa del derecho de salud global y la objeción de conciencia sanitaria.

Desde la perspectiva de la salud pública, cabe afirmar que la protección de la salud es una obligación general de todos los Estados en base al sistema universal de derechos humanos, fundado y delineado por la DUDH y los pactos internacionales. La eventualidad de desarrollar la objeción de conciencia sanitaria en un sistema que no es capaz de soportar su ejercicio, puesto que no contempla la prestación sanitaria a la que objetar, supone un mal uso de la eximente legal. Debe haber una justificación exigible frente a la que objetar. Para esta justificación, cabe citar a Puyol, quien considera que, dentro del contenido mínimo del derecho a la salud, pueden incluirse valoraciones morales distintas acerca de esas necesidades mínimas. La aplicación del principio bioético de justicia dentro del derecho a la asistencia sanitaria supone una conciliación entre los derechos de primera y segunda generación, es decir entre la libertad y la asistencia sanitaria: libertad para el paciente,

UniversityPress, 2000.

⁴⁶ La afirmación hace referencia al fallo contenido en la Sentencia del Caso Chaoulli contra Quebec, de la Corte Suprema de Quebec del que se hace eco LANGFORD, Malcom. «Domestic adjudication and economic, social and cultural rights: a socio-legal review», *SUR, Revista internacional de derechos humanos*. 2009, pp. 98-133. Cfr. BOTO ALVAREZ, Alejandra. «La estructura del sistema sanitario canadiense y el debate sobre los derechos de acceso en Quebec», *Revista de administración pública*, núm. 184, 2011, pp. 307-323.

traducida en autonomía, siempre y cuando el Estado disponga de posibilidades⁴⁷. En palabras del propio autor “puede que el aborto sea un caso donde cuenten mucho las convicciones éticas inconmensurables, pero el deseo de evitar el dolor, de curar un hijo enfermo o de vacunar una población contra la malaria no son simples preferencias personales, ni tampoco convicciones éticas inconmensurables”⁴⁸. Debe tenerse en cuenta la relatividad esencial a la que se refieren Razeto y Olivas, con relación a la teoría hegeliana, mediante la cual apuntan a la determinación de la necesidad pues “todas las necesidades son necesidades sociales dada su dependencia con el contexto cultural y su naturaleza histórica”⁴⁹.

Con ello, quiero estribar la idea anterior de que cada Estado es el único (o mayor) responsable del acceso o no a determinadas prestaciones sanitarias por parte de sus habitantes. De Lora y Zúñiga profesan un ideal positivo, defendido en las políticas sanitarias de cada Estado, sujeto a expectativas condicionadas a valores donde, parafraseando a Ruiz de Miguel, se debe distinguir “entre el reconocimiento de un derecho, es decir, su carácter universal, y los problemas asociados a su realización efectivamente universal”⁵⁰. Siguiendo a De Lora y Zúñiga, cabe afirmar que “la necesidad sanitaria es objetiva. No hay contradicción en indicar ese, su carácter objetivo, y el hecho de que no se pueda evitar «universalmente» el daño asociado a su insatisfacción”⁵¹. Para poder entender la afirmación anterior, ejemplifico esta responsabilidad estatal rescatando algunos casos jurisprudenciales.

El primer ejemplo está basado en la decisión de la Corte Suprema sudafricana en el asunto *Ministerio de salud contra Campaña de tratamiento en acción (2002)*⁵². El Estado sudafricano decide restringir la prescripción de un medicamento (nevirapina) que reduce la probabilidad de transmisión del VIH entre madre gestante e hijo, en el momento del nacimiento. La ONG Campaña de tratamiento en acción (TAC) decide impugnar la decisión denunciando la vulneración del art.27 de la Constitución sudafricana, donde se establece el

⁴⁷ LORA DEL TORO, Pablo de. y GASCÓN, Marina. *Bioética: principios, desafíos, debates, ob. cit.*, p. 200.

⁴⁸ PUYOL GONZÁLEZ, Ángel. «Ética, derechos y racionamiento sanitario», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 22, 1999, p. 602.

⁴⁹ Cfr. RAZETO MIGLIARO, Luís, «El debate sobre las necesidades, y la cuestión de la “naturaleza humana” (teniendo como trasfondo la interrogante sobre la posibilidad de una nueva civilización)», *Polis Revista Latinoamericana*, núm. 23, 2011, pp.160-162.; Así como OLIVAS CABANILLAS, Enrique. «La teoría Hegeliana de la sociedad civil: la primera crítica contemporánea a la concepción liberal de la sociedad», *Nómadas: Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, núm. 33, 2012, pp. 443-460.

⁵⁰ RUIZ MIGUEL, Alfonso. «Derechos liberales y derechos sociales», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, 1994, vol. 2, núms. 15-16, pp. 209-210.

⁵¹ LORA DEL TORO, Pablo de; ZÚÑIGA FAJURI, Alejandra; MUÑOZ MACHADO, Santiago. *El derecho a la asistencia sanitaria: Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva, ob. cit.*, p.171.

⁵² En su original inglés, *Minister of Health contra Treatment Action Campaign (TAC) (2002) 5 SA 721 (CC) [ESP]* acceso a la decisión vía Southern Africa Litigation Centre enlace <http://www.southernafricalitigationcentre.org/2002/01/02/minister-of-health-and-others-v-treatment-action-campaign-and-others-constitutional-court-2002/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

derecho a la salud universal en virtud de la protección que deben brindar los servicios de salud. La Corte Suprema, declaró la inconstitucionalidad de esta *medida por una deficiente justificación*. Es decir, la TAC ganó el pleito no porque el medicamento fuese una premisa necesaria para la salud universal y Sudáfrica estuviese como Estado obligado a suministrar el medicamento, sino porque las condiciones para el suministro del fármaco eran favorables. Por dos razones: la primera, el medicamento se entregó de forma gratuita y durante cinco años a todo el Estado por parte de la industria farmacéutica. La segunda, el Estado suministraba de forma errónea el medicamento, pues se prescribía sólo en aquellos centros de salud donde se disponía de lactancia artificial, cuándo la efectividad del medicamento no se veía afectada con la administración de lactancia natural de la madre portadora de VIH. En síntesis, el Estado quiso invalidar la administración del medicamento bajo el argumento del coste. Alegando que los costes eran inasumibles. Y el coste, como único argumento para no suministrar, era para la Corte Suprema una justificación insuficiente.

El segundo ejemplo gira en torno a tres casos. Uno de ellos de Sudáfrica, caso *Soobramoney contra el Ministerio de salud de KwaZulu-Natal* (1998)⁵³, y dos casos de la Corte Suprema de Chile, Olga Gallardo Soto y Miguel Serey (ambos de 2002)⁵⁴. En los tres casos coincide la necesidad por parte de los pacientes de recibir un tratamiento de hemodiálisis por fallos renales y en todos ellos, de manera directa –Soobramoney y Olga Gallardo– o indirecta –Miguel Serey–, la asistencia es denegada por escasez de recursos. Las necesidades sanitarias de los usuarios del sistema de salud público no pueden condicionar los medios humanos, materiales y financieros previstos para invertir en los tratamientos. La única solución a tal carencia es asumir criterios técnicos de atención sin quebrantar la ética y en base a los recursos disponibles. En palabras de Fabre, “existe un contenido esencial en el derecho a la asistencia sanitaria constitucionalmente consagrado: el tratamiento de las urgencias vitales, y la asistencia primaria (...) dónde la hemodiálisis no formaría parte”⁵⁵. Aunque esta afirmación no puede utilizarse como norma, ya que “la mera indicación de la insuficiente distribución de los recursos por parte del Ejecutivo, no puede ser

⁵³ Acceso a la Sentencia mediante ESCR-Net una red de colaboración dónde participan 230 ONG y 50 abogados de más de 75 países, su objetivo el análisis y la promoción de los Derechos Humanos alrededor del mundo, más info. Sobre ESCR-Net en <https://www.es-cr-net.org/members> (Última consulta 29 de diciembre de 2020) Vid. Caso *Soobramoney contra Ministerio de Salud, KwaZulu-Natal*, Corte Constitucional de Sudáfrica, de 27 de noviembre de 1997.

⁵⁴ ZUÑIGA FAJURI, Alejandra. «El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria», *Estudios constitucionales*, vol. 1, núm. 9, 2011, pp. 48-50. Puede consultarse el caso en Corte Suprema, 29 de enero de 1988, rol 11.820 en apelación de Corte de Apelaciones de Santiago, la primera en Gaceta núm. 91 del año 1988. De igual modo, también se analizan en el capítulo IV que versa sobre la cuestión ¿En qué consiste el derecho a la asistencia sanitaria? Vid. LORA DEL TORO, Pablo de y ZUÑIGA FAJURI, Alejandra. *El derecho a la asistencia sanitaria: un análisis desde las teorías de justicia distributiva*, ob. cit., pp. 169-222.

⁵⁵ *Ibidem*.

considerada en sí misma una justificación para el incumplimiento de los derechos”⁵⁶.

Por tanto, de los pronunciamientos jurisprudenciales anteriores se puede deducir que, al igual que un Estado reconoce y asume las carencias en el servicio de asistencia en salud, los profesionales de la salud deben identificar que su comportamiento no es el de un objetor de conciencia. Tanto si se actúa al margen de las posibilidades prestacionales del servicio de salud –extralimitándose (como se verá más adelante con el análisis de la situación en el Estado español)– como si el Estado no tiene alternativas terapéuticas (situación expuesta en el segundo ejemplo anteriormente descrito). La actuación de los profesionales ante estas situaciones se tildará de conformidad a la ética médica, e incluso en ocasiones de actitud desobediente. Volveré sobre esta cuestión en el apartado de *deontología* de esta tesis doctoral.

El Comité de Derechos Económicos y Sociales de la ONU⁵⁷, en un Informe titulado *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España*, aprobado en la reunión de 29 de marzo de 2018, “suspende” a España en materia de derechos sociales. El *Comité* ofrece un plazo de dieciocho meses al Estado español, para implementar sus recomendaciones sobre tres asuntos clave, principales causantes del resultado deficiente, como son las medidas de custodia y preservación del ejercicio de los derechos sociales, el derecho a la salud y los desahucios. Este mismo *Comité* solicita a España que evalúe la posibilidad de dar por concluidas las medidas que se promovieron con motivo de la crisis, y que afectan a los grupos más desfavorecidos y marginados⁵⁸.

Sobre la situación de los migrantes en situación irregular el *Comité* reclama al gobierno español que instaure “las medidas necesarias para que los inmigrantes en situación irregular tengan acceso a todos los servicios de salud necesarios, sin discriminación alguna”, y subraya el impacto regresivo y negativo del Real Decreto 16/2012 sobre el acceso de mujeres inmigrantes a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente en IVE y contraceptivos de emergencia.

En materia de salud sexual y reproductiva, el *Comité* solicita que se garantice en la práctica la accesibilidad y disponibilidad de los servicios reconocidos como prestación en el

⁵⁶ BILCHITZ, David. «Is the constitutional court wasting away the rights of the poor? Nokotyana v Ekurhuleni Metropolitan Municipality: notes», *South African Law Journal*, vol. 4, núm. 127, 2010, pp. 591-605.

⁵⁷ El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC), fue creado para desempeñar las funciones de supervisión del PIDESC. *Vid.* Naciones Unidas. ECOSOC. *Resolución 1985/17*, de 28 de mayo de 1985.

⁵⁸ La *Plataforma DESC*, formada por entidades sociales, organizaciones de derechos humanos y de cooperación para el desarrollo de España, había denunciado ante las Naciones Unidas el grave retroceso de los derechos humanos en España. El *Informe conjunto de las organizaciones de la sociedad civil española al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (revisión 2012-2016), denuncia el sistemático incumplimiento por parte de los poderes públicos españoles de las obligaciones derivadas del PIDESC.

ámbito de salud, para todas las mujeres y adolescentes. De entre estos servicios destaca la necesidad de que se elimine el requisito del consentimiento del representante legal para la práctica del aborto por menores entre 16 a 18 años; que se eliminen las disparidades en cuanto a la distribución de contracepción de emergencia; y que se establezcan los mecanismos apropiados para que la objeción de conciencia no sea un obstáculo para impedir la IVE. Sobre esta materia, especialmente, al *Comité* le preocupan las desigualdades entre CCAA y solicita cerrar brechas injustificadas que impidan el disfrute de los derechos (párr. 11 y 12).

El Informe contiene una recomendación específica sobre la objeción de conciencia, en el sentido de que España debe establecer un “mecanismo apropiado para asegurar que en la práctica el ejercicio de la objeción de conciencia no sea un obstáculo para que las mujeres tengan acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente a la interrupción voluntaria del embarazo” (párr. 44).

1.4. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005).

La *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO* (DUBDH)⁵⁹ es un instrumento jurídico no vinculante que constituye un compromiso entre todos los Estados de la comunidad internacional de respetar e implementar los principios básicos de la bioética expuestos en un texto único. No es el único texto de alcance universal y de temática bioética que promulga la UNESCO⁶⁰, pero es el primer texto internacional que establece unos valores comunes acerca de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales⁶¹. La DUBDH es un símbolo de reconocimiento de la estrecha relación que existe entre ética y derechos humanos en el ámbito de la bioética⁶².

⁵⁹ Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, ob. cit.

⁶⁰ Con posterioridad, *cfr.* Naciones Unidas. *Declaración Universal sobre Derechos Humanos y Genoma Humano*, adoptada por aclamación por la 29ª sesión de la Conferencia General, el 11 de noviembre de 1997, que la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó en 1998. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas A/Res 53/152, de 9 de diciembre de 1998.

Y, Naciones Unidas. *Declaración Internacional sobre Datos Genéticos y del Hombre*. Adoptada por aclamación por Conferencia General en su 32ª sesión, el 16 de octubre de 2003.

⁶¹ LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «Textos y recursos de referencia para abordar los retos del derecho público ante las ciencias de la vida desde una perspectiva bioética», *Revista catalana de dret públic*, núm. 36, 2008, p. 240.

⁶² *Cfr. Ibidem*; BERGEL, Salvador Dario. «A diez años de la Declaración Universal de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos: sus méritos y su futuro», *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*, núm. 43, 2015, pp. 175-191.

Cabe destacar que la DUBDH tiene, entre sus objetivos “proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética” (art. 2. a) DUBDH), y “promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo” (art. 2. f) DUBDH).

LA DUBDH no solo proporciona un marco universal de principios y procedimientos para guiar a los Estados, sino la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas, públicas y privadas (art. 2. b) DUBDH). Estos principios representan la justificación racional de las acciones humanas en relación con su actividad científica, y se pueden dividir en tres grandes apartados: (1) principios relacionados con la dignidad humana, (2) la relación entre los seres humanos y (3) la relación entre los seres humanos con los seres no humanos y la biosfera⁶³.

Podemos encontrar algunos paralelismos con el llamado Convenio de Oviedo del Consejo de Europa, que serán analizados en el tercer capítulo de este trabajo. Una diferencia fundamental es su distinta eficacia jurídica⁶⁴, pues el Convenio de Oviedo es, como se verá, vinculante para los Estados partes, mientras que la DUBDH no es jurídicamente vinculante. Presenta un fuerte valor moral⁶⁵ que “vincula a todos los Estados desde una perspectiva ética, reconociendo, además, la Bioética como disciplina y como marco para adoptar acuerdos con relación a los Derechos Humanos”⁶⁶, pero no deja de ser *soft law*⁶⁷.

En relación con la objeción de conciencia, si bien es cierto que la DUBDH no la menciona, algunos preceptos pueden ser relevantes, como la referencia a la protección a los derechos fundamentales (art. 2), el reconocimiento y protección de las libertades fundamentales (art. 3) y la no discriminación y no estigmatización (art. 11). Éste en

⁶³ CRUZ-COKE, Ricardo. «Declaración Universal de bioética y Derechos Humanos de UNESCO», *Revista médica de Chile*, vol. 9, núm. 133, 2005, pp. 1120-1122.

⁶⁴ LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «Textos y recursos de referencia para abordar los retos del derecho público ante las ciencias de la vida desde una perspectiva bioética», *ob. cit.*, p. 240.

⁶⁵ Para la UNESCO incluso existe la figura de “semi-vinculante”, que es la posición jurídica que recibe la DUDH (1948), pero este no es el caso de DUBDH que simplemente se considera de obligación moral.

⁶⁶ LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «Textos y recursos de referencia para abordar los retos del derecho público ante las ciencias de la vida desde una perspectiva bioética», *ob. cit.*, p. 240.

⁶⁷ El *soft law*, según la UNESCO, “directrices de conducta que no son en sentido estricto normas vinculantes, pero tampoco políticas irrelevantes. Estos instrumentos operan y se ubican, por lo tanto, en una zona gris entre la ley y la política. Los principales ejemplos de instrumentos no vinculantes son las declaraciones, las recomendaciones y las resoluciones”. [en línea] <<http://www.unesco.org/new/es/social-and-human-sciences/themes/advancement/networks/larno/legal-instruments/nature-and-status/>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

particular, pues la objeción de conciencia como técnica o práctica se puede desarrollar a través de la no discriminación y no estigmatización⁶⁸, siempre y cuando ésta se ejerza dentro de las posibilidades legales. No discriminar a distintos colectivos de la sociedad humana⁶⁹ plantea problemas, pues el trato desigual a las personas es lo que posteriormente crea la igualdad de oportunidades. El trato desigual puede estar justificado, cuando existan motivos justificados para ello: las condiciones individuales son las que deben marcar el trato, siempre persiguiendo una ética gradualista para tratar igual a todos/as⁷⁰. Para conseguirlo, es necesario que exista una mayor claridad y una toma de posición ético-teórica donde el trato gradual vaya más allá de la teoría y a la práctica. El art. 8 DUBDH constata que “los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debe respetar la integridad personal de dichos individuos”.

Para combatir la situación descrita –la discriminación y estigmatización por no tratar de forma gradual a la sociedad humana–, se promovió desde las Naciones Unidas la *Declaración sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones*, proclamada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 25 de noviembre de 1981⁷¹. En ella, la objeción de conciencia se podría incardinar a través de la interpretación de su art. 1.1⁷², que protege la triple libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Aunque este fue un documento creado para proteger de manera internacional la libertad religiosa⁷³, y no se menciona expresamente la objeción de conciencia, cabe entender que protege a los objetores de conciencia de las discriminaciones de las que puedan ser objeto. El art.1.3 de esta *Declaración*⁷⁴ sirve para poner de relieve

⁶⁸ Art.11 DUBDH:

“No discriminación y no estigmatización. “Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”.

⁶⁹ Definición de sociedad humana, entendida como “grupo humano que constituye la base social y de la que, lógicamente forman parte los individuos que ostentan la condición de órganos del propio Estado”. MARIÑO MENÉNDEZ, Fernando María. «Derechos colectivos y el ordenamiento jurídico Internacional». En: ANSUÁTEGUI ROIG, Francisco Javier y, LÓPEZ, Nicolás María. *Una discusión sobre derechos colectivos*, Madrid: Editorial Dykinson, 2005, p. 79.

⁷⁰ LUNA, Florencia. «La Declaración de la UNESCO y la vulnerabilidad: la importancia de la metáfora de las capas», *Perspectivas Bioéticas*, núms. 24-25, 2008, pp. 105-119.

⁷¹ Naciones Unidas. *Declaración sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones*. Proclamada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 25 de noviembre de 1981.

⁷² Art. 1.1. de la Declaración:

“Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Este derecho incluye la libertad de tener una religión o cualesquiera convicciones de su elección, así como la libertad de manifestar su religión o sus convicciones individual o colectivamente, tanto en público como en privado, mediante el culto, la observancia, la práctica y la enseñanza”.

⁷³ MARTÍNEZ TORRÓN, Javier. «La protección internacional de la libertad religiosa» en VV.AA. *Tratado de Derecho Eclesiástico*, Pamplona: EUNSA, 1994, pp. 188-189.

⁷⁴ Art. 1.3 de la Declaración sobre la eliminación de todas las formas de intolerancia y discriminación fundadas en la religión o las convicciones, de la Asamblea de las Naciones Unidas:

“La libertad de manifestar la propia religión o las propias convicciones estará sujeta únicamente a las limitaciones que prescriba la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos y libertades fundamentales de los demás”.

que los límites legales a estas tres libertades pueden ser necesarios para proteger la salud de los demás⁷⁵.

Años más tarde, se aprueba la *Declaración de principios sobre la Tolerancia*, el 16 de noviembre de 1995⁷⁶. Este instrumento internacional responde a la necesidad de definir el concepto de *tolerancia* como mecanismo para la no discriminación en el ámbito mundial, con lo que, siguiendo la línea de interpretación de la Declaración con relación a la objeción de conciencia, podemos decir que se entran una serie de garantías para el ejercicio de la objeción⁷⁷.

En materia de derecho a la salud, la DHBDH reconoce que no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica sino también de factores psicosociales y culturales, y que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (art. 14 DUBDH). Los Estados deben ocuparse de la promoción de la salud y el desarrollo social para que las personas puedan gozar de condiciones de salud adecuadas, que incluye no sólo el derecho a la atención médica de calidad y el acceso a medicamentos, sino a las condiciones económicas y sociales que promueven la salud, como una alimentación y un agua adecuadas; la mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente; la supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo; y la reducción de la pobreza.

Uno de los apartados de la DUBDH más significativos para el objetivo de este trabajo es la sección sobre los comités de ética (CE). La DUBDH inicia el reconocimiento expreso de los CE definiéndolos como encargados de la aplicación de los principios reconocidos en la DUBDH y haciéndolos efectivos mediante la evaluación de problemas y el asesoramiento (art. 19 DUBDH)⁷⁸. A partir de la DUBDH, se han creado CE en distintos

⁷⁵ La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba una Resolución sobre la base del informe de la Tercera Comisión, el 21 de diciembre de 2010, que tiene por objeto examinar la cuestión de la eliminación de todas las formas de intolerancia religiosa en su sexagésimo sexto período de sesiones en relación con el tema titulado “Promoción y protección de los derechos humanos”. Cfr. Naciones Unidas. *Promoción y protección de los derechos humanos Informe de la Tercera Comisión*, Asamblea General 65ª sesión de 7 de diciembre de 2020. Se muestra una preocupación creciente sobre intolerancia y discriminación por motivos religiosos, iniciada con las anteriores resoluciones como la *Resolución núm. 36/55*, de 25 de noviembre de 1981, así como la *Resolución 64/164*, de 18 de diciembre de 2009, y la reciente *Resolución núm. 14/11*, del Consejo de Derechos Humanos, de 18 de junio de 2010, recuerdan que continúan cometiéndose actos de intolerancia y violencia, expresando que se han realizado pocos progresos y que se deben redoblar y fortalecer los esfuerzos.

⁷⁶ Naciones Unidas. *Declaración de principios sobre la Tolerancia*. Aprobada en la 28ª reunión de la conferencia general en París, de 16 de noviembre de 1995.

⁷⁷ En concreto, en el art. 2.1. de la anterior declaración dispone que:

“En el ámbito estatal, la tolerancia exige justicia e imparcialidad en la legislación, en la aplicación de la ley y en el ejercicio de los poderes judicial y administrativo. Exige también que toda persona pueda disfrutar de oportunidades económicas y sociales sin ninguna discriminación. La exclusión y la marginación pueden conducir a la frustración, la hostilidad y el fanatismo”.

⁷⁸ Art.19. DUBDH:

niveles, tanto estatal como de la propia UNESCO, actuando cada uno de ellos en diferentes áreas. Los comités de ética son órganos consultivos que realizan sus funciones tanto en el ámbito asistencial (CEA), como en el de investigación (CEIC), y pueden ser de nivel estatal (Comité de Bioética de España (CBE)) o autonómico, como por ejemplo, el de Cataluña (CBCAT), por ejemplo. Los comités son los instrumentos más capacitados para mediar ante los conflictos de conciencia experimentados en el ejercicio de la profesión de salud, y a su vez, los mediadores más eficaces y garantistas, capaces de comprender la postura tanto del paciente como del profesional, ante las dificultades que supone ejercer la objeción de conciencia en el ámbito de la sanidad. Los CEA pueden ser los principales instrumentos de control y garantía del correcto ejercicio de la objeción de conciencia, evitando que las partes tengan que acudir a los tribunales de justicia, idea que desarrollaré en la segunda parte de esta tesis.

“Comités de ética: Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:

- a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;
- b) prestar asesoramiento sobre problemas éticos en contextos clínicos;
- c) evaluar los adelantos de la ciencia y la tecnología, formular recomendaciones y contribuir a la preparación de orientaciones sobre las cuestiones que entren en el ámbito de la presente Declaración;
- d) fomentar el debate, la educación y la sensibilización del público sobre la bioética, así como su participación al respecto.”

Capítulo II

Marco Interamericano de la objeción de conciencia sanitaria

Una vez presentados los instrumentos de derechos humanos a nivel universal, se abordan los de nivel regional. Este capítulo se centra en los que cubren el área geográfica de América Latina y el siguiente se ocupa de los que abarcan el ámbito europeo. Para concluir esta primera parte con la exposición del estado de la cuestión a distintos niveles nacionales, incluyendo España, Uruguay, Colombia y Argentina.

2.1. La Organización de Estados Americanos (1948). Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José, 1969) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San Salvador, 1988).

La Organización de Estados Americanos (OEA en lo sucesivo), que es el organismo regional más antiguo del mundo⁷⁹, fue creada en 1948 cuando se suscribió en Bogotá la Carta de la OEA, que entró en vigor en diciembre de 1951. En la IX Conferencia internacional americana, además de la Carta de la OEA se aprueban dos textos jurídicos más de significativa relevancia: el Tratado Americano de Soluciones Pacíficas y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Estos textos son relevantes porque marcan el nacimiento de una nueva etapa de integración entre países.

Cabe destacar la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, suscrita en la Conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos⁸⁰ (San José, Costa Rica, del 7 al 22 de noviembre de 1969), llamada Pacto de San José, que entró en vigor en

⁷⁹ La Primera Conferencia Internacional Americana, celebrada en Washington DC, de octubre de 1889 a abril de 1890, acordó crear la Unión Internacional de Repúblicas Americanas.

⁸⁰ Es preciso destacar la utilidad de las Conferencias especializadas por parte de la OEA, que son reuniones intergubernamentales para tratar asuntos técnicos especiales o para desarrollar determinados aspectos de la cooperación interamericana, y se celebran cuando lo resuelva la Asamblea General o la Reunión de Consulta de Ministros de Relaciones Exteriores, por iniciativa propia o a instancia de alguno de los consejos u Organismos Especializados (en este caso sobre derechos humanos).

1978⁸¹. Su antecedente es la *Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre* (1948), aprobada en la IX Conferencia internacional de Bogotá.

Adoptada meses antes que la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, la *Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre* subraya el compromiso de cada región con la protección internacional de los derechos humanos y sienta las bases para la adopción de la Convención Americana de Derechos Humanos. Esta Convención ha sido completada, entre otros, con instrumentos jurídicos como la Declaración de Dignidad Humana⁸², el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales (Pacto de San Salvador, 1988)⁸³ y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos y abolición a la pena de muerte (1990)⁸⁴.

En el sistema interamericano de derechos humanos la objeción de conciencia se contempla frente a la obligatoriedad del servicio militar, que sigue estando vigente en todo el continente latinoamericano. Distinto es el campo sanitario, en el que se observa un disenso, con poca regulación y toda ella mayoritariamente enfocada al aborto. El ejercicio de la objeción de conciencia puede quedar amparado mediante la aplicación de uno de los tres artículos siguientes:

1. Art. 6. Pacto de San José: Prohibición de la esclavitud y la servidumbre. En concreto, el art.6.3. b), que contempla la posibilidad de que los Estados regulen la objeción de conciencia al servicio militar⁸⁵.
2. Art.12 Pacto de San José: Libertad de conciencia y de religión⁸⁶.

⁸¹ Entró en vigencia el 18 de julio de 1978. Vid. OEA. *Convención Americana sobre los Derechos Humanos*, suscrita en la Conferencia Interamericana Especializada sobre derechos humanos (b-32), de 7 a 22 de noviembre de 1969.

⁸² Expresión utilizada por la OEA para referirse a la DUDH.

⁸³ OEA. *Protocolo adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales*, adoptado en San Salvador, el Salvador a 17 de noviembre de 1988. Conocido como Pacto de San Salvador (A-52).

⁸⁴ OEA. *Protocolo a la convención americana sobre derechos humanos relativo a la abolición de la pena de muerte*, adoptado en Asunción, Paraguay, el 8 de junio de 1990 en el vigésimo periodo ordinario de sesiones de la Asamblea General (A-53).

⁸⁵ Art. 6.3 del Pacto de San José:

“No constituyen trabajo forzoso u obligatorio:

(...) b. el servicio militar y, en los países donde se admite exención por razones de conciencia, el servicio nacional que la ley establezca en lugar de aquél”.

⁸⁶ Art. 12 Pacto de San José:

“1. Toda persona tiene derecho a la libertad de conciencia y de religión. Este derecho implica la libertad de conservar su religión o sus creencias, o de cambiar de religión o de creencias, así como la libertad de profesar y divulgar su religión o sus creencias, individual o colectivamente, tanto en público como en privado.

2. Nadie puede ser objeto de medidas restrictivas que puedan menoscabar la libertad de conservar su religión o sus creencias o de cambiar de religión o de creencias.

3. Art. 27 Pacto de San José, en concreto en su punto 2)⁸⁷: Suspensión de garantías. Este precepto, que permite la suspensión de derechos en caso de guerra, peligro público o emergencia, impide la suspensión de algunos derechos, como el derecho a la vida (art. 2), la libertad de conciencia y religión (art.12), y otros.

También se podría tener en cuenta el art. 3 del Pacto de San Salvador, que trata sobre la no discriminación por motivos de “raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”, en redacción similar a la del art. 2.2. PIDESC.

Cabe destacar que la protección de los derechos humanos del sistema jurídico interamericano cuenta con un organismo encargado de velar por su auxilio, que a su vez constituye uno de los principales logros de la OEA⁸⁸: la *Comisión interamericana de derechos humanos* (CIDH, en adelante). La CIDH se encarga de la promoción y defensa de los derechos humanos contenidos en la Declaración americana de los derechos y deberes del hombre o en la Convención americana sobre derechos humanos, entre otros. La CIDH formula recomendaciones a los Estados miembros y, en casos graves y urgentes, puede solicitar a los Estados miembros que adopten medidas cautelares, para prevenir daños irreparables a las personas. Las recomendaciones no tienen carácter vinculante y por esta razón algunos autores las clasifican como pronunciamientos de valor moral y político⁸⁹. Es innegable, no obstante, que

“ (...) los informes que publica la Comisión, en la práctica han logrado efectos positivos a pesar de que por sí mismos no suponen consecuencias ejecutivas ni órdenes para los Estados señalados, sin embargo sí son una presión moral y política porque ponen

3. La libertad de manifestar la propia religión y las propias creencias está sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley y que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral públicos o los derechos o libertades de los demás.

4. Los padres, y en su caso los tutores, tienen derecho a que sus hijos o pupilos reciban la educación religiosa y moral que esté de acuerdo con sus propias convicciones.”

⁸⁷ Art. 27.2. Pacto de San José:

“2. La disposición precedente no autoriza la suspensión de los derechos determinados en los siguientes artículos: 3 (Derecho al Reconocimiento de la Personalidad Jurídica); 4 (Derecho a la Vida); 5 (Derecho a la Integridad Personal); 6 (Prohibición de la Esclavitud y Servidumbre); 9 (Principio de Legalidad y de Retroactividad); 12 (Libertad de Conciencia y de Religión); 17 (Protección a la Familia); 18 (Derecho al Nombre); 19 (Derechos del Niño); 20 (Derecho a la Nacionalidad), y 23 (Derechos Políticos), ni de las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos”.

⁸⁸ Cfr. RINCON EIZAGA, Lorena. «La protección de los derechos humanos en las Américas», *Revista de Ciencias Sociales*, vol. X, núm. 3, diciembre-marzo, 2004, pp. 476-495.

⁸⁹ RIVERA, José Antonio. «Limitaciones en las acciones y resoluciones de la comisión interamericana de los derechos humanos». En: CARRASCO DURAN, Manuel; PÉREZ ROYO, Francisco Javier; URÍAS MARTÍNEZ, Joaquín; TEROL BECERRA, Manuel José (coord). *Derecho constitucional para el siglo XXI: actas del VIII Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional*, Navarra: Thomson Reuters Aranzadi, 2006, pp. 1769-1802.

en tela de juicio la actuación de un gobierno hacia su población”⁹⁰.

La CIDH se ha pronunciado en varias ocasiones sobre la objeción de conciencia sanitaria. Ha emitido informes en diversas ocasiones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria en la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). Es preciso tener en cuenta que el punto de partida es un contexto cultural muy restrictivo en materia de salud sexual y reproductiva. La objeción de conciencia y la IVE son un buen reflejo de las diferencias de contexto en países distintos, que pese a tener una estructura constitucional similar y asumir los mismos tratados internacionales sobre estas cuestiones, la práctica demuestra que el conflicto de derechos puede tener soluciones distintas, en función de la ponderación realizada. En el presente apartado se analiza el problema del (no) reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y las restricciones que supone el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud. Tal y como expuso Mónica Roa (2010) en el VI Encuentro de Diálogos Constitucionales de la Corte Constitucional (Bogotá),

“la objeción de conciencia debe garantizarse, para ser utilizada como escudo de protección a las creencias más íntimas de las personas; pero no para permitir que se convierta en una espada que busca hacer oposición y dejar inoperantes los avances logrados en materia de derechos sexuales y reproductivos”⁹¹.

La CIDH responde a las peticiones individuales de vulneración de derechos y, en su caso, las eleva ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que es un órgano judicial autónomo de la OEA, con sede en San José de Costa Rica, encargado de resolver esas peticiones.

2.2. Acciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

En este epígrafe destaco, por un lado, algunos asuntos que han llegado a la CIDH en relación con la objeción de conciencia militar y, por otro, y el *Informe de acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos*, de 2011, de los que cabe extraer algunas conclusiones acerca de la objeción de conciencia

⁹⁰ DONAIRES SÁNCHEZ, Pedro. «El carácter vinculante y la ejecutabilidad de las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos», *Derecho y Cambio Social*, vol. 3, núm. 7, 2006, p. 9

⁹¹ ROA, Mónica. “La objeción de conciencia es un escudo, no una espada”, *La razón pública*, de 11 de Octubre de 2010. Accesible mediante la web de WLW, http://www2.womenslinkworldwide.org/wlw/new.php?modo=detalle_prensa&dc=263 (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Me parece oportuno destacar, al igual que lo hace la autora al final del texto, que la expresión que da título a la crónica no es propia si no que corresponde a Título basado en el artículo de DICKENS, Bernard. «Conscientious Objection: A Shield or a Sword?». In MCLEAN, Sheila A.M. *First Do No Harm: Law, Ethics and Healthcare*, Aldershot, UK: Ashgate, 2006, pp. 337-351.

sanitaria.

Tal como se ha mencionado con anterioridad, el servicio militar es obligatorio en América Latina y será posible ejercer la objeción de conciencia a dicho servicio, cuando la regulación estatal lo contemple expresamente (art. 6 Pacto de San José). Acaso la objeción de conciencia sanitaria podría derivar de los arts. 12 y 27, ya citados. Si se admite la objeción de conciencia frente a la prestación militar, hipotéticamente debería ser posible ejercerla también en el entorno sanitario, salvando las diferencias entre los dos ámbitos.

Es necesario aclarar que los parámetros establecidos para la objeción de conciencia militar no son aplicables a la objeción de conciencia sanitaria⁹², pues las actividades afectadas son distintas. La primera diferencia, es que el servicio militar es obligatorio para todos a partir de la mayoría de edad –solo para las personas de sexo masculino– mientras que ningún prestador del servicio de salud está obligado a desempeñar una especialidad concreta. El profesional elige una especialidad dentro de las posibilidades existentes, como por ejemplo ginecología, obstetricia, cuidados paliativos, etc.

Una segunda diferencia entre la objeción de conciencia militar y la sanitaria es el nivel de impacto que tiene cada una de ellas. Manifestar las convicciones de un trabajador en el área de la salud tiene una repercusión inmediata en los derechos de terceros, los pacientes, y el acceso a una prestación sanitaria. Esa afectación a personas determinadas incluye el impacto en su integridad personal, la autonomía, la salud e incluso la vida⁹³. En cambio, en el servicio militar obligatorio no existe una afectación directa en los derechos de otra persona.

Como se ha dicho en el epígrafe anterior, el amparo al ejercicio de la objeción de conciencia podría derivar del reconocimiento de la libertad de conciencia y religión (art 12 del Pacto de San José). Hasta la fecha, este derecho ha sido objeto de pocos pronunciamientos en el sistema interamericano. Cabe citar el informe de la CIDH elaborado en el caso *Cristian Daniel Sahli Vera y otros v. Chile (2005)*⁹⁴, que parte de la voluntad de

⁹² *Prestador de servicios de salud* es la expresión habitual para referirse a trabajadores e instituciones dentro de América Latina. Por ello, se considera oportuno utilizar esta expresión en este apartado concreto.

⁹³ Centro de Derechos Reproductivos, *La Objeción de conciencia y Derechos Reproductivos. Estándares Internacionales de Derechos Humanos*, Bogotá, 2003, p. 3.

Es preciso incidir en que el Centro de Derechos Reproductivos, es un centro independiente que promueve la autonomía reproductiva entendida como un derecho humano fundamental en todo el mundo, y que tiene una oficina en Bogotá, hace la siguiente valoración: “La Corte Interamericana ha decidido apropiarse de estándares domésticos progresivos con respecto a la objeción de conciencia puesto que la interacción que implica entre el derecho doméstico y regional con los Derechos Humanos es promisoria”.

⁹⁴ *Caso Cristian Daniel Sahli Vera y otros contra Chile*, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Caso 12.219, de 10 de marzo de 2005. En la misma línea jurisprudencial, *Caso Alfredo Díaz Bustos contra Bolivia*, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe núm. 97/05, petición 14/04, de 27 de octubre de 2005

tres jóvenes de ser objetores de conciencia al servicio militar, obligatorio a partir de los 18 años en Chile. La CIDH entiende que para poder quedar exentos de realizar el servicio militar, el Estado concreto debe desarrollar el contenido del art.12 del Pacto de San José mediante una ley estatal. Es decir, la mención en el articulado del Pacto de la posibilidad de objetar no es suficiente; es necesario que el Estado concreto admita, mediante ley interna, la posibilidad de objetar al servicio militar. En el año 2005 no existía una ley estatal chilena que reconociese el ejercicio de la objeción de conciencia ante servicio militar. Por ello, la CIDH señaló que la no aceptación por parte de Chile de la objeción de conciencia de los tres jóvenes no supone una violación del derecho a la libertad de conciencia, consagrado en el artículo 12, ni del derecho a la protección de la vida privada, consagrado en el artículo 11, respectivamente, de la Convención Americana.

En el “*Informe de acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de Derechos Humanos*”, de 22 de noviembre de 2011⁹⁵, la CIDH afirma que el derecho a la objeción de conciencia por parte de los profesionales médicos es una libertad, pero que dicha libertad “puede colisionar con la libertad de los pacientes. En consecuencia, el equilibrio del derecho de los profesionales de salud y el derecho de los pacientes se mantiene a través de la referencia”⁹⁶. Esta última frase “el derecho de los pacientes se mantiene a través de la referencia” precisa alguna aclaración adicional. La CIDH se refiere a un profesional puede negarse a atender a un paciente, pero lo debe transferir sin objeción a otro profesional que pueda proveer lo solicitado por el paciente. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, en definitiva, no puede suponer una barrera a la prestación de los servicios.

Citando al Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) en el *Caso RR c. Polonia*⁹⁷, el Informe de la CIDH incorpora estándares aplicables a la objeción de conciencia en servicios de salud, legitimando una serie de estándares de derechos humanos con relevancia para todos los EEMM de la OEA. Para estos estándares, la CIDH destaca una resolución judicial de un EM concreto, Colombia. Se trata del caso *Gladys Belén Arias Becerra contra la EPS Coomeva y el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta*,

.Y el *Caso Xavier Alejandro León Vega contra Ecuador*, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, informe núm. 22/06, petición 278-02, de 2 de marzo de 2006 .

⁹⁵ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Informe núm.61. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, de 22 de noviembre de 2011 (OEA/Ser.LV/II).

⁹⁶ *Ibidem*. p. 31, (párrafo 95).

⁹⁷ *Ibidem*. En la línea del *Caso Pichon Sajous contra Francia*, STEDH (sección tercera) núm. 49853/99, de 2 de octubre de 2001, que se analizará más adelante, donde el conflicto versa sobre la negativa de la venta de anticonceptivos orales por parte de los dispensarios de fármacos mediante objeción de conciencia. El caso citado en el Informe de la CIDH es el *Caso R. R. contra Polonia*, STEDH Aplicación 27617/04, 26 de mayo de 2011.

resuelto por la Corte Constitucional en sentencia de 28 de febrero de 2008⁹⁸. El asunto parte del caso de una joven, de 13 años de edad, que fue violada y quiso interrumpir el embarazo posterior. Frente a su solicitud, los ginecólogos de la entidad presentaron objeción de conciencia en relación con la práctica del aborto, basado en motivos religiosos, que debía ser atendida, alegaban, por la ausencia de urgencia médica. El Tribunal Constitucional colombiano puso de manifiesto que la objeción de conciencia no puede constituir un mecanismo de discriminación y vulneración para los derechos fundamentales de los pacientes. La decisión de la Corte Constitucional Colombiana⁹⁹ determina una serie de límites para la objeción de conciencia en materia sanitaria, que el *Informe de acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, recoge y sintetiza.

En síntesis, son los siguientes: la objeción de conciencia no es un derecho del cual son titulares las personas jurídicas o el Estado, sólo es posible reconocerlo a personas naturales. En caso de que un médico alegue la objeción de conciencia, está en la obligación de proceder a remitir a la mujer a otro médico que sí puede realizar el servicio médico solicitado, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y pertinente a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica. La objeción de conciencia es una decisión individual y no institucional o colectiva. La objeción de conciencia se aplica sólo a prestadores directos y no al personal administrativo. La objeción de conciencia procede cuando se trate realmente de una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada y debe presentarse por escrito, siguiendo el médico que la invoca la obligación de remitir inmediatamente a la mujer a un médico que pueda proporcionar el servicio en salud reproductiva requerido, para impedir que la negación constituya una barrera en el acceso a la prestación de servicios de salud reproductiva. El *Informe* termina con una serie de recomendaciones a los Estados miembros, entre las que interesa destacar la que incluye la necesidad de “establecer protocolos para el acceso efectivo a la información cuando se presentan casos de objeción de conciencia” (recomendación octava).

⁹⁸ Caso *Gladys Belén Arias Becerra contra la EPS Coomeva y el Hospital Universitario Erasmo Meoz de Cúcuta*, Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T-209/08 de 28 de febrero de 2008.

⁹⁹ *Ibidem*, en el apartado de “conclusión” de la parte 4 a la 10. Los límites son estos:

1. La objeción de conciencia no es un derecho del que son titulares las personas jurídicas; sólo es posible reconocer la objeción de conciencia a personas naturales.
2. Debe respaldarse en una decisión individual, no institucional ni colectiva.
3. Se aplica a los prestadores de salud directos y no al personal administrativo.
4. La objeción de conciencia procede cuando se trata realmente de una convicción de carácter religioso, debidamente fundamentada y debe presentarse por escrito, siguiendo el prestador de salud que la invoca una obligación de remitir inmediatamente al paciente a un médico que pueda proporcionar el servicio de salud requerido.

La Corte Interamericana reconoce el trato diferenciado en sus pronunciamientos judiciales actuando bajo el sistema universal de derechos humanos, determinando que este trato diferenciado a determinados grupos de objetores de conciencia y la inaplicabilidad en otros es razonable. El Estado debe revisar sus regulaciones y prácticas para brindar un trato igualitario a las personas que sostengan fuertes objeciones.

Lo destacable de la Corte Interamericana, en relación con el ejercicio de la objeción de conciencia, es que pese a que la CIDH expone que la objeción de conciencia debe ser individual, no institucional, ni colectiva, en algunas ocasiones, incluso reconocida mediante legislación estatal de alguno de sus EM de la OEA, se ha permitido a determinados colectivos la exención de sus deberes mediante la objeción de conciencia, y eso da lugar a ser interpretado como objeción de conciencia colectiva.

(...) *Procede cuando se trata realmente de una convicción* (...)

Para ser fieles a la situación se debe evitar la rigidez mostrada por la Corte Constitucional Colombiana y admitir que es muy posible que siguiendo la jurisprudencia Internacional –como ya ha hecho con anterioridad la CIDH citando al Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas– se acepten otro tipo de eximentes que no estén basados, necesariamente, en convicciones religiosas. En todo caso, el Estado es responsable de la regulación del acceso a los servicios sanitarios.

En el sistema interamericano, la objeción de conciencia en el ámbito de la sanidad se ha ejercido mayoritariamente en casos de salud sexual y reproductiva, donde el *statu quo* de la objeción es incierto por falta de decisiones vinculantes de la Corte Interamericana¹⁰⁰. Existen señales que sugieren el progreso mediante la comprensión de la complejidad del tema y el entendimiento del impacto que puede tener en la salud de la población. Un ejercicio de la objeción de conciencia desmesurado o sistemático en el ámbito de salud sexual y reproductiva supondría una afectación a los derechos humanos reconocidos. Progresivamente, la Corte Interamericana, y los pronunciamientos de la CIDH, han intentado aproximarse a los estándares internacionales acerca de la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria¹⁰¹.

La objeción de conciencia médica implica que los prestadores de salud tienen derecho a negarse a proporcionar ciertos servicios por considerarlos contrarios a sus convicciones personales, pero siempre que la paciente pueda encontrar otro profesional que

¹⁰⁰ Centro de Derechos Reproductivos. *La Objeción de conciencia y Derechos Reproductivos. Estándares Internacionales de Derechos Humanos*, ob. cit., p. 15.

¹⁰¹ *Ibidem*, p.16.

preste el servicio. Aunque la CIDH no ha tenido oportunidad de pronunciarse sobre estas cuestiones, existe algún caso en el que el objeto de litigio y su fallo posterior ha marcado la línea jurisprudencial a seguir. Me refiero al caso *Artavia Murillo v. Costa Rica*¹⁰², resuelto por la Corte Interamericana de derechos humanos en noviembre de 2012, en el que se ejerce la objeción de conciencia en el ámbito sanitario no por parte del usuario del sistema sanitario sino por parte del prestador de salud –en concreto a nivel suprainstitucional, pues ya no es un solo profesional o una institución, es todo el Estado el que se niega a la prestación sanitaria– dado que la normativa sobre la fecundación in vitro (FIV) había sido declarada inconstitucional¹⁰³. Nueve parejas presentaron una petición de responsabilidad contra Costa Rica, ya que la imposibilidad de formar una familia mediante la FIV supone una vulneración de sus derechos humanos. La CIDH resuelve el caso afirmando que la prohibición general del Estado costarricense de practicar la FIV viola los artículos 5.1 (derecho a la integridad física, psíquica y moral), 7 (derecho a la libertad), 11.2 (derecho a la vida privada y familiar) y 17.2 (derecho a contraer matrimonio y fundar una familia) del Pacto de San José.

El caso de *Artavia Murillo v. Costa Rica* creó un precedente aplicable a los límites del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud, un precedente en forma de obligación para los Estados, que deben regular las prestaciones de los servicios sanitarios de manera que se garanticen los derechos de las personas.

Hasta la fecha no existen más pronunciamientos de la Corte Interamericana acerca de la objeción de conciencia sanitaria.

¹⁰² *Caso Artavia Murillo y otros ("Fecundación in vitro") contra Costa Rica*, Sentencia de la Corte IDH (ser. C), de 28 de noviembre de 2012, (pár. 148).

¹⁰³ Inicialmente Costa Rica autorizaba la práctica de la FIV para las parejas matrimoniales, a través del Decreto Ejecutivo No. 24029-S de 3 de febrero de 1995, pero esta normativa fue declarada inconstitucional por la Corte Suprema el 15 de marzo de 2000.

Capítulo III

El Marco Europeo y la objeción de conciencia sanitaria

Este tercer capítulo se centra en analizar cómo se ha abordado la objeción de conciencia sanitaria en el marco europeo, Consejo de Europa y Unión Europea. Tras una referencia a los convenios aplicables, se analizan las resoluciones y recomendaciones sobre esta materia. La jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derecho Humanos, por su importancia, será analizado en un capítulo independiente. Es interesante destacar que el Consejo de Europa aborda expresamente la objeción de conciencia en documentos no vinculantes; mientras que la Unión Europea aborda esta cuestión, aunque de forma genérica, como parte del derecho primario, sirviendo como parámetro de referencia a la hora de examinar la validez del derecho derivado y las medidas nacionales sobre la cuestión.

3.1. El Consejo de Europa (1949).

El Consejo de Europa es una organización internacional con sede en Estrasburgo, creado en 1949, cuyo objetivo fundamental es conseguir una colaboración más estrecha entre los Estados para salvaguardar y promover los ideales y los principios que constituyen su patrimonio común y favorecer su progreso económico y social, tal como dispone el art. 1 de su Estatuto¹⁰⁴.

La *Convención Europea para los Derechos del Hombre* celebrada en 1950 instauró una garantía internacional de los derechos y libertades fundamentales del ser humano sin precedentes¹⁰⁵. En la Convención se transformaron los preceptos de la *Declaración de los Derechos del Hombre de las Naciones Unidas* (1948), considerados hasta ese momento

¹⁰⁴ El Estatuto del Consejo de Europa, hecho en Londres el 5 de mayo de 1949, destaca una serie de valores y principios en el preámbulo. Por un lado, la necesidad de consolidar la paz, basada en la justicia y la cooperación internacional, es una cuestión de interés vital para la preservación de la sociedad humana y de la civilización. Por otro, señala que la auténtica democracia está basada en la libertad individual, la libertad política y el imperio del Derecho. *Vid.* España. Instrumento de Adhesión de España al Estatuto del Consejo de Europa, hecho en Londres el 5 de mayo de 1949, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 51, de 1 de marzo de 1978, pp. 4840-4844.

¹⁰⁵ MONTES FERNÁNDEZ, Francisco Jose. « El Consejo de Europa », *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, núm. 47, 2014, p. 69.

como principios generales del derecho, pasando a considerarse estrictas obligaciones jurídicas¹⁰⁶. De ahí emerge el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales que analizaremos a continuación.

3.1.1. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales (1950).

En el ámbito del derecho internacional regional y, concretamente, en el Consejo de Europa, se elaboró en 1950 el *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las libertades fundamentales* (llamado Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos desde 1995, el CEDH)¹⁰⁷. Este Convenio, como expresa Truyol, “representa el mayor avance realizado desde la aparición del Estado moderno para tutelar los Derechos Humanos en el plano internacional”¹⁰⁸.

El texto originario del Convenio se ha ido desarrollando y modificando mediante la aprobación de una serie de protocolos¹⁰⁹, entre los que cabe destacar dos de ellos que inciden en la protección de los derechos. Por un lado, el Protocolo nº 11 relativo a la reestructuración del mecanismo de control establecido por el Convenio, de 11 de mayo de 1994, que revisó en profundidad el texto de la Convención con el fin de modificar el procedimiento de protección de los derechos¹¹⁰. Suprimió la Comisión Europea de los Derechos Humanos y reformó el Tribunal Europeo de Derechos Humanos, permitiendo que los individuos presentaran demandas directamente ante él. Y, por otro lado, el Protocolo nº 14 por el que se modifica el mecanismo de control establecido por el Convenio, de 13 de mayo de 2004, que completa esos mecanismos de control haciendo más eficiente el sistema europeo de derechos humanos, mediante el proceso de supervisión de la ejecución de las

¹⁰⁶ MARÍN CASTÁN, María Luisa. «En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 31, 2014, pp. 17-37. Idea que la autora ya expresó con anterioridad en «La dignidad humana, los Derechos Humanos y los Derechos Constitucionales», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 9, 2007, pp. 1-8.

¹⁰⁷ Consejo de Europa. *Convenio sobre Derechos Humanos y Libertades Fundamentales*. Convenio abierto a la firma en Roma el 4 de noviembre de 1950, en vigor desde 3 de septiembre de 1953.

¹⁰⁸ La cita a TRUYOL Y SERRA, Antonio, se extrae de la ponencia de GARCÍA CANTERO, Gabriel, «La persona ante el derecho: ¿cómo asegurar el respeto efectivo a los derechos humanos?», Conferencia pronunciada el 18 de enero de 1990 del I.U.T.C.R., Seminario Fe y Cultura, p. 76.

¹⁰⁹ Todos los protocolos (1-16) pueden consultarse en la web del Consejo de Europa <http://www.coe.int/en/web/conventions/full-list/-/conventions/webContent/7435985> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹¹⁰ Consejo de Europa. *Protocolo núm.11 al Convenio Para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales relativo a la reestructuración del mecanismo de control establecido por el Convenio*. Abierto a firma en Estrasburgo el 11 de mayo de 1994, ratificado por España. Instrumento de ratificación del Protocolo número 11 al Convenio para la protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales relativo a la reestructuración del mecanismo de control establecido por Convenio, hecho en Estrasburgo el 11 de mayo de 1994. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 152, de 26 de junio de 1998, pp. 21215 a 21221.

sentencias del TEDH por parte del Comité de Ministros¹¹¹.

El CEDH recoge los derechos civiles y políticos, no los derechos sociales, pues de ello se encarga la Carta Social Europea (CSE), hecho en Turín, el 18 de octubre de 1961¹¹² que tiene como objetivo favorecer el progreso económico y social, en particular mediante la defensa y el desarrollo de los derechos humanos y de las libertades fundamentales¹¹³. Varios preceptos están dedicados al ámbito de la salud, en concreto los arts. 11 y 13 CSE. El art. 19.2 CSE también menciona los servicios sanitarios y médicos necesarios, para recordar que estos derechos también se deben garantizar a los trabajadores migrantes y sus familias. El artículo 11 CSE recoge el derecho a la protección de la salud, por el que los Estados se comprometen a eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente, a establecer servicios educacionales y de consulta sobre temas de salud y a prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras. El artículo 13 CSE está dedicado al derecho a la asistencia social y médica, que incluye el compromiso de los Estados a velar por que las personas que no dispongan de recursos suficientes puedan obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que exija su estado. La planificación de la salud pública por parte del Consejo de Europa gira en torno al establecimiento de normas comunes de higiene y tratamiento médico, así como a la adopción de reglas uniformes en materia de sanidad¹¹⁴.

Si nos centramos ya en el CEDH, y en los preceptos que pueden ser relevantes para el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales en salud, cabe destacar el art. 9, que reconoce la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. El objeto de protección del art. 9 CEDH son las “creencias y convicciones”, y su contenido se concreta en «la libertad de cambiar de religión o de convicciones, así como la libertad de manifestar su religión o sus convicciones individual o colectivamente, en público o en privado, por medio del culto, la enseñanza, las prácticas y la observancia de los ritos». En ningún momento menciona la existencia de un derecho a quedar liberado de una obligación jurídica por razón de las propias convicciones. Seguidamente, el apartado 2 del precepto

¹¹¹ El sistema europeo de derechos humanos no sólo se ha institucionalizado, sino que además se considera un medio totalmente eficiente gracias al Protocolo 14, vigente desde 2010, que completa los mecanismos de control. PAÚL DÍAZ, Álvaro. «Protocolo 14: Mejorando la Eficiencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos». *Revista chilena de derecho*, núm. 37, vol. 3, 2010, pp. 613-615.

¹¹² Cfr. Consejo de Europa. *Carta social europea*, abierta a firma en Turín el 18 de octubre de 1961, ratificada por España el 29 de abril de 1980. *Boletín Oficial del Estado*, de 26 de junio de 1980, núm. 153, pp.14533 a 14540.

Consejo de Europa. *Carta social europea, segunda versión*, revisada de 1996, Estrasburgo. Entró en vigor en 1999, y sustituye gradualmente el tratado inicial de 1961.

¹¹³ SAURA, Jaume. “La Carta social europea: esa desconocida...”, *diario.es*, de 13 de febrero de 2014. Disponible en: http://www.eldiario.es/agendapublica/proyecto-europeo/Carta-Social-Europea-desconocida_0_228527556.html (Última consulta el 29 de diciembre de 2020).

¹¹⁴ Para profundizar en los resultados de corte social conseguidos por el Consejo de Europa, véase MONTES FERNÁNDEZ, Francisco José. «El Consejo de Europa», *ob. cit.*, p. 57.

permite a los Estados imponer restricciones a esa libertad, cuando esté previsto por ley y sea necesario, en una sociedad democrática, para preservar «la seguridad pública, la protección del orden, de la salud o de la moral públicas, o la protección de los derechos o las libertades de los demás». El conflicto entre la libertad de los profesionales sanitarios, por un lado, y el derecho a la salud de los pacientes, por otro, resulta evidente.

Los Estados tienen un amplio margen de apreciación para definir el alcance de sus límites, particularmente en lo que respecta a la exteriorización de manifestaciones de naturaleza religiosa. El pluralismo al que se refiere dicho artículo queda desvirtuado al no traducirse jurisprudencialmente en una exigencia mínima de igualdad de trato, pues las manifestaciones religiosas han sido protegidas de modo dispar. En aplicación del art. 9 del CEDH, el mismo CEDH y el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) han establecido *de facto* diferentes niveles de protección, privilegiando las convicciones religiosas sobre las éticas, con el límite del orden público. El Estado es el encargado de proteger los derechos, y las regulaciones dependerán del contexto doméstico¹¹⁵. De modo que, el margen de discrecionalidad que tienen los Estados es amplio, prima sobre el del TEDH, el cual se limita a la aplicación del principio de igualdad y neutralidad¹¹⁶ para tratar con objetividad los asuntos relacionados con materia religiosa.

Aunque se ha sostenido que “el Convenio no garantiza en cuanto tal un derecho a la objeción de conciencia”¹¹⁷, entendido éste como un derecho general, la misma Comisión ha afirmado que las peticiones del demandante objetor deben contemplarse dentro del ámbito del art. 9 del instrumento ya citado. Por consiguiente, aunque el art. 9 CEDH no menciona

¹¹⁵ “No se puede discernir en Europa una concepción uniforme sobre el significado de la religión en la sociedad, y el significado o impacto de la expresión pública de una creencia diferirá según el momento y el contexto. Consecuentemente, las normas en esta esfera variarán de un país a otro según las tradiciones nacionales, así como las exigencias impuestas por la necesidad de proteger los derechos de los demás y mantener el orden público. Por tanto, la elección de la extensión y la forma de tales regulaciones debe dejarse inevitablemente hasta cierto punto al Estado interesado, puesto que dependerá del contexto doméstico”, según Asunto *Leyla Sahin contra Turquía*, STEDH (Gran Sala), núm. 44774/98, de 10 de noviembre de 2005, p. 109, en un asunto sobre el velo islámico.

¹¹⁶ SOLAR CAYÓN, José Ignacio. «Pluralismo, democracia y libertad religiosa: consideraciones (críticas) sobre la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos» en *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho (Ejemplar dedicado a: XXI Jornadas de la Sociedad Española de Filosofía Jurídica y Política, "Problemas actuales de la Filosofía del Derecho")*, Universidad de Valencia, núm. 15, 2007, pp. 1-10.

¹¹⁷ Existen tres casos que niegan que la objeción de conciencia sea un derecho aplicable en un contexto religioso. Estos son: (1) Caso *Angelini c. Suecia*, STEDH, núm. 1041/83 (fondo), 1983, Decisions & Reports, vol. 51; (2) Caso *Folgero y otros contra Noruega*, STEDH, núm. 2007/53, de 29 junio 2007; (3) Caso *Hassan y Tahaouch contra Bulgaria.*, STEDH, núm. 30985/96, 26 de octubre de 2000.

Cfr. SÁNCHEZ CARO, Javier y ABELLÁN GARCÍA, Fernando. «La objeción de conciencia sanitaria». *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. Universidad Complutense, núm.15, 2010; PAREJO GUZMÁN, María José. «Reflexiones sobre el asunto Lautsi y la jurisprudencia del TEDH sobre símbolos religiosos: hacia soluciones de carácter inclusivo en el orden público europeo», *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, 2010, pp. 865-896; ROCA FERNÁNDEZ, María José. «Derechos confesionales e integración de las confesiones religiosas. Aspectos institucionales y personales de la autonomía a la objeción de conciencia». En: FERRERO GALGUERA, Juan (coord.) *Jornadas Jurídicas Sobre Libertad Religiosa en España* (Ministerio de Justicia), Madrid, 2013, pp. 215-242.

expresamente el derecho a la objeción de conciencia, existe una asociación implícita entre éste y la libertad de conciencia, pensamiento y religión.

Pese a que el art. 9 CEDH es el utilizado de forma más frecuente para la denuncia de la vulneración del derecho a la objeción de conciencia, no es el único, puesto que en algunas ocasiones los argumentos alegados por los demandantes han sido la vulneración del art. 2 del CEDH (derecho a la vida), el art. 8 (derecho al respeto de la vida privada y familiar) e incluso el art. 3 (derecho a la prohibición de la tortura). Este conjunto de artículos –argumento sobre la vulneración de los arts. 2, 3, 8 y 9– es el utilizado en la actualidad para denunciar un quebrantamiento por parte de alguno de los EEMM en los dilemas al principio o final de la vida tan frecuentes en el campo de la bioética (aborto y eutanasia). Muestra de ello son los casos cuyos argumentos se expondrán en detalle más adelante en el capítulo cuarto de esta tesis donde se analiza la jurisprudencia del TEDH: *R. R. c. Polonia* (2011) y *P. y P. c. Polonia* (2012).

Finalmente, me parece oportuno destacar la ausencia de previsión de una objeción de conciencia en las diversas recomendaciones sobre determinadas prácticas científicas aprobadas por la Asamblea Parlamentaria del CEDH. Así, en materia de ingeniería genética¹¹⁸ o de utilización de embriones y fetos humanos con fines diagnósticos, terapéuticos, científicos, industriales y comerciales¹¹⁹. En las recomendaciones, pese a la amplitud de temática y a la innovadora previsión de supuestos clínicos aún no planteados hasta la fecha (nuevas técnicas no desarrolladas), no se incluye el derecho a la objeción de conciencia por parte del personal sanitario e investigador¹²⁰. Resulta curioso, en la medida en que muchas de las prácticas incluidas en las recomendaciones podrían ser, desde el punto de vista profesional, objetadas con base en argumentos ideológicos, morales y/o de creencias.

¹¹⁸ Consejo de Europa. *Recomendación núm. 934, relativa a la ingeniería genética*. Texto aprobado por la Asamblea Parlamentaria el 26 de enero de 1982.

¹¹⁹ Consejo de Europa. *Recomendación núm. 1046, relativa a la utilización de embriones y fetos humanos con fines diagnósticos, terapéuticos, científicos, industriales y comerciales*. Texto aprobado por la Asamblea Parlamentaria el 24 de septiembre de 1984.

¹²⁰ MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro y GARCÍA GARCÍA, Ricardo. «La objeción de conciencia en el aborto». En ABELLÁN-GARCÍA, Fernando (et al.). *Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos*, Granada: Comares, 2008, p. 76.

3.1.2. Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (1997).

El Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa (Convenio de Oviedo), aprobado y ratificado por Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa el 4 de abril de 1997¹²¹ “es el primer texto de carácter jurídico creado específicamente para la protección de los derechos fundamentales del ser humano con respecto a las aplicaciones de la medicina y la biología de las generaciones presentes y futuras en el ámbito internacional”¹²².

Este Convenio puede ser ratificado tanto por EEMM del Consejo de Europa como por Estados no miembros y, una vez ratificado, sus mandatos forman parte del ordenamiento jurídico interno de cada Estado, lo que obliga a modificar las legislaciones nacionales adecuándolas, en caso de ser necesario, a los preceptos del texto jurídico vinculante. El Convenio de Oviedo establece la necesidad de un debate social (art. 28) sobre los avances y aplicación de las tecnologías en el campo de la biología y la medicina. Un debate social, como requisito necesario en una sociedad civil que precisa informarse, debatir y decidir –desarrollar, en definitiva– su principio de autonomía para abordar situaciones con implicación ética, jurídica y social como es la biomedicina.

El Convenio de Oviedo no contempla la figura de la objeción de conciencia. Sin embargo, durante el proceso de elaboración del texto, se discutió la necesidad de incluir la objeción de conciencia ejercida por los profesionales de salud. La redacción del artículo 4 era, inicialmente, la siguiente:

“Toda intervención en el ámbito de la sanidad, comprendida la investigación, deberá efectuarse dentro del respeto a las normas y obligaciones profesionales, así como a las normas de conducta aplicables en cada caso. *Toda persona que trabaje en el campo de la salud y de la investigación biomédica puede hacer valer su derecho a la objeción de*

¹²¹ El *Convenio de Oviedo* fue aprobado por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa el 28 de septiembre de 1996 y está en vigor con carácter legal en España desde el 1 de enero de 2000. Mediante instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 251, de 20 de octubre de 1999, pp. 36825 a 36830.

Cfr. DEL BRÍO, María Ángeles. «Décimo aniversario de la entrada en vigor del Convenio de Oviedo», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 18, 2010, pp. 55-57.

¹²² LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «Textos y recursos de referencia para abordar los retos del derecho público ante las ciencias de la vida desde una perspectiva bioética», *ob. cit.*, p. 235.; BYK, Christian. The European Convention on Biomedicine and Human Rights: a pragmatic ambition». *Droit, Sante et Societe*, núm. 1, 2019, pp. 5-11.

conciencia"¹²³.

Esta última frase estaba encaminada a hacer efectivo el derecho de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Se pretendía también extender el ámbito de aplicación de la objeción de conciencia para incluir la posibilidad de que fuese alegada por personas que no fuesen médicos, sino profesionales vinculados al ejercicio de la práctica médica e investigación, como por ejemplo, los farmacéuticos¹²⁴. El art. 4 finalmente aprobado no incluye la última frase destacada en cursiva.

El Convenio de Oviedo enmarca en el art. 4 las obligaciones de los profesionales y las normas de conducta y con ello, de forma indirecta, puede tener cabida la objeción de conciencia. Se entiende que esta práctica no perjudica o daña el respeto a las normas y a las obligaciones profesionales, simplemente las delega en otro profesional que esté dispuesto a realizar tales prácticas sin los reparos que el médico delegante presenta.

3.1.3. Resolución 337 (1967) sobre el derecho a la objeción de conciencia.

La Resolución 337 (1967) sobre el derecho a la objeción de conciencia, de la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa, adoptada el 26 de enero de 1967¹²⁵, constituye un paso decisivo en el reconocimiento de la objeción de conciencia. Es más, el propio título de la Resolución revela que lo considera no una mera práctica, sino un “derecho”, y más adelante lo califica de “derecho subjetivo”. En ella se vincula la objeción de conciencia al art. 9 CEDH, en particular con la “obligación de las partes contratantes de asegurar la libertad de religión y conciencia del individuo”. Se adopta un concepto amplio de conciencia individual, pues no solo cabe objetar por convicciones de naturaleza religiosa, sino también las de orden “ético, moral, humanitario, filosófico o de naturaleza equiparable”. Lo importante es que se trate de convicciones profundas y auténticas¹²⁶.

Aunque la Resolución se centra en la objeción frente a la obligación pública de

¹²³ PARDO, Antonio. “Primer convenio internacional para regular la biomedicina”, *Aceprensa*, de 9 de abril de 1997. Disponible en: <<http://www.aceprensa.com/articulos/primer-convenio-internacional-para-regular-la-biom/>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹²⁴ MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro y GARCÍA GARCÍA, Ricardo. «La objeción de conciencia en el aborto». En: ABELLÁN-GARCÍA, Fernando (et al.). *Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos*, ob. cit., pp. 76-77.

¹²⁵ Consejo de Europa. *Resolución núm. 337 sobre la objeción de conciencia*. Adoptada en su 22ª sesión, el 26 de enero de 1967.

¹²⁶ APARISI MIRALLES, Ángela, y LÓPEZ GUZMAN, José. «El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal», *Revista Biomedicina*, nov-dic, 2009, p. 52. Idea que defendieron con anterioridad ambas autoras en APARISI MIRALLES, Ángela, y LÓPEZ GUZMAN, José. «El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal», *Persona y Bioética*, vol. 10, núm. 1, 2006, pp. 35-51.

prestar el servicio militar, es útil traerla a colación aquí ya que cabe extraer lecciones que serán de aplicación a la objeción de conciencia sanitaria. La Resolución se ocupa fundamentalmente de establecer una serie de garantías básicas en el procedimiento conducente a la declaración de objetor. Así, el sujeto debe ser informado de la posibilidad de objetar justo después de la primera notificación de inscripción en las listas o de la llamada a filas (Sección B, párr.1); la autoridad administrativa encargada de resolver las solicitudes de los objetores no debe formar parte de la institución militar, para garantizar una mayor independencia e imparcialidad posibles (párr. 2); la resolución desestimatoria puede ser objeto de recurso (párr. 3); la incorporación a filas debe quedar suspendida hasta la resolución de los procedimientos (párr. 4); el objetor debe ser escuchado, estar asistido por un abogado y recurrir a testigos (párr. 5). Se menciona la prestación sustitutoria como un elemento complementario de la objeción de conciencia, de manera que no puede ser concebida como un beneficio y, por tanto, no puede tener una duración inferior a la del servicio militar, aunque tampoco una penalización, por lo que no puede durar más que el servicio militar¹²⁷. Finalmente, cabe mencionar que corresponde a los Gobiernos encargarse de que los objetores, sean empleados en tareas de utilidad a la sociedad o a la colectividad, sin olvidar las múltiples necesidades de los países en vías de desarrollo¹²⁸.

En la Recomendación 816 (1977), sobre la objeción de conciencia al servicio militar¹²⁹, la Asamblea Parlamentaria reproduce las ideas de la Resolución anterior, urge a los Estados a adaptar su legislación a sus principios y, lo que es más importante, propone incorporar el derecho de objeción de conciencia al CEDH aunque, eso sí, referido al servicio militar.

La Recomendación (R) (87) 8, sobre la objeción de conciencia al servicio militar obligatorio, del Comité de Ministros¹³⁰, parte de un planteamiento distinto. Para Capodiferro el Comité "aboga por un tratamiento común de este supuesto, la objeción, en los Estados miembros desde un punto de vista más pragmático, suavizando algunas cuestiones

¹²⁷ Junto con esta Resolución el Consejo de Europa mediante Asamblea Parlamentaria adoptó la *Recomendación núm. 478 (1967)* invocando al Comité de ministros para la formulación de un Convenio que lleve a los Estados miembros a reconocerlo en los términos expresados. *Vid.* Consejo de Europa. *Recomendación núm. 478 (1967) sobre el derecho de objeción de conciencia al servicio militar*, de 26 de enero de 1967.

¹²⁸ CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. «El tratamiento de la objeción de conciencia en el Consejo de Europa», *Ilu. Revista de Ciencias de las Religiones*, núm. 22, 2017, p. 77.

¹²⁹ Consejo de Europa. *Recomendación núm. 816, sobre la objeción de conciencia al servicio militar*. Adoptada en su 10ª sesión, el 7 de octubre de 1977.

¹³⁰ Consejo de Europa. *Recomendación (R) (87) 8, sobre la objeción de conciencia al servicio militar obligatorio*. Adoptada el 9 de abril de 1987, 406ª Reunión del Comité de Ministros. La Asamblea Parlamentaria, mediante la Opinión 132, de 30 de enero de 1987 en su 28ª Sesión, manifestó su aprobación a la citada Recomendación. Véase Consejo de Europa. *Recomendación (R) (87) 8, sobre la objeción de conciencia al servicio militar obligatorio*. Adoptada en la 406ª Reunión del Comité de Ministros, de 9 de abril de 1987.

importantes¹³¹”. Por un lado, no vincula la objeción de conciencia con un artículo concreto del CEDH, más allá de la referencia vaga a la mejor realización de los derechos humanos y libertades fundamentales. Por otro, no califica la objeción de conciencia como un derecho subjetivo, sino como un problema práctico o social. Esta Recomendación se centra esencialmente en las garantías procedimentales, y cabe destacar dos novedades. Por un lado, se añade la posibilidad de objetar en conciencia de modo sobrevenido (pár. 8); por otro, define expresamente la prestación sustitutoria como no punitiva (pár. 9). La Asamblea parlamentaria retomó el tema en la Recomendación 1518 (2001) sobre ejercicio del derecho de objeción de conciencia al servicio militar en los Estados miembros del Consejo de Europa¹³², calificando la objeción de conciencia de derecho fundamental. En este documento insiste en la necesidad de incorporar la objeción de conciencia al CEDH, y prevé su posible extensión a otros supuestos, más allá del servicio militar¹³³. Se elimina cualquier referencia a las garantías procedimentales, y se reitera la conveniencia de establecer una prestación sustitutoria de carácter civil que no sea punitiva ni disuasoria. La recomendación de incorporar el derecho de objeción de conciencia al servicio militar en el art. 9 CDEH se mantiene, aunque el Comité de ministros rechazó esta recomendación¹³⁴.

3.1.4. Resoluciones y recomendaciones sobre la objeción de conciencia a ciertas prácticas médicas.

La Asamblea Parlamentaria se ha pronunciado sobre diversas actuaciones sanitarias frente a las que se puede objetar, como el tratamiento de las personas en fase terminal o el aborto. Las cuestiones referidas al inicio y final de la vida han sido las que han propiciado y hecho avanzar el debate de la regulación de la objeción de conciencia.

En la Recomendación 779/1976 sobre los derechos de los enfermos y moribundos¹³⁵, la Asamblea parlamentaria plantea, por primera vez, la objeción de conciencia del personal sanitario cuando señala que “ningún médico u otro miembro de la profesión médica podrá

¹³¹ CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. «El tratamiento de la objeción de conciencia en el Consejo de Europa», *ob. cit.*, p. 77.

¹³² Consejo de Europa. *Recomendación núm. 1518 (2001) sobre el ejercicio del derecho de objeción de conciencia al servicio militar en los Estados Miembros del Consejo de Europa*. Adoptada el 23 de mayo de 2001.

¹³³ En el memorándum explicativo de la propuesta la objeción de conciencia era concebida como una consecuencia necesaria del reconocimiento de la libertad de pensamiento, y se reivindicaba el respeto al principio de legalidad, al entender que todo supuesto distinto del relativo al servicio militar necesita de un reconocimiento previo para poder ser aceptado. *Vid.* CAPODIFERRO CUBERO, Daniel, «El tratamiento de la objeción de conciencia en el Consejo de Europa», *ob. cit.*, p. 78.

¹³⁴ El Comité de ministros del Consejo de Europa en su respuesta, adoptada en la 785ª Reunión de 26-27 de febrero de 2002, *documento 9379*, de 1 de marzo de 2002, defendió la legitimidad de una prestación sustitutoria de mayor duración que el servicio militar, por ser menos onerosa.

¹³⁵ Consejo de Europa. *Recomendación núm. 779/1976 sobre los derechos de enfermos y moribundos*. Adoptada en su 23ª sesión, el 28 de enero de 1976.

ser obligado a actuar en contra de su conciencia en relación con el derecho del enfermo a no sufrir inútilmente” (pár. 9). La Asamblea parlamentaria constata la tendencia a que los avances tecnológicos llevan, en ocasiones, a un tratamiento inhumano de los pacientes (pár. 2), y señala que la prolongación de la vida no debe ser el objetivo exclusivo de la práctica médica, sino que debe ocuparse también de la reducción del sufrimiento (pár. 6), sin llegar a acelerar el curso natural de la muerte (pár. 7). La actuación del profesional debe estar guiada por criterios científicos y por la experiencia aprobada científicamente, y podrá objetar en conciencia absteniéndose de participar en cierto tipo de intervenciones médicas: aquellas que supongan sufrimiento innecesario para el paciente y que contravengan las convicciones personales del profesional sanitario. Sin embargo, en la Recomendación 1418 (1999) sobre los derechos de los enfermos terminales y moribundos¹³⁶, se abandona cualquier referencia a la objeción de conciencia.

La Resolución 1607 (2008) sobre el acceso a un aborto legal y seguro en Europa, aprobada por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa¹³⁷, plantea, de manera explícita, la posibilidad de acceso a las técnicas médicas de interrupción del embarazo. El punto de partida es que “el aborto no debe estar prohibido dentro de unos plazos razonables”, invitando a los diversos Estados a tomar medidas, en especial “despenalizar el aborto en los plazos de gestación razonables si aún no es así; garantizar el ejercicio efectivo del derecho de las mujeres al aborto sin riesgo y legal; respetar la autonomía de elección de las mujeres y a ofrecer las condiciones de una elección libre e informada, sin promover especialmente el recurso del aborto; suprimir las restricciones que obstaculizan, de hecho o de derecho, el acceso a un aborto sin riesgo, y, en particular, a adoptar las medidas necesarias para crear las condiciones sanitarias, médicas y psicológicas convenientes, garantizando una asunción financiada adecuada”¹³⁸. La ausencia de una mención a la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios que intervienen de forma directa en las prácticas de IVE puede ser calificada de oportunidad perdida.

En este punto es preciso destacar los cambios acontecidos posteriormente. En junio de 2010 la Comisión de asuntos sociales, salud y familia aprobó el llamado *Informe*

¹³⁶ Consejo de Europa. *Resolución núm. 1418 (1999) sobre los derechos de los enfermos terminales y moribundos*. Adoptada en su 24ª sesión, el 25 de junio de 1999.

¹³⁷ Consejo de Europa. *Resolución núm. 1607 (2008), sobre el acceso a un aborto sin riesgo y legal en Europa*. Adoptada en su 15ª sesión, el 16 de abril de 2008.

¹³⁸ Cfr. España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 55, de 04 de marzo del 2010. En su Preámbulo se menciona la Resolución 1607/2008. La ley española sí contempla la objeción de conciencia del personal sanitario. Véase también, MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro y GARCÍA GARCÍA, Ricardo. «La objeción de conciencia en el aborto». En ABELLÁN-GARCÍA, Fernando (et al.). *Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos*, ob. cit., p. 77.

McCafferty titulado “El acceso de las mujeres a una asistencia médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia”¹³⁹ elaborado por Christine McCafferty¹⁴⁰. Ante la necesidad de proteger tanto los derechos los pacientes como la libertad de pensamiento de los facultativos, se invita a los Estados a restringir el recurso de la objeción de conciencia a los profesionales individuales involucrados directamente en la IVE. La objeción de conciencia no exime al profesional del deber de informar a las pacientes de todas las alternativas de tratamiento posibles, y de la necesidad de remitir a la paciente a otro facultativo en plazo suficiente para que pueda recibir el tratamiento oportuno. En casos de emergencia, no podrá ejercer la objeción de conciencia.

Este informe fue rechazado por la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, que aprobó, el 7 de octubre de 2010, la *Resolución* 1763 (2010) sobre el derecho a la objeción de conciencia en la asistencia médica legal¹⁴¹. Durante el debate¹⁴², el contenido del *Informe McCafferty* se transformó de manera significativa¹⁴³. La primera de las transformaciones atañe al título, que pasa de centrarse en el acceso de las mujeres a una asistencia médica al *Derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal*, con carácter general, haciendo especial énfasis en las técnicas de interrupción del embarazo y el suicidio asistido. Respecto al contenido, se amplía el ámbito subjetivo de protección, pues ya no se limita al ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los médicos, sino que, por un lado, incluye a todo el personal sanitario en su conjunto y, por otro, incluye también como titulares a las instituciones, tanto hospitales públicos como clínicas privadas¹⁴⁴.

¹³⁹ Consejo de Europa. *Women’s access to lawful medical care: the problem of unregulated use of conscientious objection*, documento 12347, de 20 de julio de 2010.

Véase European Center for Law and Justice. *Memorandum del ECLJ basado en el informe del APCE (Doc. 12347, 20 de julio de 2010) sobre El acceso de las mujeres a una asistencia médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de conciencia*, de 17 de septiembre de 2010; PRIETO, Vicente. *La objeción de conciencia en instituciones de salud*. Universidad de la Sabana. Bogotá-Colombia: Tervis, 2013, pp. 79-84.

¹⁴⁰ Este informe era respaldado por otro de los organismos europeos involucrados de manera directa en el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, el Comité de igualdad de Oportunidades para las Mujeres y Hombres –hacia el reconocimiento de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios frente a la IVE–, amparando las puntualizaciones y enmiendas al informe inicial.

¹⁴¹ Consejo de Europa. *Resolución núm. 1763 (2010), the Right to Conscientious Objection in Lawful Medical Care*. Aprobada en la 35ª sesión, el 7 de octubre de 2010.

¹⁴² El artículo de prensa de SAHUQUILLO, sintetiza muy bien las amargas sensaciones que la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa dejó tras su pronunciamiento. Un duro golpe para la capacidad decisiva de la mujer embarazada y en definitiva, los partidarios del Informe McCafferty. Esta crónica está disponible en SAHUQUILLO, María R. “La objeción como boicot”, *La Vanguardia*, de 8 de octubre de 2010. Disponible en : http://elpais.com/diario/2010/10/08/sociedad/1286488801_850215.html (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹⁴³ TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. *El peso de la conciencia: la objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*. Madrid-Ciudad de México: CSIC-Plaza y Valdés, 2014, p. 138. En este mismo sentido, TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. «Segregación sanitaria, derecho a la salud y objeción de conciencia». En: LÓPEZ DE LA VIEJA, María Teresa (dir.) *Bioética en plural*, Dilemata, Madrid: Plaza y Valdés, 2014, pp.165-195; TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. «Bioética feminista y objeción de conciencia al aborto: la lucha continua», *Dilemata*, año 6, núm.15, 2014, pp.153-159.

¹⁴⁴ “No person, hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion, the performance of a human miscarriage, or

Respecto a las objeciones, pueden estar basadas en cualquier motivo, de manera que las convicciones ya no hace falta que sean serias, ni fundamentadas en motivos religiosos o de conciencia.

La Resolución 1763 (2010) sobre el derecho a la objeción de conciencia en la atención médica legal, pone el foco no tanto en los derechos de mujer, sino en el personal sanitario, que tiene unas convicciones que les impiden realizar algunas de las prácticas sanitarias. La Asamblea reconoce su preocupación de que el uso no regulado de la objeción de conciencia afecte de manera desproporcionada a las mujeres, en particular en las zonas rurales. Considera que la mayoría de los Estados europeos cuentan con un marco regulador exhaustivo y que protege los intereses y los derechos de todos. Ahora bien, incita a los Estados a regular la objeción de conciencia de manera que tenga en cuenta tres elementos: que garanticen el ejercicio de la objeción de conciencia, en relación con cualquier procedimiento médico (sin mención a ningún requisito material o procedimental); que garanticen que los pacientes sean informados oportunamente de cualquier objeción de conciencia y que sean remitidos a otro proveedor de servicios de salud; y que garanticen que los pacientes reciben un tratamiento adecuado, en particular en casos de emergencia¹⁴⁵.

Unos años más tarde, concretamente el 24 de abril de 2013, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa se reafirma en su postura. La Resolución 1928 (2013) sobre salvaguarda de los derechos humanos en relación con la religión y las creencias, y la protección de las comunidades religiosas de la violencia¹⁴⁶, recuerda a los Estados su obligación de respetar el derecho a la objeción de conciencia de los individuos. Enfatiza la idea de que la objeción de conciencia debe estar bien definida en relación con temas moralmente sensibles, y menciona expresamente el servicio militar, los servicios sanitarios y la educación. La Resolución recuerda que este derecho debe ser compatible con el acceso a los servicios, que deben quedar garantizados (apartado 9.10).

ethanasia or any act which could cause the death of a human fetus embryo, for any reason". Consejo de Europa. Resolución 1763 (2010), *the Right to Conscientious Objection in Lawful Medical Care*, ob. cit.

¹⁴⁵ "4. In view of member states' obligation to ensure access to lawful medical care and to protect the right to health, as well as the obligation to ensure respect for the right of freedom of thought, conscience and religion of health-care providers, the Assembly invites Council of Europe member states to develop comprehensive and clear regulations that define and regulate conscientious objection with regard to health and medical services, and which:

4.1. *guarantee the right to conscientious objection in relation to participation in the medical procedure in question;*
4.2. *ensure that patients are informed of any conscientious objection in a timely manner and referred to another health-care provider;*

4.3. *ensure that patients receive appropriate treatment, in particular in cases of emergency*". Consejo de Europa. Resolución 1763 (2010), *the Right to Conscientious Objection in Lawful Medical Care*, ob. cit.

¹⁴⁶ Consejo de Europa. Resolución núm. 1928 (2013), *safeguarding human rights in relation to religion and belief, and protecting religious communities from violence*. Aprobada en su 14ª sesión, de 23 de abril de 2013.

3.2. La Unión Europea (1993).

El objetivo del sistema jurídico europeo a partir del Tratado de la Unión Europea (TUE, 1992)¹⁴⁷ es establecer el reconocimiento de derechos y libertades de los ciudadanos europeos con base en una serie de principios y valores comunes, especificados en el art. 2 TUE:

“La Unión se fundamenta en los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad, Estado de Derecho y respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las personas pertenecientes a minorías. Estos valores son comunes a los Estados miembros en una sociedad caracterizada por el pluralismo, la no discriminación, la tolerancia, la justicia, la solidaridad y la igualdad entre mujeres y hombres”.

La existencia de un ordenamiento jurídico propio a nivel europeo plantea problemas complejos de relación con los EEMM, pues tanto los Estados como la UE poseen autonomía y, por tanto, ámbitos de actuación propia. Los ámbitos materiales respectivos son distintos, pues el Derecho europeo supone una cesión previa de las competencias por parte de los EEMM. Para conseguir una eficacia real del Derecho europeo se aplican el principio de efecto directo¹⁴⁸ y el principio de primacía del derecho comunitario¹⁴⁹. Existe prioridad por parte del Derecho Europeo dentro del ámbito de sus propias competencias, pero nunca fuera de ellas. Es decir, una norma europea no puede aplicarse fuera de su ámbito, ya que la competencia corresponde a las normas nacionales propias de cada Estado. La interpretación de la competencia en el principio de primacía está cobrando importancia a nivel doctrinal, y puntualiza este sentido exacto del “principio de primacía”, interpretándolo directamente como una cuestión de competencias y reemplazando la expresión de la jurisdicción comunitaria como un “principio de competencias”¹⁵⁰. Del derecho europeo

¹⁴⁷ Unión Europea. Tratado de la Unión Europea de 7 de febrero de 1992 firmado en Maastricht, *Diario Oficial de la Unión Europea*, serie C, núm. 340, de 10 de diciembre de 1997.

¹⁴⁸ El principio de efecto directo: El ordenamiento comunitario se considera como un derecho supranacional. Aplicable a todas aquellas normas jurídicas generadoras de derechos y obligaciones, aplicadas por las autoridades comunitarias.

¹⁴⁹ El principio de primacía del derecho comunitario responde a la necesidad de reconocer el rango normativo de la legislación europea dentro del ordenamiento jurídico interno. Se establece una interpretación de las constituciones favorable al derecho comunitario, incluso en caso de colisión entre la normativa interna y el derecho europeo, se reconocerá supremacía de este último. Este principio actúa en los siguientes casos: (i) las autoridades nacionales, en caso de conflicto entre normas internas y comunitarias, aplicarán éstas; (ii) por razones de seguridad jurídica, los estados pueden modificar su ordenamiento jurídico interno y hacer desaparecer todas aquellas normas internas que se opongan al derecho comunitario; (iii) la primacía del derecho comunitario debe ser efectiva siempre, con independencia del rango de las normas estatales a las que se imponga (pese a que las normas internas sean posteriores a las comunitarias, siempre prevalecerán las últimas. Sin aplicar los preceptos de la norma nacional que afecten la ejecución de la norma europea).

¹⁵⁰ MARÍN CASTÁN, María Luisa y DE PRADA, Aurelio. «Globalización y principio de jurisdicción universal: Algunas consideraciones desde la filosofía del derecho». En: LIMA TORRADO, Jesús; OLIVAS CABANILLAS,

destacaremos aquí la Carta Europea de Derechos fundamentales, el fallido proyecto de Constitución europea, y algunas resoluciones del Parlamento europeo que abordan el tema de la objeción de conciencia.

3.2.1. Carta Europea de Derechos Fundamentales (2000).

La Carta Europea de Derechos Fundamentales (CEDF)¹⁵¹ nace como un texto único creado por la Unión Europea para reforzar la protección de los derechos fundamentales, consolidando a su vez un conjunto de derechos civiles, políticos, económicos y sociales que ciudadanos europeos y personas residentes en el territorio de la Unión pueden ejercitar de pleno derecho. La CEDF fue proclamada por el Parlamento europeo, el Consejo europeo y la Comisión europea en Niza el 7 de diciembre de 2000¹⁵².

La CEDF tiene por objeto la protección de los derechos fundamentales de las personas frente a los actos adoptados por las instituciones de la UE y por los EEMM en aplicación del Derecho europeo. Contiene cincuenta y cuatro artículos distribuidos en siete capítulos. Entre los valores más importantes, tal como destaca el Preámbulo de la CEDF, figuran la dignidad, la libertad, la igualdad, la solidaridad, la seguridad y la justicia, síntesis de los derechos y libertades reconocidos en el CEDH, la Carta Social Europea y la Carta comunitaria de los Derechos sociales fundamentales de los trabajadores.

A nuestros efectos, resulta relevante el art. 10 CEDF, al disponer que

Art.10 de la CDFUE. Libertad de pensamiento, conciencia y religión.

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión. Este derecho implica la libertad de cambiar de religión o de convicciones, así como la libertad de manifestar su religión o sus convicciones individual o colectivamente, en público o en privado, a través del culto, la enseñanza, las prácticas y la observancia de los ritos.

2. *“Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo con las leyes nacionales que regulen su ejercicio”*.

Enrique; ORTIZ-ARCE DE LA FUENTE, Antonio, *Globalización y Derecho: Una aproximación desde Europa y América Latina*, Madrid: Dilex, 2007, pp. 361-383.

¹⁵¹ Unión Europea. Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, *Diario Oficial de la Unión Europea*, Serie C, núm. 202, de 7 de junio de 2016.

¹⁵² La CEDF no está incluida en el Tratado de Lisboa (2007), aunque una vez ratificado éste, la CEDF pasa a ser legalmente vinculante. Vid. RUZ VILLALÓN, Pedro. *EL valor de posición de la carta de derechos fundamentales en la comunión constitucional europea. Teoría y realidad constitucional*, núm. 39, 2017, p.

Para algunos de esta manera, la regulación europea reconoce la objeción de conciencia como un derecho social con condicionalidad nacional, lo que significa que dependerá de las leyes nacionales que el derecho fundamental puramente se reconozca o se configure como un derecho de aplicación práctica¹⁵³. Sin embargo, en mi opinión, es un precepto vago y existe una incertidumbre en relación con su interpretación e impacto jurisprudencial, dado que el Derecho de la Unión no concede una protección más extensa¹⁵⁴. Por su parte, algunas legislaciones de los EEMM admiten determinados supuestos de objeción de conciencia, como es el caso de la objeción de conciencia al servicio militar, la oposición a la colaboración a la práctica de abortos y algún otro supuesto de investigación y actuación en materia bioética¹⁵⁵.

3.2.2. El reconocimiento de la objeción de conciencia en el Proyecto de Constitución para Europa (2004).

El Proyecto de Constitución europea nace de la voluntad de proporcionar un nuevo marco político de convivencia, intercambio y defensa común en Europa. En su texto, el Proyecto “refunde y trata de dar unidad a documentos anteriores: el Tratado de la Unión¹⁵⁶, el Tratado de Niza¹⁵⁷, las Cartas Sociales adoptadas por la UE¹⁵⁸ y el Consejo de Europa”. El Diario Oficial de la Unión Europea publicó en el año 2004 el “Tratado por el que se instituye una Constitución para Europa”, que no llegó a ser ratificado¹⁵⁹.

¹⁵³ HAMULÁK, Ondrej. «La carta de los derechos fundamentales de la unión europea y los derechos sociales», *Estudios constitucionales*, vol. 16, núm.1, junio de 2018, pp. 175-177; BARRERO ORTEGA, Abraham. «Libertad y objeción de conciencia en la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea». En: GOMEZ ABEJA, Laura (ed.). *El Estado de Derecho ante el cuestionamiento ideológico de las obligaciones jurídicas*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2019, pp. 23-43.

¹⁵⁴ MARTÍN Y PÉREZ DE NANCLARES, José. «Artículo 10. Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión». En: LÓPEZ ESCUDERO, Manuel (ed.). *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea: comentario artículo por artículo*, Madrid: Fundación BBVA, 2008, pp. 265. ; ORTEGA, Abraham. «Libertad y objeción de conciencia en la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea». En: GOMEZ ABEJA, Laura (ed.). *El Estado de Derecho ante el cuestionamiento ideológico de las obligaciones jurídicas*, ob. cit.

¹⁵⁵ MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro y GARCÍA GARCÍA, Ricardo. «La objeción de conciencia en el aborto». En: ABELLÁN-GARCÍA SÁNCHEZ, Fernando (et al.). *Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos*, ob. cit., p.72.

¹⁵⁶ Este Tratado ha sido modificado en dos ocasiones con posterioridad al TUE, con: Unión Europea. Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en Lisboa el 13 de diciembre de 2007, *Diario Oficial de la Unión Europea*, Serie C, núm. 306, de 17 de diciembre de 2012. Y, Unión Europea. Versión consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea, *Diario Oficial de la Unión Europea*, Serie C, núm. 326, de 26 de octubre de 2012.

¹⁵⁷ Unión Europea. Tratado de Niza, por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea, los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. Firmado en Niza el 26 de Febrero de 2001, *Diario Oficial de la Unión Europea*, Serie C, núm. 80, de 10 de marzo de 2001.

¹⁵⁸ Las Cartas Sociales adoptadas por la UE son: la Carta social Europea (1961, segunda versión 1996); la Carta Comunitaria de Derechos Sociales Fundamentales de los trabajadores (1989) y la Carta de Derechos Fundamentales de la UE (2000). Véase DE LA VILLA, Paula. «Las tres «Cartas» Europeas sobre Derechos Sociales», *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 32, 2001, pp. 273-314.

¹⁵⁹ Se preveía un proceso de validación de dos años por parte de los EEMM, entrando en vigor con una fecha límite de 2006, pero los Estados manifestaban numerosas dificultades que impedían la adopción, y que

El Proyecto de Constitución refleja un mayor interés por la biomedicina y la regulación de los derechos humanos en general. Aunque no pretende hacer una regulación ordenada y sistemática de los problemas jurídicos que suscita la biomedicina, recoge una serie de derechos y prohibiciones¹⁶⁰. Así, aborda el consentimiento informado, la indisponibilidad del cuerpo humano, y las prohibiciones de la clonación reproductiva y de la selección de sexo; y consagra una serie de libertades y principios, como la libertad de investigación, la no discriminación basada en las características genéticas y la objeción de conciencia.

Según Díez Fernández, el Proyecto da una idea sobre los principios que, siempre dentro de un marco de mínimos, como cabe esperar de una norma que necesitará de un amplio consenso para su aceptación y eficacia, han guiado al legislador europeo a la hora de establecer los fundamentos en que se apoya su visión de las relaciones entre los derechos humanos y la práctica de la medicina¹⁶¹.

Entre estos principios se reconocía expresamente el derecho a la objeción de conciencia. Lo que en la CDFUE es una manifestación de la libertad de pensamiento, conciencia y religión (art. 10), en el Proyecto constituye el art. art. II-70.2 del Proyecto de Constitución de la UE¹⁶². Con ello, en el caso que finalmente se hubiera aprobado, la figura de la objeción de conciencia quedaba reflejada y reconocida por todos los EEMM dando una cierta independencia en su regulación, ya que la objeción de conciencia estará regulada expresamente, sin necesitar la interpretación de la regulación de libertad de pensamiento, conciencia y religión para reconocer su ejercicio.

Merece la pena observar que la regulación sobre la objeción se incluye en la segunda parte de la Constitución, que versa sobre los derechos fundamentales contenidos en la CEDF, con lo que este hubiese sido un argumento favorable para aceptar la interpretación de que el ejercicio de la objeción de conciencia como un derecho fundamental.

supusieron la apertura de un proceso de reflexión culminado por el debate entre Estados y ciudadanos europeos. En 2007, los dirigentes europeos, mediante la Conferencia Intergubernamental, adoptaron un acuerdo: en él no se finalizó y adoptó el instrumento de Constitución Europea, sino un Tratado de Reforma para la UE. El texto final de este acuerdo es el Tratado de Lisboa, firmado por los EEMM el 13 de diciembre de 2007 (vigente desde 2009) y del que se ha hablado con anterioridad –por dar efecto vinculante a la CEDF y su voluntad de reformar el sistema europeo en temas como la protección de los Derechos Humanos–, entendiéndose ahora mediante sus antecedentes el porqué de su innovación y máxima relevancia en el ámbito social.

Unión Europea. Tratado por el que se instituye una constitución para Europa, *Diario Oficial de la Unión Europea*, Serie C, núm. 310, de 16 de diciembre de 2004.

¹⁶⁰ DÍEZ FERNÁNDEZ, Juan Antonio. «La presencia de Bioética en el Proyecto de Constitución Europea», *Cuadernos de Bioética*, vol. 16, núm. 3, 2005, pp. 327-328.

¹⁶¹ *Ibidem*.

¹⁶² El texto del art. II-70.2 del Proyecto de la Constitución de la UE quedaría así: “Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia de acuerdo a las leyes nacionales que regulen su ejercicio”.

3.2.3. Resoluciones del Parlamento Europeo con pronunciamientos acerca de la objeción de conciencia.

3.2.3.a). La Resolución del Parlamento Europeo sobre el respeto a los derechos humanos (1997).

El ordenamiento jurídico de la Unión Europea regula la objeción de conciencia mediante la interpretación extensiva de la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Con ello equipara el ejercicio de la objeción de conciencia a un derecho. En 1997, el Parlamento Europeo se pronunció, a petición del *Grupo Amnesty Internacional de Dampremy (Grecia)*¹⁶³, acerca del ejercicio de la objeción de conciencia al servicio militar obligatorio. La *Resolución del Parlamento Europeo sobre el respeto a los Derechos Humanos en la Unión Europea*, de 1997, recuerda que los EEMM de la UE están supeditados a los Tratados ratificados acerca de la cuestión, sean internacionales o regionales. Esto significa que debe respetarse la Recomendación del Consejo de Europa (Resolución 1993/84) así como los pronunciamientos de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas acerca del servicio militar¹⁶⁴. En la Resolución de 1997, el Parlamento señaló que “la objeción de conciencia al servicio militar, a la producción y distribución de determinados materiales, a formas concretas de la práctica sanitaria y a determinadas formas de investigación científica y militar forman parte de la libertad de pensamiento, conciencia y religión”¹⁶⁵. Esta resolución dio pie a una interpretación extensiva que va más allá del simple reconocimiento al ejercicio de la objeción en el SMO. La práctica sanitaria y la investigación científica quedaron incluidas como ámbitos potenciales para el ejercicio de la objeción de conciencia.

¹⁶³ Petición 16/97, presentada por el Grupo Amnesty Internacional de Dampremy, acompañada de cinco firmas, sobre la situación de los objetores de conciencia en Grecia.

Cfr. Unión Europea. Resolución del Parlamento Europeo sobre el respeto a los Derechos Humanos de 1997. *Diario Oficial de la Unión Europea, sección C, núm. 98, de 9 de abril de 1999.*

La evolución de la petición: Unión Europea. Informe del Parlamento Europeo anual sobre el respeto de los Derechos Humanos en Europa (1997), de 2 de diciembre de 1998.

El anterior documento es relevante por mencionarse la evolución de la situación del SMO en España, y la ‘nueva’ regulación de la objeción de conciencia en trámites parlamentarios.

¹⁶⁴ Analizados en los apartados anteriores de la presente tesis doctoral. *Vid.* Para Naciones Unidas el Capítulo I y para Consejo de Europa Capítulo III, apartado 3.1.

¹⁶⁵ SÁNCHEZ CARO, Javier. «La objeción de conciencia sanitaria», *Derecho y Salud*, 2010, vol. 20, núm. 2, p. 52.

3.2.3.b). La Resolución del Parlamento Europeo sobre Salud Sexual y Reproductiva y los derechos afines (2001).

Años más tarde, se volvió a solicitar al Parlamento se pronunciara a través del mecanismo de una Resolución. El Parlamento Europeo, en fecha 6 de septiembre de 2001, anunció que autorizaba a la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades a elaborar un informe, el *Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines*¹⁶⁶. Las conclusiones y soluciones propuestas por este informe fueron trasladadas al Parlamento para realizar una Resolución obligatoria en los EEMM de la UE, acabando así con las violaciones de Derechos Humanos denunciadas por la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades.

Entre otros aspectos, el *Informe* “destaca que, incluso cuando es legal, a menudo el aborto se impide o retrasa con obstáculos para acceder a servicios adecuados, como el uso extendido de la objeción de conciencia, periodos de espera médicamente innecesarios o asesoramiento interesado” (pár. 34)¹⁶⁷. Es decir, el Informe, hace hincapié en que los Estados miembros deben regular y supervisar el recurso a la objeción de conciencia en las profesiones clave, a fin de asegurarse de que la atención sanitaria se garantice como un derecho individual, mientras se asegura el acceso a servicios legales y se aplican sistemas de derivación públicos de calidad; destaca que el derecho a la objeción de conciencia es un derecho individual y no una política colectiva, y que el asesoramiento debe ser confidencial y exento de juicios de valor; muestra su preocupación por el hecho de que, en toda la UE, el personal médico se vea forzado a negar servicios de salud sexual y reproductiva y afines en hospitales y clínicas de filiación religiosa.

A su vez, también se denuncia en dicho *Informe* el haber “denegado a muchas mujeres el acceso a los servicios de salud reproductiva, así como la información, acceso y compra de anticonceptivos, análisis prenatales e interrupción legal del embarazo”¹⁶⁸. En vista de lo anterior, el *Informe* afirma que existen barreras que contravienen claramente los derechos humanos y las normas médicas internacionales. Si bien es cierto que en una sociedad democrática los miembros pueden disentir de las reglas generales legalmente

¹⁶⁶ Vid. Unión Europea. *Informe del Parlamento europeo sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines*, núm. (2001/2128(INI)), de 6 de junio de 2002.

El último informe presentado sobre esta materia es el de 26 de septiembre de 2013, con el mismo título que el anterior y donde también se recoge el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales en el supuesto de aborto. Unión Europea. *Informe del Parlamento Europeo sobre Salud sexual y reproductiva y derechos afines*, núm. (2013/2040(INI)), de 26 de septiembre de 2013,

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ Unión Europea. *Informe del Parlamento Europeo sobre Salud sexual y reproductiva y derechos afines*, núm. (2013/2040(INI)), *ob. cit.*

establecidas, a efectos prácticos conviene constatar que el conflicto no se plantea en las cuestiones generales aceptadas, sino que surge en materias discutidas, casos difíciles o problemas abiertos, para los que no hay solución unívoca¹⁶⁹. El *Informe* propone como solución que los Estados miembros regulen y supervisen el uso de la objeción de conciencia con el fin de asegurar que la atención sanitaria se está garantizando como un derecho individual, mientras a su vez se certifica el acceso a servicios legales y se aplican sistemas de derivación asequibles.

Años más tarde, en 2013, se realizó una nueva versión de este *Informe* y en él se manifestaba la inmutabilidad ante los problemas enunciados¹⁷⁰. Se reiteraron las peticiones ante el Parlamento acerca de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva y derechos afines, en concreto el aborto, hechas en el *Informe* anterior. El Parlamento europeo elaboró la Resolución sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines, de 10 de diciembre de 2013, en la que observa que, “si bien es competencia de los Estados miembros formular y aplicar políticas en materia de salud y educación, la UE puede contribuir a fomentar las mejores prácticas entre los Estados miembros”.

¹⁶⁹ CASADO GONZÁLEZ, María. «Sobre el aborto y la Ley Orgánica española 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo», *Perspectivas Bioéticas*, vol.15, núm. 8-29, 2010, p. 87.

¹⁷⁰ LÓPEZ DE LA VIEJA, María Teresa. «Autonomía y salud reproductiva», *Dilemata*, núm. 17, 2015, pp. 53-54.

Capítulo IV

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Su jurisprudencia sobre la objeción de conciencia sanitaria

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH), también conocido como Tribunal de Estrasburgo, está destinado a enjuiciar posibles violaciones de los derechos reconocidos en el CEDH y sus protocolos por parte de los EEMM de dicho Convenio¹⁷¹. No debe confundirse el TEDH con el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), aunque ambos tienen un objetivo común, la protección de los derechos fundamentales¹⁷².

4.1. Introducción: observaciones estadísticas.

En el marco del Consejo de Europa, la protección de los derechos fundamentales se articula a través de la interposición de una demanda individual contra el Estado infractor ante el TEDH por violación del CEDH. Sin embargo, el mecanismo de protección de derechos ante el TEDH tiene un carácter subsidiario, ya que los encargados de proteger los derechos fundamentales son, en primer término, los propios Estados. Los particulares únicamente pueden presentar una demanda ante el TEDH, una vez agotada las vías de recursos internos (art. 35 CEDH), si aún persiste la vulneración de alguno de sus derechos fundamentales¹⁷³. Presentar una demanda ante el TEDH no es fácil, pues existen unos

¹⁷¹ El TEDH, establecido en enero de 1959, fue renovado el 1 de noviembre de 1998, con la entrada en vigor del Protocolo 11 al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales. Un sistema mixto (un Tribunal y una Comisión) existía ya anteriormente con base en este Convenio. El 31 de octubre de 1998 el antiguo Tribunal dejó de existir; sin embargo, de acuerdo con el Protocolo 11, la Comisión continuó en funciones durante un año más (hasta el 31 de octubre de 1999) para instruir los casos declarados admisibles por ella antes de la entrada en vigor del Protocolo. Para más información consulte: <http://www.echr.coe.int/-Pages/home.aspx?p=home> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹⁷² SANZ CABALLERO, Susana. « La contribución del Consejo de Europa al acervo de la UE en materia de Derechos Fundamentales: sinergias y divergencias de ambos sistemas ». En FERNÁNDEZ SOLA, Natividad (coord.), *Unión europea y Derechos Fundamentales en perspectiva constitucional*, Dykinson: Madrid, 2004, pp. 88-89.

Para conocer la evolución del papel del TJUE en la protección de los derechos y libertades fundamentales, desde el TJ de las Comunidades Europeas, *vid.* ABELLÁN HONRUBIA, Victoria. « Derechos fundamentales y ciudadanía de la Unión ». En: OLESTI RAYO, Andreu (coord.). *Lecciones de Derecho Comunitario Europeo*, Barcelona: Ariel, 2014, pp. 281-303.

¹⁷³ Asimismo, se facilita un mecanismo para acudir al órgano jurisdiccional de manera directa con el recurso individual, donde el Tribunal analiza si las autoridades del EM han respetado y tutelado las libertades y derechos

requisitos de admisibilidad previos, siendo el más importante el haber agotado los recursos judiciales internos disponibles en el Estado, lo que en España suele incluir el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional¹⁷⁴.

Desde la creación de la Comisión en enero de 1959 hasta 2019, la Comisión, y luego el TEDH, se han pronunciado en 22.500 casos. Casi un 40% de las reclamaciones judiciales se presentan contra tres EEMM del Consejo de Europa: Turquía (3.645 casos), Rusia (2.699 casos) e Italia (2.410 casos)¹⁷⁵.

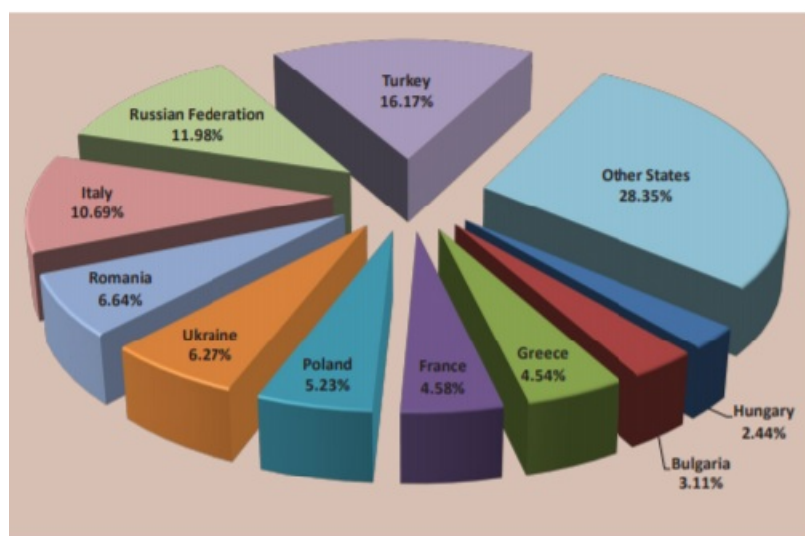


Imagen I. Evolución en porcentajes de los casos presentados por EEMM ante TEDH desde su constitución. Fuente: "ECHR Overview 1959-2019".

Los últimos datos estadísticos, en la *imagen I*, demuestran que hasta 2020 Turquía, Rusia e Italia siguen encabezando la lista de estados con el mayor número de demandas ante el TEDH. Mientras que España pertenece al grupo de "otros Estados" (28,35 %) con un

recogidos en el Convenio europeo para la protección de los Derechos Humanos. Una vez firmado y ratificado el Convenio, se aceptó el recurso individual (En el caso del Estado español, el recurso individual entra en vigor el 30/06/1981). Dada la carga de trabajo ocasionada por la cantidad de demandas presentadas, y para dotar de una mayor eficiencia del sistema de protección de los derechos y libertades del Convenio, se adoptó el Protocolo 11 de enmienda al Convenio. Este protocolo entró en vigor en octubre de 1998 y supuso una modificación del sistema de protección de los Derechos Humanos. En él, se da especial relevancia a la Comisión y Tribunal de Derechos Humanos, afectando a las funciones jurisdiccionales y delegando tareas de supervisión de ejecución de las Sentencias al Consejo de Ministros.

¹⁷⁴ ESPINOSA DÍAZ, Ana. «El recurso de amparo: problemas antes, y después, de la reforma», *InDret. Revista para el análisis del derecho*, núm. 2, 2010, p. 2.

¹⁷⁵ Según los datos compilados en TEDH. *Overview 1959-2019*, febrero, 2020, p. 3. Disponible en: https://www.echr.coe.int/Documents/Overview_19592018_ENG.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Hoy en día sigue siendo un problema el elevado número de demandas que el TEDH recibe de manera anual, pues se estima que el Tribunal recibe unas 60.000 demandas al año. El último informe anual disponible, publicado por el mismo TEDH. Véase TEDH. *The ECHR, Facts and Figures of 2019*, febrero, 2020, p. 8. Disponible en:

https://www.echr.coe.int/Documents/Facts_Figures_2017_ENG.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

total de 13.045 causas ante el TEDH desde su instauración¹⁷⁶, de las cuales únicamente 250 concluyeron mediante Sentencia del TEDH. Sin embargo, al comparar la compilación de datos 1959-2019 del TEDH y el Informe estadístico anual 2019 del TEDH, se aprecia que Italia, con sus 1.454 casos incoados en 2019, queda relegada a una posición secundaria. Aparece en la estadística de los países más demandados ante el TEDH en quinta posición. El tercer Estado más demandado, después de Rusia y Turquía es Ucrania (con un 14,8% del total de demandas presentadas en 2019, que se traducen en 3.991 demandas presentadas ese año).

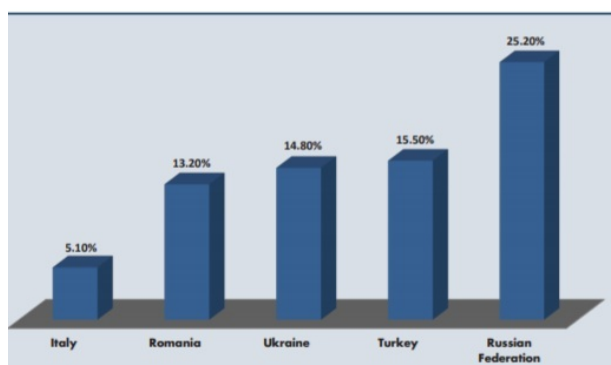


Imagen II. Evolución en porcentajes de los casos presentados por parte de los EEMM del TEDH desde su constitución. Fuente: "ECHR Facts & figures, 2019".

Realizando una búsqueda en la base de datos legales del Consejo Europeo, se han presentado 105 casos de objeción de conciencia, primero ante la Comisión, luego ante el TEDH, de los cuales 39 se desestimaron por criterios de admisibilidad y competencia (en aplicación del art. 35 CEDH). Todas estas demandas, tal y como muestro en el gráfico a continuación, de elaboración propia, han sido presentadas contra 30 estados distintos, entre los que no se encuentra España.

¹⁷⁶ *Ibidem*, pp. 10-11.

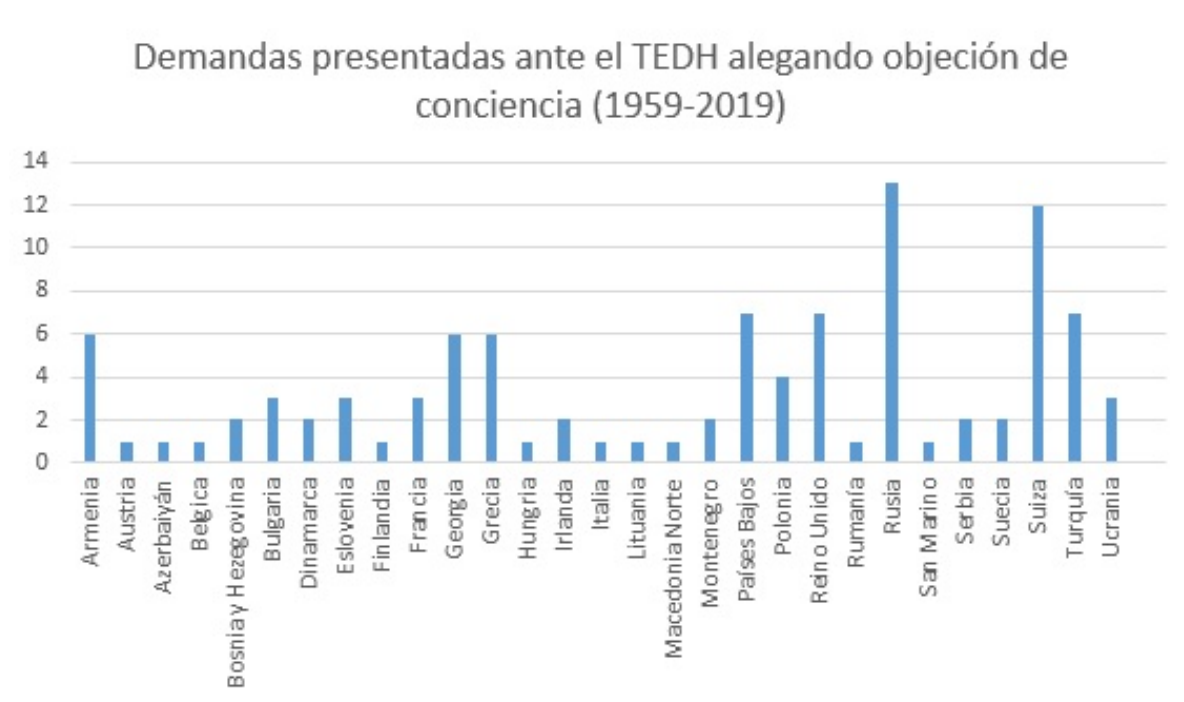
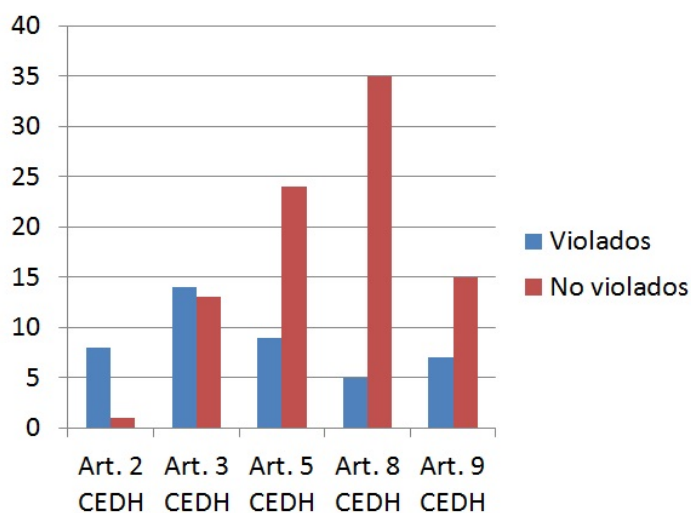


Imagen III. Gráfico de elaboración propia a partir de los datos contenidos en el HUDOC (1959-2019).

Las sentencias del TEDH son obligatorias para el Estado infractor¹⁷⁷, pero no tienen fuerza ejecutiva directa. El TEDH no tiene competencia para invalidar las leyes internas o las resoluciones judiciales de los tribunales nacionales que vulneran el CEDH.



Relación de artículos admitidos (o no) por el TEDH en relación al ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria

Imagen IV. Gráfico de elaboración propia con base en los datos en el HUDOC (2019).

¹⁷⁷ El art. 46 CEDH, respecto a la ejecución de las sentencias del TEDH, dispone que los Estados: “se comprometen a acatar las sentencias definitivas del Tribunal en los litigios en que sean partes”.

Cuando el TEDH estima que se ha producido una vulneración de su CEDH por parte del Estado demandado, puede instar a éste a adoptar una serie de medidas o acciones específicas como, por ejemplo, la liberación del demandante que se encuentra preso¹⁷⁸, o la recuperación de la custodia de un hijo. Además, si el demandante ha solicitado una indemnización, la pueda acordar. Para evitar que la vulneración de derechos continúe produciéndose en el futuro, puede ser necesario modificar o derogar alguna norma de Derecho interno¹⁷⁹. El TEDH puede señalar que la legislación nacional vulnera el CEDH y, en este caso, como los Estados son garantes de la aplicación del CEDH, debe proceder a realizar los cambios legislativos oportunos. Ahora bien, los Estados tienen cierto margen de apreciación para decidir acerca de los cambios que deben introducir para asegurar que no se vuelvan a producir en el futuro violaciones del CEDH.

La verdadera importancia del conjunto de sentencias del TEDH es que conforma la jurisprudencia de los Estados que forman parte del Consejo de Europa. La legislación nacional debe ser interpretada de conformidad con el CEDH y la interpretación que del mismo hace el TEDH. En el caso español, tal como muestra el art.10.2 de la CE, las normas se interpretarán de conformidad con “los tratados internacionales y acuerdos internacionales” ratificados por España.

Es importante destacar que el TEDH no aplica en sus resoluciones, directamente, el Convenio de Oviedo. Éste es un recurso jurídico que el TEDH ha considerado como una herramienta útil para interpretar el CEDH, sobre todo en temas bioéticos, pero no es derecho aplicable¹⁸⁰.

Pese a la aclaración anterior, cabe destacar cuatro derechos del CEDH en relación con los debates bioéticos: el derecho a la vida (art. 2); la prohibición de la tortura y los tratos inhumanos o degradantes (art. 3); el derecho al respeto a la vida privada y familiar (art. 8); y el derecho a la libertad y a la seguridad (art. 5).

¹⁷⁸ Es el caso del pronunciamiento del TEDH en un caso contra la tortura (art.3 CEDH), en la que se instaba aplicar la doctrina Parot y dejar en libertad al sr. Del Rio. *Vid. Caso Del río Prada contra España*, STEDH (Gran Sala), núm. 42750/09, de 21 de octubre de 2013.

¹⁷⁹ Es una práctica recurrente en temas de fertilidad, donde el TEDH ha solicitado en diversas ocasiones que la legislación interna, estatal, regule mejor la reproducción asistida. Véase FARNÓS AMORÓS, Esther. «La reproducción asistida ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos: de *Evans c. Reino Unido* a *Parrillo c. Italia*», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 36, 2016, pp. 93-111.; LAMM, Eleonora. «Argumentos para la necesaria regulación de la gestación por sustitución», *Gaceta Sanitaria*, vol. 31, 2017, p. 539-540. Una idea que la anterior autora también defendió con anterioridad en LAMM, Eleonora. *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2012.

¹⁸⁰ SEATZU, Francesco. «The Experience of the European Court of Human Rights with the European Convention on Human Rights and Biomedicine», *Utrecht Journal of International and European Law*, vol. 31, núm. 81, 2015, pp. 5-16.

A continuación, se presentan tres gráficos (*Imagen V, VI y VII*), que permiten conocer la evolución de los casos presentados por temática en los años 2014, 2018 y 2019¹⁸¹. Dichos gráficos permiten resaltar, y así lo muestra también la tercera imagen, cuál es el estado de la cuestión (demandas alegadas en base la vulneración del ejercicio de la objeción de conciencia) en base a los artículos del CEDH utilizados en los asuntos enjuiciados por el TEDH.

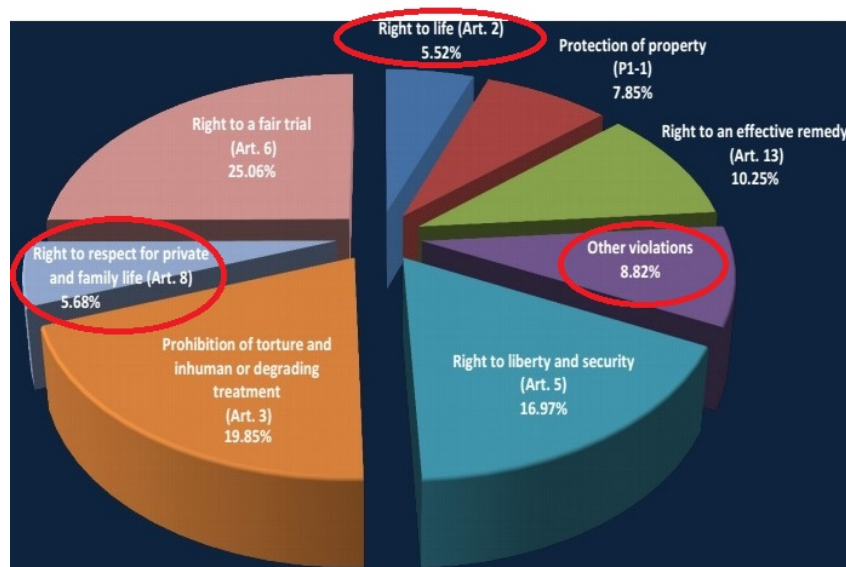


Imagen V. Casos presentados al TEDH en 2014, distribuidos en función de los derechos alegados por la parte demandante. Fuente "ECHR Facts & Figures, 2014".

¹⁸¹ Los círculos en rojo y naranja destacan los artículos que las demandas de los EEMM contienen en los asuntos de objeción de conciencia. Esta modificación de los gráficos originales, corresponde a la doctoranda. Su contenido original está disponible en: http://www.echr.coe.int/Documents/Facts_Figures_2014_ENG.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

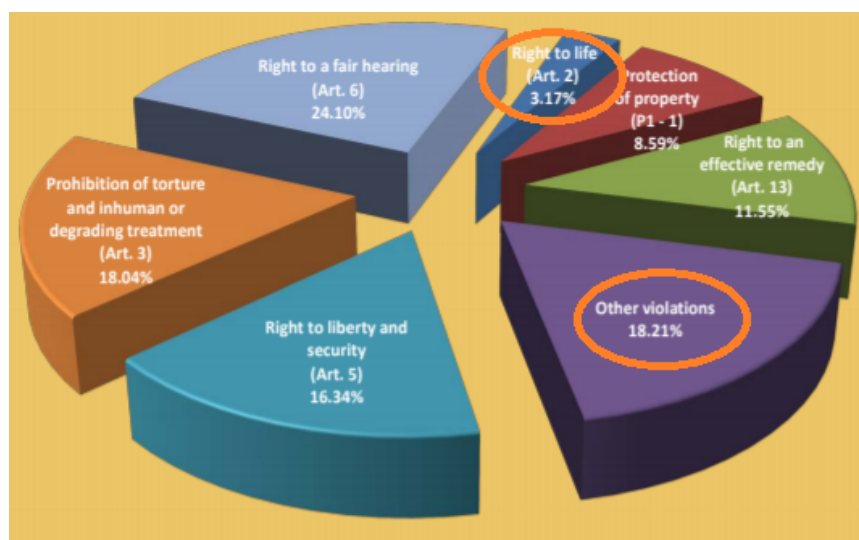


Imagen VI. Casos presentados al TEDH en 2018, distribuidos en función de los derechos alegados por la parte demandante. Fuente "ECHR Facts & Figures, 2018".

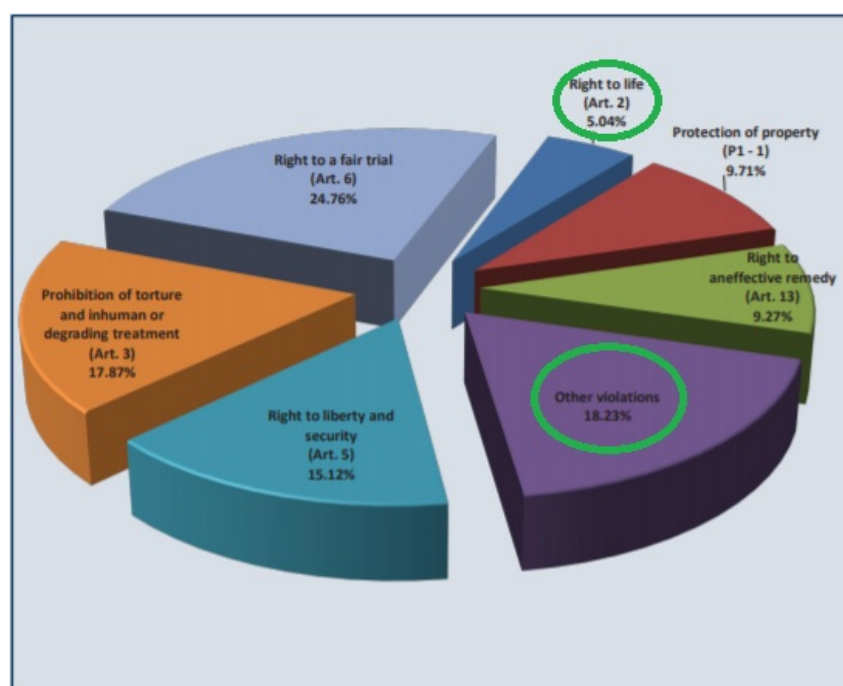


Imagen VII. Casos presentados al TEDH en 2019, distribuidos en función de los derechos alegados por la parte demandante. Fuente "ECHR Facts & Figures, 2019".

Se observa, en las tres estadísticas, un ejercicio habitual de los artículos relacionados con salud y bioética (arts. 2, 3, 5 y 8), pero se han destacado con un círculo rojo (en el año 2014) con círculo naranja (2018); y con círculo verde (2019) los derechos que el TEDH considera habitualmente violados al ejercer la objeción de conciencia; bajo la premisa del TEDH para admitir o no a trámite dicha cuestión. Cuando existen indicios de la

violación del derecho a la objeción de conciencia, estaríamos hablando de objeción de conciencia directa; cuando existe una conexión con el ejercicio de la objeción de conciencia, pero no es el elemento catalizador del procedimiento, estaríamos ante casos de objeción de conciencia indirecta.

Un dato a destacar, de los tres gráficos anteriores, es la desaparición del derecho a la vida privada y familiar (art. 8 CEDH), como uno de los derechos violados recurrentes en las demandas del TEDH, y por tanto, sin sección propia en los años 2018 y 2019.

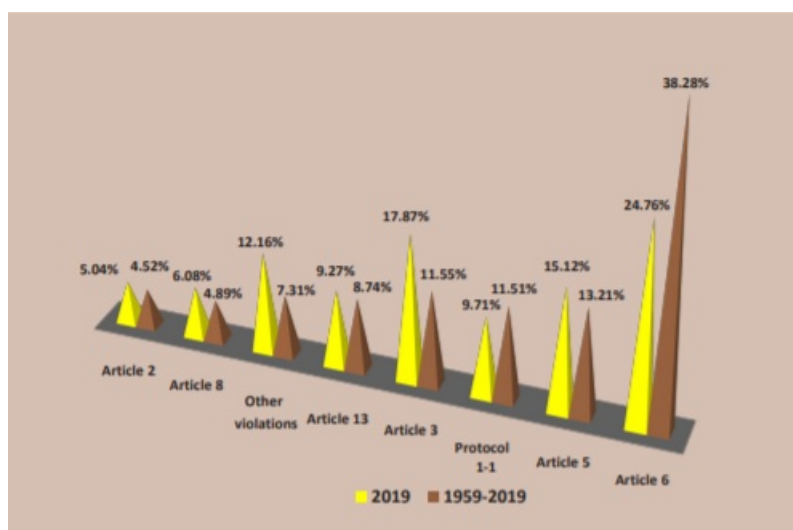


Imagen VIII. Análisis de qué artículos son los más recurrentes en las alegaciones ante el TEDH en el período de 1959-2019. Fuente "ECHR Overview 1959-2019".

En relación con el ejercicio de la objeción de conciencia, específicamente, se articulan derechos tales como el derecho a la vida (art.2 CEDH), el derecho al respeto de la vida privada y familiar (art.8 CEDH) y dentro del grupo donde anida el resto –nombrado por el gráfico como “otras violaciones” siendo casos no recurrentes— es donde se sitúan la libertad de conciencia, pensamiento y religión (art.9 CEDH), la libertad de expresión¹⁸² (art.10) e incluso, y aunque pueda resultar extraño, el Protocolo núm.1, aplicable en referencia al derecho de la propiedad. Un formulismo, art.10 CEDH más Protocolo núm. 1, aplicable como un concepto de propiedad al uso, entendido como adquisición de bienes en sentido amplio. Enunciado en asuntos de materia bioética relacionados con terapias de reproducción asistida, en concreto con los embriones y documentos de voluntades

¹⁸² Aplicable en los Estados donde la IVE ha estado prohibida, incluso en casos donde existe grave peligro para la salud de la madre, por Código Penal, p. ej: Irlanda.

anticipadas¹⁸³.

Se aprecia que los artículos del CEDH alegados en las demandas iniciadas ante TEDH son prácticamente los mismos. Salvo que, en la recopilación de datos más recientes, desaparece a nivel cuantitativo los procesos que enuncian el derecho al respeto de la vida privada y familiar (art. 8 CEDH) y las demandas ante el TEDH de esta temática pasan a formar parte del porcentaje de otras violaciones (con un 12,16%).

El grupo incluido en el último gráfico, “otras violaciones”, actúa como paraguas al regazo del cual los objetores (ejercientes de la acción) habitualmente argumentan la violación de sus derechos. El resto de derechos, incluidos en los arts. 2 y 8 del CEDH, son utilizados, en su mayoría, por los Estados que han soportado el ejercicio de la objeción de conciencia por un tercero y ello les ha perjudicado en el ejercicio de sus propios derechos¹⁸⁴.

Si se realiza una búsqueda, utilizando los recursos del Consejo Europeo de derechos humanos, en concreto el informe de investigación del CEDH sobre “casos de Bioética y jurisprudencia del Tribunal”¹⁸⁵, se observan 22 casos enjuiciados bajo la premisa de objeción de conciencia.

4.2. Antecedentes: la Comisión Europea de Derechos Humanos y la objeción de conciencia.

Antes de que el TEDH fue un tribunal permanente, a partir del 1 de noviembre de 1998, la Comisión Europea de Derechos Humanos era la encargada de supervisar el cumplimiento de las obligaciones derivadas del CEDH por parte de los EEMM. Estuvo en funcionamiento entre 1954 y octubre de 1999. Por tanto, antes de entrar en el análisis de las sentencias del TEDH parece oportuno examinar las decisiones de esa Comisión.

Las demandas planteadas ante la Comisión Europea de Derechos Humanos que invocaban una lesión del derecho a la objeción de conciencia eran sistemáticamente

¹⁸³ *Caso Evans contra Reino Unido*, STEDH, Demanda núm. 6339/05, de 10 de abril de 2007. Cfr. FARNÓS AMORÓS, Esther. «Evans contra The UK (II): La Gran Sala del TEDH Confirma la imposibilidad de utilizar los preembriones sin el consentimiento de la pareja», *InDret. Revista para el análisis del Derecho*, núm. 2, 2006, pp. 1-6.; de la anterior autora FARNÓS AMORÓS, Esther. «La reproducción asistida ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos: de *Evans c. Reino Unido* a *Parrillo c. Italia*». *ob. cit.*, pp. 93-111; OCHOA RUIZ, Natalia. «Comentario a la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos Asunto Parrillo c. Italia. STEDH (Gran Sala) núm. 46470/11, de 27 de agosto de 2015», *Revista Aranzadi Doctrinal*, vol. 3, Marzo 2017, pp. 85-94.

¹⁸⁴ *Vid.* Casos de aborto en relación con su permisibilidad como en *Caso Alemania contra Bruggeman y Scheuten*, STEDH, núm. 6959/75, STEDH, de 12 de julio de 1977. O con relación a la eutanasia como *Caso Glass contra Reino Unido*, STEDH, núm. 61827/2000, de 9 de marzo de 2014.

¹⁸⁵ *Vid.* TEDH. *Research Report. Bioethics and the cas-law of the Court* disponible en https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_bioethics_ENG.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

inadmitidas. La Comisión entendía que dichas conductas no estaban incluidas en el ámbito de protección del art. 9 CEDH y, por tanto, rechazaba las demandas sin entrar en el fondo del asunto.

La mayoría de los asuntos planteados giran en torno a la objeción de conciencia al servicio militar (*G.Z. contra Austria*¹⁸⁶, *X contra Alemania*¹⁸⁷) o, incluso, a la prestación sustitutoria (caso *Grandrath contra Alemania*¹⁸⁸, *Peters contra Holanda*), pero no todas. Se objeta contra otros deberes, como el deber de concertar un seguro obligatorio de vehículos (*X contra Holanda*¹⁸⁹) o el deber de pagar impuestos (*C. contra Reino Unido*¹⁹⁰).

La Comisión rechaza que exista una vinculación entre la objeción de conciencia y el art. 9 CEDH. No ha negado que, en algún caso, la no aceptación de la objeción pueda vulnerar el principio de igualdad del art. 14, sobre todo cuando se trata de comparar la objeción de conciencia a la prestación sustitutoria con la objeción al servicio militar. Pero resulta claro que la Comisión entiende que el CEDH no obliga a los estados a reconocer la objeción de conciencia ni a regularla con unos contornos determinados. En *X contra Holanda* se hizo referencia a la necesidad de proteger los derechos de terceros, pero esta afirmación no tuvo impacto en el caso concreto, ya que el punto de partida era que el art. 9 CEDH no imponía la obligación para los estados de admitir la objeción de conciencia. Luego no se trata de que el estado justifique su posición con base a los derechos de terceros, sino que los estados no tienen que aceptar objeciones de conciencia.

En el asunto *N. contra Suecia*¹⁹¹ se planteó la vulneración al art. 14 CEDH por la distinción que la legislación sueca hacía en relación con la objeción de conciencia militar, al admitir las objeciones de conciencia por motivos religiosos, no por motivos éticos (pacifismo). Las convicciones religiosas, genuinas, generan un conflicto de conciencia, que pueden justificar la discriminación, para evitar el riesgo de que los individuos quieran simplemente liberarse del servicio obligatorio. La Comisión inadmitió el caso por considerar que no quedaba afectado dicho precepto.

¹⁸⁶ *Caso G. z contra Austria*. Comisión Europea de Derechos Humanos, núm. 5571/92, decisión de la Comisión de 2 de abril de 1973.

¹⁸⁷ *Caso X. contra Alemania*, Comisión Europea de Derechos Humanos, núm. 7705/76, decisión de la Comisión de 5 de julio de 1977.

¹⁸⁸ *Caso Grandrath contra Alemania*, Comisión Europea de Derechos Humanos, núm. 2299/64, decisión de la Comisión de 12 de diciembre de 1966.

¹⁸⁹ *Caso X. contra Holanda*, Comisión Europea de los Derechos Humanos, núm. 2988/66, decisión de la Comisión de 31 de mayo de 1967.

¹⁹⁰ *Caso C. contra Reino Unido*, Comisión Europea de Derechos Humanos, núm. 10358/83, decisión de la Comisión de 15 de diciembre de 1983.

¹⁹¹ *Caso N. contra Suecia*, Comisión Europea de Derechos Humanos, núm. 10410/83, decisión de la Comisión de 11 de octubre de 1984.

El asunto *Crespo Azorín contra España*¹⁹² gira en torno a la regulación sobre la objeción de conciencia militar. La normativa española exigía, en ese momento, al objetor solicitar a un órgano administrativo la concesión del estatuto de objetor, para que pudiera investigar sobre la seriedad de las convicciones alegadas; impedía plantear la objeción de conciencia tras la incorporación a filas, y establecía una duración superior de la prestación sustitutoria respecto al servicio militar. La Comisión reitera que la objeción de conciencia no está reconocida en el CEDH y, por tanto, no entra en el fondo del asunto.

La Comisión denegaba la aplicación del art. 9. CEDH, y argumentaba con base en que no considera “trabajo forzado u obligatorio”, que estaría prohibido por el art. 4.3.b) CEDH, todo servicio de carácter militar “o, en el caso de objetores de conciencia en los países en que la objeción de conciencia sea reconocida como legítima, cualquier otro servicio sustitutivo del servicio militar obligatorio.” Los antecedentes jurisprudenciales de la Comisión Europea de Derechos Humanos permiten concluir que “(la Comisión) no garantiza en cuanto tal un derecho a la objeción de conciencia”¹⁹³.

4.3. Jurisprudencia del TEDH sobre el derecho a la objeción de conciencia.

A continuación, se examinan casos en los que el argumento principal de la demanda presentada ante el TEDH es la objeción de conciencia. El TEDH ha resuelto veintidós casos que versan sobre la objeción de conciencia, si incluimos también los presentados en su momento ante la Comisión Europea de derechos humanos, ya vistos.

De los veintidós casos, siete finalizaron con la conclusión de que al no regular los Estados implicados el ejercicio a la objeción de conciencia, esta no podía existir, y por tanto no existía la vulneración del derecho. Y en los quince casos restantes, el Tribunal, se reconoció violado dicho derecho.

En algunos casos se ha protegido a los objetores, de manera indirecta, pero no con base en el art. 9 CEDH. Ocurre también con la objeción de conciencia militar. Así ha ocurrido en los casos *Thlimmenos contra Grecia*¹⁹⁴, *Ülke contra Turquía*¹⁹⁵, en los que la Gran Sala del TEDH considera que la sanción o consecuencias previstas legalmente para el objetor de conciencia militar resulta desproporcionada (impedir acceso a la plaza de contable por condena previa por objeción, condena reiterada por conductas reiteradas,

¹⁹² *Caso Crespo Azorín contra España*, Comisión Europea de Derechos Humanos, núm. 13872/88, decisión de la Comisión de 17 de mayo de 1990.

¹⁹³ SÁNCHEZ CARO, Javier. «La objeción de conciencia sanitaria», *ob. cit.*, p. 54.

¹⁹⁴ *Asunto Thlimmenos contra Grecia*, STEDH (Gran Sala), núm. 34369/1997, de 6 de abril de 2000.

¹⁹⁵ *Asunto Ülke contra Turquía*, STEDH (Gran Sala), núm. 39437/98, de 24 de enero de 2006.

respectivamente) contraria al art. 14 o al art. 3 CEDH, respectivamente.

El *Caso Kokkinakis contra Grecia* (1993)¹⁹⁶ parte de la condena del demandante por proselitismo, en un momento en que estaba prohibido por la Constitución griega. El Sr. Kokkinakis no estima necesario, en una sociedad democrática, prohibir “la palabra de un ciudadano” que está hablando de religión con su vecino (pár. 45). El TEDH condena al estado griego por vulneración del art. 9 CEDH. Este asunto no trata específicamente de la objeción de conciencia, pero supuso un cambio de tendencia en relación con la protección de la dimensión externa de la libertad religiosa¹⁹⁷.

No obstante, es preciso destacar que el art. 9 CEDH es el precepto utilizado sobre todo en referencia al derecho o ejercicio *directo* de la objeción de conciencia; en el ámbito de salud, existen varios artículos conectados con el ejercicio de la objeción y que *indirectamente* pueden alegarse en la demanda de vulneración del derecho a la objeción de conciencia sanitaria—por ejemplo, el art. 2 CEDH (para proteger la vida el embrión), el art. 3 CEDH por el no reconocimiento de la autonomía del paciente, etc.—¹⁹⁸.

En el asunto *Pichon y Sajous contra Francia* (2001)¹⁹⁹ se aborda por primera vez la posible vulneración del art. 9 CEDH en relación con una objeción de conciencia en el ejercicio de las profesiones sanitarias. El supuesto de hecho del que parte es la no dispensación de medidas anticonceptivas a tres mujeres que acuden a una farmacia francesa. Los farmacéuticos no les dispensan las píldoras, aunque las tres mujeres cuentan con la prescripción facultativa correspondiente, y por ello son condenados en todas las instancias de los Tribunales franceses. El caso acaba llegando al TEDH, solicitando la protección de su derecho a la objeción de conciencia farmacéutica con base en el art.9 del CEDH.

El TEDH señala que el art. 9 CEDH protege las convicciones personales y las creencias religiosas, es decir, lo que a veces se denomina cuestiones de “conciencia individual”. También protege los actos estrechamente vinculados a estas cuestiones, como los actos de culto o devoción que forman parte de la práctica de una religión o una creencia en una forma generalmente aceptada. El TEDH reitera que el art 9 enumera una serie de formas que pueden adoptar las manifestaciones de la religión o las creencias de una

¹⁹⁶ *Caso Kokkinakis contra Estado griego*, STEDH núm. 143207/88, de 25 de mayo de 1993.

¹⁹⁷ CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. «El tratamiento de la objeción de conciencia en el Consejo de Europa», *op.cit.*, p. 84.

¹⁹⁸ SIERA MUCIENTES, Sara. «La objeción de conciencia sanitaria». En: SANCHO GARGALLO, Ignacio (dir.), *Estudios de derecho judicial*, núm. 89 (ejemplar dedicado a objeción de conciencia y función pública), 2006, p. 54.

¹⁹⁹ El caso acaba siendo inadmitido puesto que se considera que no cumple los requisitos del art.35.3 CEDH, y que la condena a los farmacéuticos en su país de origen es pertinente. Véase *Caso Pichon y Sajous contra Francia*, STEDH, núm. 49853/99, *ob. cit.*

persona, a saber, el culto, la enseñanza, la práctica y la observancia. Pero “no siempre garantiza el derecho a comportarse en público del modo que dictan las propias creencias. La palabra "práctica" utilizada en el párrafo 1 del artículo 9 no denota todos y cada uno de los actos o formas de comportamiento motivados o inspirados por una religión o creencia”. Los demandantes, al negarse a suministrar medicamentos anticonceptivos están anteponiendo sus creencias a las de los demás”.

Entiende el TEDH que, mientras la venta de anticonceptivos sea legal y se realice por prescripción médica únicamente en las farmacias, los farmacéuticos no pueden dar prioridad a sus creencias religiosas e imponerlas a otros como justificación para negarse a vender esos productos, ya que pueden manifestar esas creencias de muchas maneras fuera de la esfera profesional. El TEDH termina, pues, inadmitiendo la petición interpuesta por los farmacéuticos.

Lo que me parece relevante de este caso es que se crea un *perímetro* a la objeción de conciencia, afirmando que la objeción de conciencia del profesional sanitario no es un derecho absoluto, “ya sea con carácter general, ya sea en determinados supuestos, la lesión a su derecho a la libertad ideológica debe ser reconocida con ciertos límites generales y otros particulares, dependiendo de la concreta situación de conflicto”.²⁰⁰ Algunos autores entienden que el TEDH, que llegó a admitir la objeción de conciencia militar, no ha admitido la objeción de conciencia farmacéutica²⁰¹. Otros critican esta interpretación restrictiva por entender que supone una pérdida de operatividad jurídica de una parte esencial del derecho garantizado por el art. 9 CEDH: el derecho a comportarse de acuerdo con las propias convicciones²⁰².

La objeción de conciencia farmacéutica es un fenómeno nuevo. El conflicto se produce entre el ejercicio del derecho a la libertad de conciencia del personal farmacéutico y el derecho de los ciudadanos a recibir las prestaciones establecidas legalmente, lo cual puede afectar al principio de igualdad desde el momento en que los ciudadanos tienen

²⁰⁰ CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias». En: CASADO GONZÁLEZ, María (ed.), *Estudios de Bioética y Derecho*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2000, p. 97.

²⁰¹ GONZÁLEZ SAQUERO, Pablo. «¿Derecho a la objeción de conciencia del farmacéutico? A propósito de la decisión sobre admisibilidad del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, as. Pichon y Sajous C. Francia, de 2 de octubre de 2001», *Revista Ciencias jurídicas y sociales*, núm. 8, 2008, p. 281; BARRERO ORTEGA, Abraham. «La objeción de conciencia farmacéutica», *Revista de estudios políticos*, Núm. 172, 2016, pp. 83-105.

²⁰² MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier. «La objeción de conciencia farmacéutica en la reciente jurisprudencia constitucional española: otra oportunidad perdida», *Revista Latinoamericana de Derecho y Religión*, 2019, vol. 1, núm. 1, pp. 10-11. *Vid.* DÍEZ FERNÁNDEZ, Jose Antonio, «La constitucionalidad de la objeción de conciencia farmacéutica», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, vol. 39, 2015, p. 10.; SÁNCHEZ-TARAZAGA, Jorge. «Algunas reflexiones acerca de la sentencia del Tribunal Constitucional de 25 de junio de 2015 sobre la objeción de conciencia y la PDD», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, vol. 39, 2015, p. 15.

derecho a recibir todas las prestaciones instauradas por ley. Las oficinas de farmacia son *establecimientos sanitarios privados de interés público sujetos para la planificación sanitaria*²⁰³, y por ello deben asegurar la administración de medicamentos y productos sanitarios a los que los usuarios tienen derecho. “No hay que olvidar que las oficinas de farmacia no son simples establecimientos comerciales”²⁰⁴ dentro de los modelos sanitarios estatales, por ello es “imprescindible que la objeción de los profesionales que deseen ejercerla no vaya en detrimento del servicio que las farmacias deben prestar a los ciudadanos y, en estos casos, corresponde arbitrar medidas de planificación para que la prestación del servicio quede asegurada”²⁰⁵.

El primer asunto en el que el TEDH examina la aplicabilidad del art. 9 CEDH a los objetores de conciencia es *Bayatyan contra Armenia*²⁰⁶, en 2011, en el que la Gran Sala TEDH resuelve explícitamente el conflicto planteado por un objetor de conciencia que estaba dispuesto a prestar un servicio sustitutorio, pero la legislación armena no lo preveía. Por primera vez el TEDH señaló que el parámetro exclusivo de enjuiciamiento ante la objeción de conciencia, es el art. 9 CEDH. Aunque este precepto no lo menciona expresamente, ampara «la oposición al servicio militar cuando está motivada por un serio e insalvable conflicto entre la obligación de servir en el ejército y la conciencia personal o el mantenimiento de creencias profundas y genuinas, religiosas o de otro tipo», ya que entonces se estaría ante lo que «constituye una convicción o creencia con suficiente fuerza, seriedad, cohesión e importancia como para atraer las garantías del art. 9» (par. 110). El primer elemento determinante para delimitar el alcance de la protección es la seriedad e importancia de las convicciones, ya que el CEDH no puede dar cobertura a cualquier actuación basada o motivada por las propias ideas, aunque se quiera plantear bajo la pátina de la objeción de conciencia. La motivación, por tanto, debe ser auténtica y profunda. Por

²⁰³ En Francia, la objeción de conciencia sanitaria está contemplada en el art. L. 2212-8 del Código de Salud Pública. Modificado por la ordenanza 2017-31, de 12 de enero de 2017, de coherencia de los textos con las disposiciones de la ley n ° 2016-41 del 26 de enero de 2016 de modernización de nuestro sistema de salud” el cual queda redactado de la siguiente forma” Un médico o partera nunca está obligado a realizar un aborto voluntario, pero debe informar a la mujer del rechazo sin demora e informar inmediatamente al profesional o partera que puede realizar el procedimiento. intervención prevista en el artículo L. 2212-2. Ninguna partera, enfermera o asistente médico de ningún tipo está obligada a contribuir a la interrupción del embarazo. Un centro de salud privado puede rechazar el aborto en sus instalaciones. Sin embargo, esta negativa no puede ser rechazada por un centro de salud privado autorizado para proporcionar servicios de hospital público si otros centros pueden satisfacer las necesidades locales. Las categorías de instituciones públicas que deben tener los medios para practicar la interrupción voluntaria del embarazo se determinan por decreto”. *Cfr.* Francia. *Code de la Santé Publique*. Texto adoptado en 1953. Refundido mediante Ordenanza en el 2000.

²⁰⁴ Afirmación recogida en la exposición de motivos de la Ley española que regula los establecimientos de farmacia. España. Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de farmacia, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 100, de 26 de abril de 1997. pp. 13450-13452.

²⁰⁵ CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*. Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret, 2007, p. 33.

²⁰⁶ Caso *Bayatyan contra Armenia*, STEDH (Gran Sala), núm. 23459/03, de 7 de julio de 2011. *Cfr.* ARLETTAZ, Fernando. «Objeción de conciencia: consideraciones sobre España a la luz de la jurisprudencia europea», *Revista Internacional de Derechos Humanos*, año 3, núm. 3, 2013, pp. 188-191.

otra parte, es irrelevante la naturaleza de las creencias alegadas, que no han de ser necesariamente religiosas.

En el Caso *vo. contra Francia (2004)*, la requirente alega en particular la violación del art. 2 CEDH debido a que no se habían imputado cargos al médico responsable del delito de homicidio involuntario del hijo de la demandante en su útero (*nasciturus*)²⁰⁷. El principal problema al cual la Gran Sala se enfrentaba, para decidir en este asunto, era definir cuando comienza la vida. En ausencia de un consenso europeo acerca de tal cuestión, y debido a la diversidad de concepciones sobre el inicio de la vida, el TEDH decide mantener abierto el tema y que la concepción del inicio de la vida quedé a merced del margen discrecional de los Estados²⁰⁸. El único elemento común que encontró en los EEMM, fue " la pertenencia a la especie humana; es la potencialidad de este ser y su capacidad para convertirse en una persona, que está protegida por el Derecho civil en un buen número de Estados como Francia en materia de sucesión o de donación [...] la que debe ser protegida en nombre de la dignidad humana sin por ello hacer de él una "persona" que tendría un 'derecho a la vida' en el sentido del artículo 2"²⁰⁹. Y en consecuencia y dadas las circunstancias del Caso *vo. contra Francia*, el TEDH entro a valorar si la ausencia de tipificación penal en el Estado francés, de un aborto negligente y no consentido, era o no un delito lesivo amparado en el derecho a la vida (art. 2 CEDH). Concluyendo que la mala praxis profesional causa de la lesión sufrida por la requirente, debía solventarse por vía administrativa (indemnización por daños y perjuicios) sin que el art.2 CEDH pudiese aplicarse²¹⁰.

4.4. Jurisprudencia del TEDH en relación con el aborto.

Los casos planteados ante el TEDH que guardan alguna relación con la objeción de conciencia se pueden dividir, en general, en cuatro grandes grupos de demandas: aborto, eutanasia, técnicas de reproducción asistida y otros tipos de obligaciones positivas por parte del Estado (como, por ejemplo, las pruebas de paternidad). Estos litigios pueden estar estrechamente relacionados con el ejercicio de la objeción de conciencia de manera directa, cuando el demandante alega expresamente la violación de su derecho a la objeción de conciencia, o de manera indirecta, cuando el procedimiento se inicia por la violación de otros

²⁰⁷ *Caso Vo. contra Francia*, STEDH (Gran Sala), núm. 53924/00, de 8 de julio de 2004 (párrafo 3). *Vid.* GARCÍA SAN JOSÉ, Daniel. «La gestación por sustitución y las obligaciones emanadas para los Estados parte en el Convenio Europeo de Derechos Humanos: repercusiones en el ordenamiento jurídico español del activismo y de la autolimitación judicial del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en relación con la gestación por sustitución», *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 113, 2018, pp. 117-121.

²⁰⁸ *Caso Vo. contra Francia*, STEDH (Gran Sala), *ob. cit.*, (Párrafo 82).

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ Esta decisión tiene cuatro votos, dos votos particulares y dos disidentes, que sostienen diferentes versiones sobre el fallo del TEDH en el asunto.

derechos reconocidos en el CEDH, y la vulneración de derechos está relacionado, aun indirectamente, con el ejercicio de la objeción de conciencia. Ello ocurre cuando se imponen trabas a la interrupción del embarazo, en los países en que es una práctica legal, que pueden explicarse por la objeción de los profesionales a esta práctica, hasta exceder el plazo legal temporal para llevar a cabo la interrupción. En estos casos, el asunto no gira en torno a la objeción de conciencia de los profesionales, sino en torno a la vulneración de derechos de la mujer, pero aquella objeción puede existir y ser causa subyacente de esta.

Los litigios planteados sobre el aborto alegan la vulneración del art. 2 del CEDH, que consagra el derecho a la vida, fuente de todos los demás derechos, condición *sine qua non* para poder gozar del resto de derechos fundamentales. El derecho a la vida no se configura como un derecho absoluto en el CEDH, pues se enumeran excepciones a este derecho (pena capital o muerte producida como consecuencia del recurso de la fuerza necesario para defender a terceros, como consecuencia de una detención ilegal o para reprimir una revuelta o insurrección)²¹¹, pero entre ellas no se menciona el aborto.

Pese a ratificar el CEDH, las legislaciones internas de los EEMM son muy distintas, aunque se aprecia una tendencia hacia la liberalización de la IVE. Irlanda ha dejado de ser un país con una de las legislaciones más restrictivas de Europa. El cambio legislativo pasaba por una derogación de un precepto constitucional que protegía la vida del feto, impidiendo así cualquier regulación sobre la IVE²¹². El referéndum que aprobó la derogación de la Octava Enmienda (introducida en 1983), permitió la legalización de la IVE, que tuvo lugar en 2018²¹³. Sin embargo, también aparecen algunas propuestas legislativas en algunos países para restringir algunas prácticas²¹⁴.

²¹¹ Por tanto, no está penada la pena de muerte como tal –en el CEDH originario de 1950–. Pero si lo está mediante los protocolos adicionales: Protocolo núm. 6 (sólo se mantendrá la pena de muerte en tiempos de guerra) y Protocolo núm.13 (se abolirá la pena de muerte en tiempos de paz). Un ejemplo de ello es el asunto *Orhan contra Turquía* (2002) donde se prohíbe aplicar penas de muerte en tiempos de paz. Interpretando el TEDH, el art. 2 CEDH, la pena de muerte: (i) como una materia no regulada por parte de los ordenamientos jurídicos internos de los Estados, (ii) en caso de que estuviere contemplada, por parte de los ordenamientos jurídicos, no debe aplicarse. Véase *Caso Orhan contra Turquía*, STEDH, núm. 25696/94, de 18 de julio de 2002.

²¹² Artículo 40.3.3. de la Constitución irlandesa decía: "El Estado reconoce el derecho a la vida de los no nacidos y, teniendo debidamente en cuenta el derecho igual a la vida de la madre, garantiza en sus leyes el respeto y, en la medida de lo posible, sus leyes para defender y reivindicar ese derecho".

²¹³ Irlanda. En *Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018* permite la IVE hasta la semana 12, plazo que se amplía hasta seis meses en caso de peligro para la vida o salud de la mujer, o en los casos de anomalía fetal. Cfr. Ireland. Department of Health. *Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018 - Annual Report on Notifications 2019*, de 30 de junio de 2020.

El anterior es el primer informe anual que se publica desde que se ampliaron en Irlanda los motivos por los que se permite legalmente la interrupción del embarazo, tras el resultado del referéndum de mayo de 2018 sobre la octava enmienda de la Constitución (cumpliendo con lo requerido en el art. 20 de la citada Ley).

²¹⁴ Como el proyecto de Ley en Noruega, aprobado en junio de 2019, que restringe el aborto selectivo en caso de embarazo múltiple. Cfr. Capodiferro Cubero, Daniel, «Un modelo regulatorio inacabado: la objeción de conciencia ante la interrupción del embarazo». En: GOMEZ ABEJA, Laura (ed.). *El Estado de Derecho ante el cuestionamiento ideológico de las obligaciones jurídicas*, ob. cit.

Los asuntos que han llegado al Tribunal de Estrasburgo en los que se plantea vulneraciones de derechos del CEDH suelen girar en torno a dos ejes. Por un lado, las demandas contra el Estado por considerar que la ausencia de reconocimiento legal vulnera derechos humanos, como el art. 8 CEDH, que protege la vida privada de la madre y el padre, y entra en colisión con la eventual vida del feto. El feto no está directamente protegido por el art. 2 del CEDH, pero tampoco está totalmente desprotegido, pues en cada caso deben analizarse los intereses en conflicto y hacer un balance. Por otro lado, las demandas contra el Estado por poner obstáculos al acceso al IVE en los supuestos e indicaciones en que es legal. El TEDH no aboga por una determinada regulación del aborto en Europa, pues no hay consenso en esta materia, y los Estados gozan de un amplio margen de apreciación para regularlo, pero insiste en que, cuando existe una indicación legal que permite interrumpir el embarazo, el Estado debe tomar las medidas suficientes para implementar y hacer posible su ejercicio en la práctica, removiendo los obstáculos legales y administrativos que pudieran existir²¹⁵. Veamos ejemplos de ambos tipos de demandas, amén de otros supuestos (como el derecho de informar sobre la IVE).

Cabe destacar la admisión en 1977 por parte de la entonces Comisión europea de derechos humanos, en el asunto *Bruggemann y Scheuten contra República Federal Alemana*²¹⁶, de la demanda formulada por dos mujeres no embarazadas contra el Estado alemán por la legislación alemana sobre el aborto que, a su entender, se inmiscuía en el derecho a la vida privada de las mujeres y afectaba a la libre disposición de su cuerpo (art.8 del CEDH en conjunción con el art. 2). La demanda fue aceptada porque se consideró a las demandantes como “gestantes potenciales”, que en un futuro podrían verse en la tesitura de querer continuar o interrumpir su gestación por el simple hecho de ser mujeres. El TEDH, en el caso que nos ocupa, no se pronunció acerca del derecho a la vida del feto, con base en una posible interpretación del art. 2, sino que hizo referencia a la vida privada y familiar (art. 8 del CEDH) de las demandantes. Pese a reconocer que la legislación alemana sobre el aborto incide en la vida de las gestantes (presentes y futuras), se centra en el aspecto concreto de que la voluntad de interrumpir el embarazo no sea libre sino condicionada por una serie de supuestos. El TEDH resolvió que la medida legal adoptada por el Estado alemán era una medida proporcionada, con el objeto de salvaguardar otros intereses de la sociedad en los que la vida privada encuentra su límite²¹⁷.

²¹⁵ Véase *Asunto R.R. contra Polonia*, STEDH, núm. 27617/04, *ob. cit.*. Parte de un caso en que se denegó el acceso a tiempo a las pruebas genéticas para permitir adoptar una decisión sobre la IVE ante la sospecha de malformaciones fetales, y en el *Caso P. y S. contra Polonia*, STEDH, núm.57375/08, de 30 de enero 2013. Sobre las trabas y dificultades de acceso a un aborto legal tras una violación.

²¹⁶ *Caso Bruggemann and Scheuten contra República Federal Alemana*, STEDH, núm. 6959/75, *ob. cit.*

²¹⁷ Art.8. 2. CEDH:

Del mismo modo que las “gestantes potenciales” pueden presentar demandas ante el TEDH en temas de aborto, también se admiten a trámite demandas interpuestas por “padres potenciales”, cuando la esposa toma la decisión unilateral de interrumpir voluntariamente el embarazo. En el caso *Paton contra Reino Unido*²¹⁸, el demandante, futuro padre, interpuso una demanda ante la entonces Comisión Europea de derechos humanos por el hecho de que, sin su consentimiento, su mujer accedió a la prestación de aborto – por grave riesgo de su vida—, pese a su oposición firme al mismo. El “padre” demandó al Reino Unido, alegando que el concepto de “toda persona” expuesto en el art. 2 del CEDH debe proteger la vida del concebido no nacido. La solución del caso tiene en cuenta que los derechos contenidos en el CEDH son aplicables respecto a las personas ya nacidas, y que las excepciones contenidas en el art. 2 del CEDH se refieren, todas ellas, a personas ya nacidas, sin mencionar el aborto entre ellas. La Comisión concluyó que la interrupción del embarazo, a petición de una madre gestante para salvaguardar su vida, no supone ninguna violación del CEDH.

El TEDH se ha pronunciado también sobre la promoción de las prácticas abortivas²¹⁹. En el asunto *Open Door y Dublin Well Woman contra Irlanda*, de 1992, dos ONG irlandesas aconsejaban a mujeres embarazadas sobre distintos temas, y entre ellos, les informaban sobre la posibilidad de interrumpir embarazos no deseados en el país vecino, el Reino Unido. La demanda ante el TEDH fue presentada por una asociación irlandesa dedicada a la defensa de la vida de los niños no nacidos, por entender que la labor realizada por las ONG iba en contra de la Constitución irlandesa, que garantiza el derecho a la vida del *nasciturus*²²⁰. El TEDH tuvo que decidir entre dos derechos fundamentales, el derecho a la vida (art. 2 CEDH) y la libertad de expresión (art. 10 CEDH), en un conflicto acaecido en un Estado europeo, Irlanda, donde el derecho a la vida tenía primacía frente al resto de derechos²²¹. Por ese motivo, el planteamiento del TEDH debía trasladarse a la casuística del estado irlandés. Se aceptó que el aborto sólo podía tratarse desde un punto de vista relativo

“No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás”.

²¹⁸ *Caso Paton contra Reino Unido*, STEDH, núm. 8416/78, de 13 de mayo de 1980.

²¹⁹ Asunto *Open Door and Dublin Well Woman contra Irlanda*, STEDH, núm. 14234/88, de 20 de octubre de 1992.

²²⁰ Reflejado en el art. 40. 3 de la Constitución de Irlanda:

“1. El Estado garantizará en sus leyes el respeto a los derechos personales del ciudadano y, en la medida de lo posible, los defenderá y reparará mediante sus propias leyes.

2. En particular el Estado protegerá con sus leyes en la medida de lo posible la vida, persona, buen nombre y derecho de propiedad del ciudadano frente a todo ataque injustificado y los vindicará en caso de ataque consumado”. *vid.* Irlanda. *Constitución irlandesa*, de 1 de julio de 1937.

²²¹ Dado que Irlanda es un país católico y proteccionista, con relación al derecho a la vida, y además extiende dicha protección a la vida del feto. *Vid.* *Caso Open Door and Dublin Well Woman contra Irlanda*, *ob. cit.*, (párrafo 66).

a la praxis médica y el riesgo de la vida de la paciente, dado que legalmente estaba prohibido, pero la información que ofrecían las ONG debía permitirse, pues no hacerlo supondría vetar una información a la que los ciudadanos del país podían acceder por otros medios y la prestación del servicio (aborto) se realizaba en el extranjero. Por tanto, no se interrumpió esta opción informativa, ya que supondría una medida innecesaria y desproporcionada, sin cabida en una sociedad democrática. En esta resolución, el TEDH reduce la protección del concebido no nacido a un asunto moral sin contenido jurídico real²²².

Idéntico caso al primero de los citados, pero con la salvedad de que la pareja gestante no había contraído matrimonio, es el caso *Herz contra Noruega*²²³, en el que el TEDH analizó si la legislación del Estado noruego era compatible o no con el CEDH. La Comisión inadmitió la demanda por considerar que estaba mal fundada, pues no es tarea del TEDH enjuiciar sobre la legislación de los Estados acerca del aborto, pero aprovechó la resolución para indicar que “aunque la Comisión no define la expresión «toda persona» ni el término «vida», todo lleva a pensar que el uso de estos términos afecta únicamente a las personas ya nacidas”²²⁴. Y aunque no se descartó la extensión de estos derechos al feto, son los Estados los que deben decidir acerca de la interpretación de los pronunciamientos, ya que disponen de un amplio margen de apreciación.

En 2010, en una histórica decisión, la Gran Sala del TEDH establece en el asunto *A, B y C contra Irlanda*²²⁵, sobre el aborto en Irlanda, que “las restricciones al aborto son una violación a los derechos humanos de las mujeres”. Esta decisión unánime, tomada el 16 de diciembre de 2010, condenaba al Estado irlandés por haber denegado el aborto a una mujer con cáncer²²⁶. Tras un referéndum, se modificó la Constitución irlandesa, que protegía el derecho a la vida del no nacido, para incluir la protección a la vida de la madre (art. 40.3.3 Constitución). El Tribunal Supremo irlandés había declarado que esta modificación permitía el aborto legal en los casos de riesgo sustancial para la vida de la madre. Sin embargo, el Parlamento irlandés no dictó normas de desarrollo del derecho reconocido

²²² Véase REY MARTÍNEZ, Fernando. «La protección jurídica de la vida ante el tribunal de estrasburgo: un derecho en transformación y expansión», *Revista del Centro de Estudios constitucionales*, vol. 7, núm. 1, 2009, pp. 331-360; SAURA ESTAPÀ, Jaume. «El estándar jurídico internacional sobre la interrupción voluntaria del embarazo: reflexiones en perspectiva de derechos humanos», *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, núm. 29, 2015, pp. 19-21.

²²³ *Caso Herz contra Noruega*, STEDH, núm. 17004/97, de 19 de mayo de 1997.

²²⁴ SANZ CABALLERO, Susana. «El comienzo y el fin de la vida humana ante el TEDH: el aborto y la vida humana a debate», *ob. cit.*, p.163.

²²⁵ *Caso A, B y C contra Irlanda*, STEDH (Gran Sala), núm. 25579/05, de 16 de diciembre de 2010.

²²⁶ Una característica relevante de esta sentencia fue la admisión del caso por parte del Tribunal sin que ninguna de las demandantes hubiese acudido anteriormente a instancias nacionales. La segunda característica destacable es que la objeción de conciencia por parte del profesional, pese a ser mencionada en los párrafos 106-108, de la sentencia no es una característica condicionante para el caso. Véase *Caso A, B y C contra Irlanda*, STEDH (Gran Sala), *ob. cit.*, (párrafos 106-108).

constitucionalmente. En 1992, un nuevo referéndum eliminó la prohibición de viajar para abortar y permitió que se difundiera información sobre la práctica de abortos legales en el extranjero. La reclamación se basaba en que la imposibilidad de poder abortar legalmente en Irlanda les obligaba a un proceso caso, complicado y traumático.

Cada letra (A, B, C) representa un caso, con la característica en común de que las tres peticionarias emprendieron un viaje para llevar a cabo la IVE. El TEDH determinó que a pesar de que viajar internacionalmente para practicar un aborto era una carga significativa, tanto psicológica como física para cada una de las demandantes, no alcanzaba el nivel de gravedad necesario para satisfacer los requisitos de la tortura o los tratos crueles e inhumanos (art. 3 CEDH). El Tribunal procedió a analizar el caso a la luz del derecho a la privacidad y la vida familiar (art. 8 CEDH) y concluyó que no se violaron los derechos de las peticionarias A (mujer, soltera, en situación de pobreza, con sus cuatro hijos bajo tutela estatal) y B (mujer que no deseaba ser madre soltera). Sin embargo, en el caso de C (mujer que temía que el cáncer que había sufrido volviera a resurgir si continuaba con el embarazo), el TEDH entendió que Irlanda vulneraba el Convenio, y estimó su reclamación. El TEDH manifestó que

"(...) la incertidumbre generada por la falta de implementación legislativa del artículo constitucional 40.3 y específicamente por la falta de procedimientos efectivos y accesibles que establezcan el derecho a obtener un aborto en esas circunstancias ha resultado en una evidente discordancia entre el derecho en abstracto a obtener un aborto legal en Irlanda con base en que hay un riesgo importante para la vida de la mujer y la realidad de su implementación"²²⁷.

El TEDH no modificó la legislación sobre la IVE en el país, pues no es competente para ello, pero sí condenó al Estado por falta de adopción de las medidas legislativas necesarias para implementar el derecho a la IVE legal, por vulneración de los derechos de C²²⁸.

Todas las prácticas que suponen impedir, obstaculizar, dificultar el acceso al aborto, a pesar de que concurren, o pueden concurrir, las indicaciones legales, puede responder, o bien a la falta de adopción de medidas organizativas de los centros sanitarios, o bien a una objeción de conciencia del profesional sanitario que interviene en alguno de los pasos

²²⁷ *Caso A, B y C contra Irlanda*, STEDH (Gran Sala), *ob. cit.*

²²⁸ *Cfr.* "European Court of Human Rights Rules that Ireland Abortion Ban Violates Human Rights, But Doesn't Go Far Enough", *Center for Reproductive Rights*, de 16 de diciembre de 2010. Disponible en: <http://www.reproductiverights.org/press-room/european-court-of-human-rights-rules-that-ireland-abortion-ban-violates-human-rights-but-> (última consulta el 29/12/2020).

Así como la *Caso P. y S. contra Polonia*, STEDH, núm.57375/08, *ob. cit.*

previos a la práctica de la IVE. Sin llegar a objetar expresamente, los médicos pueden evitar practicar abortos mediante la reticencia a realizar pruebas diagnósticas, a comunicar resultados de pruebas. No han llegado al TEDH por peticiones de los profesionales, si quisieran objetar, sino por peticiones de las mujeres a las que esas prácticas impiden su acceso al aborto legal.

La Sentencia anterior, y el margen discrecional de los Estados, recibe especial atención en el *Caso Tysiac contra Polonia (2007)*²²⁹. En este asunto la requirente sufre una enfermedad ocular grave, agravada por su embarazo, pese a su insistencia por interrumpirlo. Dada su enfermedad, la Sra. Tysiac, podía optar a la IVE reconocida por el Estado polaco. Intentó llevar a cabo la interrupción ante varios profesionales, y todas ellas fueron rechazadas, bajo la misma premisa: la enfermedad oftalmológica de la solicitante no era motivo suficiente para una IVE. Una vez tuvo a su hijo, la Sra. Tysiac sufrió un desprendimiento de retina que ha desembocado en una invalidez visual permanente. En primer lugar, la requirente acudió al Tribunal Penal de Polonia y el procedimiento fue desestimado. Y en consecuencia, apeló ante el TEDH, basando su demanda en los arts. 3 y 8 CEDH.

De esta Sentencia, resulta conveniente destacar cuatro párrafos que marcan una nueva obligación a los Estados en materia de legislación sanitaria:

- En primer lugar, “recuerda, ante todo, que la legislación que regula la interrupción del embarazo afecta al ámbito de la vida privada dado que, cuando una mujer está embarazada, su vida privada deviene estrechamente vinculada al feto que desarrolla²³⁰; a continuación, señala que aunque “según la demandante, la negativa a autorizarle a abortar implicó también una injerencia en sus derechos garantizados por el artículo”, sin embargo, el Tribunal considera que, atendidas las circunstancias de la causa y concretamente la naturaleza de la queja planteada, es preferible examinar el asunto únicamente desde el punto de vista de las citadas obligaciones positivas del Estado”²³¹.

- En segundo lugar destaca, “La necesidad de tales garantías se hace sentir aún más cuando sobreviene un desacuerdo, tanto entre la mujer encinta y sus médicos o entre los propios médicos, como sobre la cuestión de saber si se reúnen, en un caso concreto, las condiciones previas requeridas para un aborto legal. En opinión del Tribunal, en tal situación, las disposiciones legales aplicables deben ante todo definir claramente la situación de la mujer embarazada respecto a la Ley. El Tribunal señala, además, que la

²²⁹ *Caso Tysiac contra Polonia*, STEDH, núm. 5410/03, de 24 de septiembre de 2007.

²³⁰ *Ibidem*, (párrafo 106).

²³¹ *Caso Tysiac contra Polonia*, STEDH, *ob. cit.*, (párrafo 108).

prohibición del aborto prevista en la Ley, combinada con el riesgo para los médicos de ser acusados de un delito en virtud del artículo 156.1 del Código Penal, puede tener un efecto disuasorio en los facultativos cuando deciden si se reúnen las condiciones para autorizar un aborto legal en un caso particular. Las disposiciones que definen las condiciones en las que es posible beneficiarse de un aborto legal deben formularse de forma que atenúen este efecto. Una vez que el legislador ha decidido autorizar el aborto, no debe concebir el marco legal correspondiente de manera que limite en la realidad la posibilidad de obtener el acceso a tal intervención²³².

- En tercer lugar, "...En circunstancias tales como las del presente caso, tal procedimiento debería al menos garantizar a una mujer embarazada la posibilidad de ser oída personalmente y de que se tenga en cuenta su opinión. El órgano competente deberá también motivar por escrito su decisión... la naturaleza misma de las cuestiones en juego en las decisiones de interrupción del embarazo es tal, que el factor tiempo tiene una importancia crucial. Los procedimientos establecidos deben pues concebirse para que estas decisiones sean tomadas a tiempo al objeto de prevenir o limitar el perjuicio para la salud de la madre que podría resultar de un aborto tardío. Los procedimientos que prevén el control a posteriori de las decisiones sobre la posibilidad de abortar legalmente no cumplen esta función. El Tribunal estima que puede considerarse que la falta en la legislación interna de un procedimiento preventivo de este tipo constituye un incumplimiento del Estado de sus obligaciones positivas a tenor de lo dispuesto en el artículo 8 del Convenio"²³³.

- En cuarto lugar, "El Tribunal concluye que no se ha acreditado que la legislación polaca, tal y como se aplicó en este caso, contuviese unos mecanismos efectivos que permitiesen determinar si se reunían en el caso de la demandante las condiciones a cumplir para beneficiarse de un aborto legal. Por tanto, la interesada estuvo sumida en una larga incertidumbre y experimentó una gran angustia viendo las consecuencias negativas que el embarazo y el parto podían tener para su salud"²³⁴. Por tanto, el Tribunal rechaza la excepción preliminar del Gobierno y declara que las autoridades no cumplieron con su obligación positiva de asegurar a la demandante el respeto efectivo de su vida privada²³⁵.

Mediante las cuatro apreciaciones, el TEDH establece unas condiciones mínimas que debe reunir el sistema normativo estatal ante la IVE. El TEDH no reconoce el derecho al aborto, pero expone que "la legislación que regula la interrupción del embarazo afecta al ámbito de la vida privada".

²³² *Ibidem*, (párrafo 106).

²³³ *Caso Tysiac contra Polonia*, STEDH, *ob. cit.*, (párrafo 118).

²³⁴ *Ibidem*, (párrafo 124).

²³⁵ *Caso Tysiac contra Polonia*, STEDH, *ob. cit.*, (párrafo 129).

Lo más importante, a mi entender, de la Sentencia *Tysiac contra Polonia* es el reconocimiento de que la falta en la legislación interna de un procedimiento preventivo, como es el caso de la IVE, constituye un incumplimiento del Estado de sus obligaciones positivas a tenor de lo dispuesto en el artículo 8 del Convenio. Esta afirmación da pie a la obligatoriedad de que los Estados tengan que regular la objeción de conciencia, de forma indirecta. Y pese a que las normas del juego eran claras, los siguientes asuntos demuestran que esta legislación interna es inexistente o confusa, dañando a pacientes y usuarios de los sistemas de salud.

Un caso que demuestra que el TEDH sigue la misma línea, que Pichon y Sajous contra Francia, sobre el ejercicio de la objeción de conciencia sanitario es el asunto *R. R. contra Polonia* (2011)²³⁶. En él, se obstaculiza a una mujer embarazada el acceso a las pruebas genéticas necesarias para determinar el estado del feto. Finalmente, cuando se obtiene el resultado de las mismas, en las que se demuestra que el feto tiene graves malformaciones, ya ha concluido el plazo legal para interrumpir el embarazo y el hijo nace con Síndrome de Turner. El TEDH declara que la demandante ha sufrido un trato humillante, lo que supone una violación del art.3 del CEDH (prohibición de la tortura y los tratos inhumanos y degradantes)²³⁷. Además, señala que el sistema polaco incumple la obligación de los un servicio efectivo de salud sexual y reproductiva, con unos mecanismos de diagnóstico fetal y la posibilidad de decidir sobre el curso del embarazo. Se incumple el art. 8 del CEDH (respeto a la vida privada y familiar)²³⁸ de la demandante obligándola a proseguir con un embarazo sin tener en cuenta las posibles alternativas. El TEDH aprovecha esta Sentencia para reiterar que los Estados son los encargados de organizar los sistemas de salud para que funcionen de forma efectiva y garante para los usuarios. De tal forma, si alguno de los profesionales reclama la objeción de conciencia para no ejecutar determinadas acciones que forman parte de su trabajo, el Estado debe garantizar la obtención de los servicios a los que tienen derecho legalmente. Se considera este caso, *R.R. contra Polonia*, una decisión histórica pues en base a ella se garantiza el diagnóstico prenatal en las mujeres embarazadas.

En el caso *P. y S. contra Polonia* (2012)²³⁹, Polonia conocía bien la necesidad de

²³⁶ *Caso R.R. contra Polonia*, STEDH, núm. 27617/04, *ob. cit.*

²³⁷ Art.3 del CEDH Prohibición de la tortura:

“Nadie podrá ser sometido a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.

²³⁸ Art.8. del CEDH Derecho al respeto de la vida privada y familiar:

“1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.
2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.”

²³⁹ *Caso P. y S. contra Polonia*, STEDH, núm. 57375/08, *ob. cit.*

cambios legislativos fruto de la Sentencia Tysiak, sin embargo, el TEDH se pronuncia de nuevo sobre la concurrencia entre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios y la IVE de la demandante. En el presente asunto, una menor de 14 años que había sido violada. Las leyes del Estado polaco permiten la interrupción del embarazo por violación, y pese a ello, la demandante acudió acompañada de su progenitora hasta a tres hospitales donde los profesionales de salud que la atendían ejercían la objeción de conciencia sin remitirla a otro profesional o proveedor en los centros a los que acudió. Finalmente pudo abortar en un centro médico gracias a la intervención del Ministerio de Salud del país y a más de 500 km de su domicilio habitual. El TEDH reitera su postura, según la cual el Estado tiene “la obligación positiva de crear un marco procedimental que permita que una mujer embarazada acceda efectivamente al ejercicio de su derecho al aborto legal”²⁴⁰.

Respecto al médico que rehúsa el servicio, cuando el art. 9.1 CEDH hace referencia a “las prácticas” que la persona puede realizar conforme a su libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, no se refiere a todos y cada uno de los actos o formas de comportamiento, pues como profesional médico, su obligación es remitir a la paciente a otro profesional para que reciba el servicio al que tiene derecho. El médico, en última instancia, es el garante de que el sistema de salud funcione.

A su vez, el TEDH repitió la doctrina emanada de los casos anteriores, *P. y S. contra Polonia y R.R. contra Polonia*: «los Estados están obligados a organizar su sistema sanitario de modo que se garantice que el ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud en el contexto de sus funciones no impide a los pacientes acceder a aquellos servicios a los que tienen derecho en virtud de la legislación aplicable» (*R. R.*, par. 206; *P. y S.*, par. 106). El TEDH considera violados el art. 3 del CEDH (prohibición de la tortura y los tratos inhumanos y degradantes), el art. 8 del CEDH (respeto a la vida privada y familiar) y el art. 5 del CEDH (derecho a la libertad y la seguridad). No se puede admitir la imposición de las propias convicciones sobre las que quien demanda la prestación de servicios sanitarios.

El último caso analizar en este aspecto es *Eweida y otros contra Reino Unido*²⁴¹. En él, se plantea dos casos de objeción de conciencia: una empleada pública que se niega a cumplir el deber de tramitar uniones civiles entre personas del mismo sexo, y un trabajador de una empresa privada a cumplir el deber laboral de prestar asesoramiento psico-sexual a parejas homosexuales, ambos alegando motivos religiosos. Aunque el TEDH señala que

²⁴⁰ *Ibidem*, (párrafo 99).

²⁴¹ *Caso Eweida y Otros c. Reino Unido*, STEDH (Sección cuarta), aplicaciones núm. 48420/10, 59842/10, 51671/10 y 36516/10, de 15 de enero de 2013. Aunque hay cuatro asuntos acumulados, dos de ellos tratan sobre el derecho a llevar simbología religiosa, y no serán mencionados aquí.

resulta desproporcionado limitar de forma absoluta el derecho a la objeción de conciencia para proteger los derechos de los demás, en el caso concreto considera que el respeto a su objeción de conciencia supondría una actuación discriminatoria que el derecho de la empleada pública puede suponer una discriminación que, para mayor gravedad, se realizaría en nombre de una autoridad pública que ha asumido un compromiso con la igualdad. En el caso del trabajador privado, tampoco está justificada su conducta, que llevó a su despido, porque afectan derechos de terceros.

Para concluir, cabe decir que, según el TEDH, a partir del asunto *Bayatyan*, el derecho a la objeción de conciencia deriva del art. 9 CEDH. Pero ello no debe llevar a concluir que el derecho es absoluto, ya que cuando entra en conflicto con otros derechos suele protegerse a éstos. Si la objeción de conciencia al servicio militar se ampara más que la objeción de conciencia sanitaria es porque no se ven afectados los derechos de terceros. Cuando el TEDH tiene que hacer un juicio de ponderación entre los derechos del objetor y los derechos de quien quiere acceder a una prestación sanitaria, vencen éstos.

Capítulo V

Regulación de la objeción de conciencia sanitaria en España

En este capítulo analizo la situación legal de la objeción de conciencia sanitaria en España, dejando para el siguiente la regulación estatal en otros países, concretamente Colombia, Uruguay y Argentina. Como las propuestas que detallo en la tercera parte de esta tesis doctoral toman como base el sistema español, a este sistema jurídico le dedico un capítulo propio.

5.1. La objeción de conciencia en el Derecho constitucional.

La objeción de conciencia es una conquista moral reconocida por el Derecho, propia de una sociedad democrática que vive pacíficamente y que respeta a las minorías²⁴². Los supuestos que dieron origen al debate sobre la objeción de conciencia son el servicio militar obligatorio, primero, y la prestación social substitutoria, después. Una vez admitida la objeción de conciencia, el objetor debía realizar una prestación substitutoria; posteriormente, aparecieron nuevos problemas jurídico-penales cuando una persona se negaba a realizar tanto el servicio militar como la prestación substitutoria, con lo que el individuo incurría en un delito por no acatar la decisión del Estado²⁴³.

5.1.1. El reconocimiento constitucional y sus efectos.

La CE recogió la objeción militar en el art. 30.2 CE: “La ley fijará las obligaciones militares de los españoles y regulará, con las debidas garantías, la objeción de conciencia, así como las demás causas de exención del servicio militar obligatorio, pudiendo imponer,

²⁴² NAVARRO CASADO, Sílvia. «Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?», *Revista de bioética y derecho*, vol. 28, 2013, p. 91.

²⁴³ *Ibidem*. CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias», *ob. cit.*, p. 69, de la misma autora CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias». En: ZUGALDÍA ESPINAR, José Miguel y LOPEZ BARJA DE QUIROGA, Jacobo (coord.). *Dogmática y ley penal: libro homenaje a Enrique Bacigalupo*, vol. 1, 2004. pp.115-142.; con la misma determinación, PRIETO SANCHÍS, Luis. «La limitación de los derechos fundamentales y el derecho de clausura del sistema de libertades», *ob. cit.* pp.62-64.

en su caso, una prestación social sustitutoria.” Este precepto está hoy vacío de contenido, desde que, el 31 de diciembre de 2001²⁴⁴, quedó suspendido el servicio militar obligatorio. Además de la objeción al servicio militar, la CE reconoce la cláusula de conciencia en otro ámbito: el de los profesionales de la comunicación. El precepto contempla la libertad de expresión e información que incluye el derecho “a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades” (art. 20.1.d) CE).

La previsión constitucional de estos supuestos concretos ha generado un debate en torno a si la objeción de conciencia es o no un derecho fundamental²⁴⁵. Los que consideran que sí es un derecho fundamental argumentan que la libertad religiosa e ideológica del art. 16 CE garantiza no solo el derecho a tener o no las creencias que cada uno estime convenientes, sino también el derecho a comportarse en todas las circunstancias de la vida con arreglo a las propias convicciones. En este caso, no sería necesario un despliegue legislativo posterior para que el derecho fundamental pudiera ejercerse, dada la aplicación directa de la CE. Si es un derecho fundamental, la regulación debe ser aprobada mediante una Ley Orgánica (tal como exige el art. 81.1 CE)²⁴⁶, lo que impide la regulación autonómica. No hay que olvidar que, aunque la objeción de conciencia militar no está en el capítulo de los derechos fundamentales (sección primera del capítulo II, relativo a los derechos

²⁴⁴ España. La Ley 17/1999, de 18 de mayo, de régimen del personal de las Fuerzas Armadas suspendía la prestación al servicio militar a partir del 31 de diciembre de 2002. El Real Decreto 247/2001, de 9 de marzo, por el que se adelanta la suspensión del servicio militar, señaló el 31 de diciembre de 2001. *Boletín Oficial del Estado*, de 10 de marzo de 2001, núm. 60, pp. 8974-8975. El Real Decreto 342/2001, de 4 de abril, hizo lo propio con la prestación social sustitutoria del servicio militar.

²⁴⁵ Cfr. entre otros, autores que consideran que la objeción de conciencia es un derecho fundamental: ATIENZA RODRÍGUEZ, Manuel. «Para una razonable definición de «razonable»», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 4, 1987. pp. 189-200; CRUZ VILLALÓN, Pedro. «Formación y evolución de los derechos fundamentales», *Revista española de derecho constitucional*, núm. 25, 1989, pp. 25-35; ESCOBAR ROCA, Guillermo. *La objeción de conciencia en la Constitución española*, Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993, p. 387; SIEIRA MUCIENTES, Sara. *La objeción de conciencia sanitaria*, Madrid: Dykinson, 2000; PRIETO SANCHÍS, Luis. «El constitucionalismo de los derechos». En: CARBONELL, Miguel (coord.). *Teoría del neoconstitucionalismo: ensayos escogidos*, Madrid: Trotta, 2007, pp. 213-216; GASCÓN ABELLÁN, Marina Felicia. *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2010.

Y los que lo consideran no fundamental: RUIZ MIGUEL, Alfonso. «La objeción de conciencia en general y en deberes cívicos». En: MAQUEDA ABREU, María Luisa (dir.). *Libertad ideológica y derecho a no ser discriminado*, Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 1996. pp. 9-40; CASTRO JOVER, María Adoración. «La libertad de la conciencia y la objeción de la conciencia individual en la jurisprudencia constitucional española». En: MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier (coord.). *La libertad religiosa y de conciencia ante la justicia constitucional*, Granada: Comares, 1998, pp. 133-186; NAVARRO VALLS, Rafael y MARTÍNEZ TORRÓN, Javier. *Conflictos entre conciencia y Ley. Las objeciones de conciencia*, Madrid: Iustel, 2011; OLIVA BLÁZQUEZ, Francisco. «La objeción de conciencia ¿un derecho constitucional?». En: ALARCOS MARTÍNEZ, Francisco José (dir.). *Objeción de conciencia y sanidad*. Granada: Comares, 2011, p. 51; DÍEZ-PICAZO GIMÉNEZ, Luis María. *Sistemas de derechos fundamentales*, 4ª edición. Pamplona: Civitas, 2013, pp. 226-229; TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. *El peso de la conciencia: la objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias, ob. cit.*, p. 160.

²⁴⁶ Art. 81.1. CE:

“Son leyes orgánicas las relativas al desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, las que aprueben los Estatutos de Autonomía y el régimen electoral general y las demás previstas en la Constitución”.

fundamentales y las libertades públicas), tiene una protección reforzada, ya que el objetor puede interponer un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, en caso de vulneración, por disposición expresa del art. 53.2 CE²⁴⁷.

Frente a esta posición, otros autores consideran que la objeción de conciencia, aunque relacionada con la libertad religiosa e ideológica del art. 16 CE, de la que es una manifestación, no es propiamente un derecho fundamental²⁴⁸. La objeción de conciencia no figura en el elenco de derechos fundamentales (arts. 14 a 29 CE), por lo que no es necesario una ley orgánica para regular la objeción de conciencia, ni queda excluida de regulación autonómica. Es preciso tener presente que la regulación de la objeción de conciencia militar se ha hecho por vía de legislación ordinaria, no orgánica^{249 250}.

Un sector de la doctrina rechaza que la objeción sea un derecho fundamental alegando, entre otras razones, el art. 9 CE, que sujeta a los ciudadanos al ordenamiento jurídico. Lo contrario implicaría una negación de la idea de Estado promoviendo el anarquismo más puro. Esta parte de la doctrina sostiene que no existe un derecho genérico a la objeción de conciencia derivado del art. 16 CE y aplicable al ámbito sanitario.

Si, como entiendo, no es un derecho fundamental, será necesaria una previsión normativa para su admisión²⁵¹. El escollo fundamental para admitir una objeción de conciencia con carácter general es el art. 9.1 CE, que sujeta a los ciudadanos al ordenamiento jurídico, estableciendo un mandato incondicionado de obediencia al derecho.

²⁴⁷ Art. 53.2.CE

“Cualquier ciudadano podrá recabar la tutela de las libertades y derechos reconocidos en el artículo 14 y la Sección primera del Capítulo segundo ante los Tribunales ordinarios por un procedimiento basado en los principios de preferencia y sumariedad y, en su caso, a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. Este último recurso será aplicable a la objeción de conciencia reconocida en el artículo 30”

²⁴⁸ OLIVA BLÁZQUEZ, Francisco. «La objeción de conciencia ¿un derecho constitucional?», *ob. cit.*, p. 51; DÍEZ-PICAZO, Luís María. *Sistemas de Derechos Fundamentales*, *ob. cit.*, pp.226-229.

²⁴⁹ España. La Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 28 de diciembre de 1984, pp. 37366-37368 (disposición derogada). El desarrollo reglamentario se hizo mediante Real decreto 551/1985, de 24 de abril, por el que se aprueba el Reglamento del Consejo Nacional de objeción de conciencia y del procedimiento para el reconocimiento de la condición de objetor de conciencia.

²⁵⁰ MACIONE, Fabio. «L'objection de conscience dans la post-modernité», *Chiese e pluralismo confessionale*, 2011, pp.1-9, considera que la objeción de conciencia no es un derecho fundamental con reflejo inmediato de la Constitución, pero puede deducirse esta consideración de forma implícita, aun a riesgo de que tal interpretación se considere parte de una pretensión de “hiperjuridificación (...) que persigue estandarizar todos los sectores de la existencia humana, incluso aquellos que no son tipificables”.

²⁵¹ En contra, MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico de. «Libertad profesional del médico en el nuevo contexto de la relación clínica: su delimitación desde una perspectiva constitucional», *Derecho Privado y Constitución*, 2017, núm. 31, p. 39, que parte de la libertad como regla y el deber jurídico como excepción. El objetor no tiene derecho a que el ordenamiento jurídico tolere su comportamiento en cualquier supuesto, pero sí a que se resuelva el conflicto entre un derecho individual y el interés general de manera proporcional. Y afirma que son los jueces los que deben valorar los supuestos admisibles, no el legislador, pues “no puede confundirse la conveniencia de su regulación con una exigencia para cobrar eficacia jurídica”.

No existe un derecho general a la objeción de conciencia que permita en cualquier circunstancia dejar de cumplir con un deber jurídico válido, impuesto por el Estado, amparándose en la libertad de conciencia. La admisión de un derecho concebido en términos tan generales sería incompatible con el funcionamiento del propio Estado democrático de Derecho, pues la eficacia de las normas jurídicas se sometería a la conformidad de cada una de las conciencias individuales. Esto implicaría una negación de la idea de Estado, promoviendo el anarquismo más puro. Ningún ordenamiento jurídico ha reconocido este alcance general de la objeción de conciencia; simplemente se han hecho reconocimientos de carácter puntual.

En la actualidad, la objeción de conciencia sanitaria carece de regulación general propia, y las normas solo contemplan supuestos concretos (frente a la interrupción voluntaria del embarazo y, aunque aún está sujeto a debate parlamentario, cabe pensar que pronto lo estará frente a la ayuda a morir con dignidad). En la práctica, puede surgir frente a otras prácticas, relacionadas con la prescripción de la píldora postcoital, la investigación con células madre²⁵², la clonación terapéutica, las sedaciones terminales, los tratamientos coactivos y/o la esterilización a personas con diversidad funcional, algunas de las cuales han sido abordadas por el Tribunal Constitucional. En todo caso, sin deber previo, no hay objeción de conciencia. Por eso, algunos casos en los que rechaza una intervención, como la expedición de certificados de virginidad o reconstrucción del himen²⁵³ no son, propiamente, casos de objeción de conciencia. Como no hay un derecho a exigir estas intervenciones, el profesional se puede negar a ellas.

La objeción de conciencia habitual consiste en la negativa al cumplimiento de un deber impuesto por el ordenamiento jurídico. Pero, junto a esta objeción de conciencia negativa, acaso también exista una objeción de conciencia positiva, consistente en la pretensión de realizar una conducta positiva que está prohibida, eximiéndose de una norma, por motivos de conciencia. No parecen haber dificultades conceptuales para aceptar esta objeción de conciencia positiva²⁵⁴, aunque en la práctica puede surgir alguna dificultad de delimitación con la desobediencia al derecho, máxime cuando se trata de la objeción a una

²⁵² SÁNCHEZ FIDELI, María Amparo y TOMÁS GARRIDO, Gloria María. «Objeción de conciencia y de ciencia en la investigación de la industria farmacéutica». En: TOMÁS GARRIDO, Gloria María (coord.). *Entender la objeción de conciencia*, Murcia: Fundación Universitaria San Antonio, 2011, p. 262.

²⁵³ Supuesto analizado por TRIVIÑO CABALLERO, «Nuevas formas de objeción de conciencia. ¿A grandes males, grandes remedios?». En: *Actas del I Congreso Internacional de la Red Española de Filosofía*, Madrid, vol. XV, 2015, 17 y ss. La autora señala que no son procedimientos médicamente indicados, y que perpetúan la discriminación contra las mujeres. Ahora bien, cuando la petición va acompañada de riesgo de ser víctima de un "crimen de honor", puede ser difícil negarse a ellas. Holanda ha elaborado un protocolo indicando cuándo está justificada la intervención.

²⁵⁴ SEOANE RODRÍGUEZ, José Antonio. «Objeción de conciencia positiva», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 32, 2014, p. 38 y MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, «Libertad profesional del médico en el nuevo contexto de la relación clínica: su delimitación desde una perspectiva constitucional», *ob. cit.*, pp. 41-42.

decisión adoptada por el legislador en la configuración del Estado prestacional y, además, usando bienes y medios de titularidad pública. Este supuesto se plantea con los recortes de las prestaciones públicas sanitarias, como se verá en el epígrafe dedicado al RDL 16/2012.

Algunos autores plantean también la objeción de conciencia impropia, del paciente que se niega a aceptar el tratamiento propuesto por el médico²⁵⁵. El ejemplo paradigmático sería el del testigo de Jehová que rechaza la transfusión sanguínea. Sin embargo, creo que este supuesto no es propiamente de objeción de conciencia, sino de autonomía del paciente, reconocida legalmente, puesto que el paciente no tiene el deber de aceptar el tratamiento médico recomendado por el profesional, aunque esa negativa ponga en riesgo su vida²⁵⁶.

5.1.2. La posición del Tribunal Constitucional.

El Tribunal Constitucional ha mantenido pronunciamientos distintos, incluso contradictorios, en torno a la existencia de un derecho a la objeción de conciencia con carácter general, como veremos enseguida. Las primeras sentencias del Tribunal Constitucional sobre esta materia son favorables a la admisión de la objeción de conciencia. La STC 15/1982, de 23 de abril, reconoce el amparo al objetor de conciencia militar²⁵⁷, afirmando que «la objeción de conciencia es un derecho reconocido explícita e implícitamente en el ordenamiento constitucional español, sin que contra la argumentación expuesta tenga valor alguno el hecho de que el artículo 30.2 emplee la expresión «la ley regulará», la cual no significa otra cosa que la necesidad de la «*interpositio legislatoris*» no para reconocer sino, como las propias palabras indican, para «regular» el derecho en términos que permitan su plena aplicabilidad y eficacia. La objeción de conciencia exige para su realización la delimitación de su contenido y la existencia de un procedimiento regulado por el legislador, pero de ello no se deriva que el derecho del objetor esté por entero subordinado a la actuación del legislador. La propia sentencia recuerda el principio de

²⁵⁵ BARRERO ORTEGA, Abraham, «La objeción de conciencia del paciente a tratamientos médicos». En: RUIZ DE LA CUESTA, Antonio. *Ética de la vida y salud: su problemática biojurídica*, Sevilla: Universidad de Sevilla, 2008, pp. 271-292.

²⁵⁶ Rizando el rizo, Seoane alude al supuesto de objeción de conciencia del médico que exige ser dispensado del cumplimiento del deber de respeto a la decisión del paciente. SEOANE RODRÍGUEZ, José Antonio. «El perímetro de la objeción de conciencia médica. A propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová», *InDret: Revista para el Análisis del Derecho*, núm. 4, 2009, pp. 1-21, en p. 16, aunque después rechaza esta hipótesis por ser un abuso de la objeción de conciencia, y constituir un supuesto de paternalismo injustificado.

²⁵⁷ La STC presenta la objeción de conciencia no como una abstención del objetor a actuar, lo que podría suponer un incumplimiento al deber de obediencia a las normas, sino como un derecho positivo a ser declarado objetor. «Técnicamente, por tanto, el derecho a la objeción de conciencia reconocido en el art. 30.2 de la Constitución no es el derecho a no prestar el servicio militar, sino el derecho a ser declarado exento del deber general de prestarlo y a ser sometido, en su caso, a una prestación social sustitutoria» (FJ 7).

aplicabilidad inmediata de los principios constitucionales y los derechos y libertades fundamentales, que no son meramente programáticos, sino que vinculan a todos los poderes públicos (arts 9.1 y 53.1 de la Constitución). El hecho mismo de que el art. 53.2 CE prevea un sistema especial de tutela a través del recurso de amparo, que incluye la objeción de conciencia, lo confirma.

La STC 54/1985, de 11 de abril, en el recurso previo de inconstitucionalidad contra el Proyecto de Ley Orgánica de reforma del art. 417 bis del Código Penal, reconoce la objeción de conciencia con plenos efectos, con carácter general. Una de las deficiencias de la regulación proyectada, según los recurrentes, es la falta de previsión de la objeción de conciencia en la despenalización del aborto. Frente a esta preocupación, el TC afirma que el derecho a la objeción de conciencia “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 este Tribunal en diversas ocasiones, la Constitución es directamente aplicable, especialmente en materia de derechos fundamentales” (FJ 14).

Tras este amplio reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia, en 1987 el TC dio un giro copernicano, adoptando una posición restrictiva en las STC 160/1987 y 161/1987, ambas de 27 de octubre, que versan sobre aspectos relativos al ejercicio de la objeción de conciencia militar. Esta última señala que “la objeción de conciencia con carácter general, es decir, el derecho a ser eximido del cumplimiento de los deberes constitucionales o legales por resultar ese cumplimiento contrario a las propias convicciones, no está reconocido ni cabe imaginar que lo estuviera en nuestro Derecho o en Derecho alguno, pues significaría la negación misma de la idea del Estado. Lo que puede ocurrir es que sea admitida excepcionalmente respecto a un deber concreto” (FJ 3).

La jurisprudencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo ha seguido esta doctrina, y aunque señala la relación con la libertad de conciencia, no reconoce más supuestos que los previstos normativamente. Así, esta Sala de lo Contencioso-administrativo no admite objeciones de conciencia frente a las obligaciones tributarias (ni siquiera cuando está basada en la alegación de que se destinan los impuestos a sufragar gastos militares)²⁵⁸, frente a la tramitación del expediente matrimonial de personas del mismo sexo (una vez legalizados estos matrimonios)²⁵⁹, frente a la asignatura Educación para la ciudadanía²⁶⁰ o la aplicación de un “programa de intercambio de jeringuillas” en un centro penitenciario²⁶¹.

²⁵⁸ STS 11 de mayo de 1988.

²⁵⁹ STS 11 de mayo de 2007.

Sin embargo, esta tendencia, ya consolidada, parece tener una excepción, y es la objeción de conciencia farmacéutica. Las oficinas de farmacia tienen el deber de disponer y dispensar ciertos medicamentos²⁶², y aunque no se prevé la objeción de conciencia en el ámbito farmacéutico, la STC 145/2015, de 25 de junio, la ha admitido cuando se trata de la llamada “píldora del día después”. Lo que hace el TC es encuadrar la objeción de conciencia de estos profesionales en la objeción de conciencia de la LO 2/2010, que prevé la objeción a la práctica de un aborto, por considerar que se trata de un medicamento abortivo. Cabe pensar que se trata de una sentencia con un alcance limitado a productos considerados abortivos, y que los farmacéuticos no podrán objetar en relación con otro tipo de medicamentos o productos sanitarios²⁶³, aunque esto puede ser discutible.

5.2. Supuestos legalmente previstos de objeción de conciencia sanitaria.

El ordenamiento jurídico español contempla dos supuestos de objeción de conciencia en el ámbito sanitario: el primero es a la interrupción voluntaria del embarazo, desde la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, y el segundo supuesto puede ser, a la prestación de ayuda para morir, si finalmente se aprueba el anteproyecto que está en trámite.

²⁶⁰ STS 11 de febrero de 2009. El TC ha inadmitido los recursos de amparo planteados por los padres que alegan la objeción de conciencia, generalmente por motivos formales o de falta de interés legítimo. *Cfr.* Las SSTC 28/2014, de 24 de febrero, 41/2014, de 24 de marzo, y 57/2014, de 5 de mayo.

²⁶¹ STS 21 de junio de 2010.

²⁶² La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, establecía que “las oficinas de farmacia vienen obligadas a dispensar los medicamentos que se les demanden tanto por los particulares como por el Sistema Nacional de Salud en las condiciones reglamentarias establecidas” (art. 2.1 y 84.3). Esta ley ha sido derogada por el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, que tampoco ha regulado la objeción de conciencia farmacéutica, y que sigue estableciendo la obligación de las oficinas de farmacia de dispensar los medicamentos que se les soliciten (art. 3.1 y 86.3). El deber de dispensación, así como el previo de disposición, es un deber legal, vinculado al interés público sanitario, y responde a la necesidad de protección de la salud, derecho reconocido en el art. 43 CE. España. La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 178, de 27 de julio de 2006.

²⁶³ Para más comentarios, ver GÓMEZ SALADO, Miguel Ángel. «Los farmacéuticos y la objeción de conciencia para el suministro de la “píldora del día después” comentario a la sentencia del Tribunal Constitucional de 25 de junio de 2015», *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 9, 2015., p. 151-155; NAVARRO-MICHEL, Mónica, “¿Objeción de conciencia de los farmacéuticos? Comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2015, de 25 de junio”, *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 35, 2015, pp. 132-138; MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier. «La objeción de conciencia farmacéutica en la reciente jurisprudencia constitucional española: otra oportunidad perdida», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 39, 2015, p. 8; Díez FERNÁNDEZ, José Antonio. «La constitucionalidad de la objeción de conciencia farmacéutica», *ob.cit.*; SÁNCHEZ-TARAZAGA, Jorge. «Algunas reflexiones acerca de la sentencia del Tribunal Constitucional de 25 de junio de 2015 sobre la objeción de conciencia y la PDD», *ob. cit.*

5.2.1. Al aborto: la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

Con la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo²⁶⁴ (en adelante LO 2/2010), los profesionales de salud españoles ven reconocida, por primera vez, la objeción de conciencia en un texto legal sanitario. Con anterioridad a este reconocimiento de manera específica, en la práctica, la invocación irregular de la objeción repercutía en el funcionamiento del sistema, y eventualmente, dificultaba la realización del acto sanitario que daba lugar a la invocación del pretendido derecho de objeción.

El art. 19.2 LO 2/2010 reconoce a los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo el derecho a ejercer la objeción de conciencia²⁶⁵, siempre y cuando el acceso y la calidad asistencial de la prestación no resulte perjudicada. La objeción de conciencia debe declararse explícitamente y deben establecerse las condiciones, requisitos, formalidades y plazos para poder ejercerla²⁶⁶. En el caso de la objeción de conciencia al aborto, se articulan los siguientes parámetros de su ejercicio: la decisión de rechazo o negativa a realizar la intervención sanitaria de interrupción del embarazo debe ser a título individual; el profesional debe estar implicado directamente en la interrupción voluntaria del embarazo y, a su vez, el profesional médico debe manifestar con antelación y por escrito la objeción de conciencia.

Quedan descartadas las objeciones de conciencia institucionales, lo cual es coherente con la exigencia de que exista un conflicto de conciencia individual, aunque algunos autores defienden esa posibilidad²⁶⁷. Aunque las personas jurídicas también pueden

²⁶⁴ España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, de 4 de marzo de 2010, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 55, pp. 21001 a 21014.

²⁶⁵ Art.19.2 LO 2/2010:

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

Los profesionales sanitarios directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabadas por el ejercicio de la objeción de conciencia. El rechazo o la negativa a realizar la intervención de interrupción del embarazo por razones de conciencia es una decisión siempre individual del personal sanitario directamente implicado en la realización de la interrupción voluntaria del embarazo, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. En todo caso los profesionales sanitarios dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción del embarazo.

Si excepcionalmente el servicio público de salud no pudiera facilitar en tiempo la prestación, las autoridades sanitarias reconocerán a la mujer embarazada el derecho a acudir a cualquier centro acreditado en el territorio nacional, con el compromiso escrito de asumir directamente el abono de la prestación”.

²⁶⁶ CASADO GONZÁLEZ, María (comp.)., *Estudios de Bioética y Derecho*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2000, p. 88.

²⁶⁷ RUIZ MIGUEL, Alfonso. *El aborto problemas constitucionales*, Madrid: Centro de estudios constitucionales, 1990, pp. 111-112.

ser titulares de derechos fundamentales en la medida que sea compatible con su naturaleza (el honor, por ejemplo), no ocurre lo mismo con la objeción de conciencia. En realidad, los centros privados pueden soslayar enteramente este problema; les basta con no solicitar la autorización administrativa correspondiente, para quedar fuera de la red de centros abortistas.

Es interesante destacar aquí una propuesta de modificación de la LO 2/2010, y su recorrido, para conocer las preocupaciones generadas en torno a la ley, aunque finalmente no tuvo el alcance pretendido. El 20 de diciembre de 2013, el gobierno español presentó un Anteproyecto de ley para la modificación de la LO 2/2010 bajo el título "*Anteproyecto de Ley Orgánica de protección de la vida del concebido y derechos de la mujer embarazada*"²⁶⁸. Este Anteproyecto suponía un retroceso en la legislación del aborto, y pretendía convertirla de nuevo en una ley restrictiva de supuestos, como era antes de la regulación de 2002 (actualmente es una regulación de supuestos y plazos).

Según este Anteproyecto, el aborto sólo estaría permitido en los supuestos de violación, situaciones de peligro físico o psíquico para la madre y graves malformaciones del feto. Desaparece el "aborto libre"²⁶⁹ hasta las 14 semanas, y sólo sería posible interrumpir la gestación dentro de las 22 semanas, pese a malformación. Las situaciones de peligro deben estar acreditadas por dos informes médicos por distintos profesionales de salud. Y las malformaciones del feto están tasadas, bajo una lista evaluando la gravedad de la malformación y la permisibilidad (o no) de interrumpir el embarazo bajo estas circunstancias. Las menores de edad pierden la capacidad para consentir por sí mismas y necesitan, además de encontrarse en alguno de los supuestos permitidos y cumplir con los requisitos legales, el consentimiento de sus padres para hacerlo.

Las diferencias entre la LO 2/2010 y el Anteproyecto derivan del objeto de regulación. En la ley orgánica vigente se regula la interrupción voluntaria del embarazo, mientras que en el Anteproyecto el objeto de la norma es la protección del concebido no

En contra, GARCIA HERRERA, Miguel Ángel. *La objeción de conciencia en materia de aborto*, Vitoria Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 1991, p. 121; VOLTAS BARÓ, Dolores. «La objeción de conciencia y el aborto: sobre el concurso de plazas para las Unidades de Reproducción Humana», Cuadernos de Bioética, vol. 1, núm. 2, 1990, p. 43; ESCOBAR ROCA, Guillermo. *La objeción de conciencia en la Constitución española*, ob. cit., p. 382; Gómez Sánchez, GÓMEZ SÁNCHEZ, Yolanda. «Reflexiones jurídico-constitucionales sobre la objeción de conciencia y los tratamientos médicos», *Revista de Derecho Político*, núm. 42, 1997, p. 63; ORTEGA GUTIÉRREZ, David. «La objeción de conciencia en el ámbito sanitario», *Revista de Derecho Político*, núm. 45, 1999, pp. 105-147, p. 113.

²⁶⁸ España. Ministerio de Justicia, *Anteproyecto de ley orgánica para la protección de la vida concebido y de los derechos de la mujer embarazada*, España, Madrid: 2014. Vid. SAURA ESTAPÀ, Jaume. «El estándar jurídico internacional sobre la interrupción voluntaria del embarazo reflexiones en perspectiva de derechos humanos», ob. cit., p. 2.

²⁶⁹ Utilizo la expresión "aborto libre" para los supuestos previstos en art. 14 de la LO 2/2010: Interrupción voluntaria a petición de la mujer: "1. Podrá interrumpirse el embarazo dentro de las primeras catorce semanas de gestación a petición de la embarazada (...)", sin condicionantes.

nacido y la maternidad. Al margen de los cambios condicionantes en el ejercicio del aborto, y a propósito del estudio de este trabajo, la objeción de conciencia en el ámbito de las profesiones sanitarias se ha ido adaptando a las necesidades de médicos y pacientes.

Por si no fueran suficientes los cambios en la legislación del aborto, la objeción de conciencia también se reformula, y se ve reforzada. En caso de que el Anteproyecto hubiese entrado en vigor, la objeción de conciencia hubiese adquirido un plus en la legislación. La figura de la objeción de conciencia se recogería en un instrumento legal del Estado, reflejando unos parámetros muy marcados, bajo una casuística ya prevista donde se definen las causas y consecuencias de su ejercicio. El Anteproyecto, entre muchas otras propuestas, pretendía la modificación de los artículos 4 y 5 de Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias²⁷⁰, que transcribo por su relevancia al objeto de este trabajo:

Uno. *Se incluye el apartado c bis) en el artículo 4, que queda redactado como sigue:*

Artículo 4 bis. Objeción de conciencia.

1. Los profesionales sanitarios, por cuenta propia o ajena, tienen el derecho a ejercer la objeción de conciencia para inhibirse de cualquier participación o colaboración en la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos despenalizados en el Código Penal.
2. El rechazo o la negativa a participar o colaborar en la interrupción voluntaria de un embarazo, es una decisión individual del profesional sanitario, que debe manifestarse anticipadamente y por escrito. Dentro de la semana siguiente a comenzar la prestación de su servicio en un centro o establecimiento, público o privado, acreditado para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, el profesional sanitario deberá comunicar, por escrito, al director del centro, si ejerce su derecho de objeción de conciencia, quedando esa decisión incorporada, con carácter reservado, a su expediente personal. Dicha información constituye un dato personal que, en ningún caso, podrá ser objeto de tratamiento, registro o publicación y estará protegida con las garantías previstas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de

²⁷⁰ En ninguno de los artículos originales, con vigencia actual, se recoge la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. En el art.4 de la Ley 44/2003, se definen los “principios generales” de las profesiones sanitarias y en el art.5 de la Ley 44/2003 los “principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos”. Tiene su lógica la propuesta de modificación de estos dos artículos del Anteproyecto pues, una decisión tan taxativa y rígida como pautar el ejercicio de la objeción de conciencia a unos cánones tan estáticos no pude dejar de contemplarse en la ley que regula el “ejercicio” de las profesiones sanitarias, el ejercicio de los posibles objetores futuros. *Vid.* España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal²⁷¹.

3. Desde ese momento, podrá abstenerse de realizar cualquier participación o colaboración en la interrupción voluntaria del embarazo. No obstante, podrá modificar su decisión en cualquier momento, poniéndolo en conocimiento del director del centro de forma inmediata o, en todo caso, antes de iniciarse la prestación.

4. En cualquier caso, sin perjuicio de lo anterior, los profesionales sanitarios que ejerzan ese derecho dispensarán tratamiento y atención médica adecuados a las mujeres que lo precisen antes y después de haberse sometido a una intervención de interrupción voluntaria del embarazo”.

Dos. Se incluye el apartado c bis) en el artículo 5, que queda redactado como sigue:

“Los profesionales sanitarios podrán ejercer el derecho a la objeción de conciencia en los supuestos de interrupción voluntaria del embarazo en los términos establecidos en la Ley. El ejercicio de este derecho deberá realizarse con carácter general, sin que, en ningún caso, puedan admitirse modulaciones del mismo, cualesquiera que sean los centros o establecimientos sanitarios en los que esos profesionales presten sus servicios”.

Estos cambios introducirían una definición pautada del ejercicio de la objeción de conciencia. La objeción ha de ser individual pero, según el Anteproyecto, los profesionales sanitarios podrían ejercerla por cuenta propia o ajena. El ejercicio ajeno abre las puertas al ejercicio de la objeción de conciencia de manera institucional, pues una institución sanitaria puede pronunciarse por sus trabajadores y declararse objetora a determinadas prestaciones sanitarias –en este caso el aborto –. Además, el alcance subjetivo de la objeción de conciencia se ve ampliado en el Anteproyecto. Ya no sería necesario que el profesional se viera directamente implicado en el acto para poder ser objetor de conciencia, sino que pueden “inhibirse de cualquier participación o colaboración” en la interrupción voluntaria del embarazo. El proyectado precepto permite acogerse a la objeción de conciencia no solo a los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras) sino también al personal auxiliar que no esté implicado directamente (camilleros, administrativas...etc.).

El Anteproyecto no permite las distintas modalidades de objeción parcial (en algunos casos) y sobrevenida (antes no se era objetor, pero ahora sí), sino que se designa la

²⁷¹ Ley derogada, salvo excepciones, por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre. Cfr. España. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 298, de 14 de diciembre de 1999; España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018, pp. 119788-119857.

objeción de conciencia con carácter general. Ésta supone una objeción total, en este caso a interrumpir embarazos, en todo momento desde que se ejerce la profesión. Al entrar a trabajar en un centro, la objeción de conciencia ha de comunicarse con un máximo de una semana después de la incorporación. Se comunica de forma expresa y por escrito al director del centro, encargado de gestionar y custodiar la información del profesional, que se adjuntará en el expediente profesional del mismo siguiendo la normativa de protección de datos. El Anteproyecto fue aprobado el 23 de diciembre de 2013 en el Consejo de Ministros, pero finalmente no fue presentado²⁷².

5.2.2. A la prestación de ayuda para morir: la proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia.

Tras varios intentos fallidos²⁷³, la regulación de la eutanasia parece que próximamente verá la luz en España. Los dilemas acerca del tratamiento al final de la vida, especialmente la muerte digna del paciente es un tema candente y relevante, que los dos partidos políticos que forman la coalición política que gobiernan hoy el país ya destacaron en sus programas. Desde su toma de posesión en la XIII legislatura, el grupo parlamentario socialista no tardó en presentar la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia²⁷⁴, publicada en el Boletín Oficial de las Cortes Generales, el 31 de enero de 2020.

Según su exposición de motivos, esta ley orgánica “pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista, a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia”. La legalización y regulación de la eutanasia se asientan sobre la compatibilidad de unos principios esenciales que son, por un lado, los derechos fundamentales a la vida y a la integridad física y moral, y por otro, los bienes

²⁷² El entonces presidente Mariano Rajoy, anunció la retirada del Proyecto de Ley, y poco después su ideólogo el Ministro de justicia Alberto Ruiz Gallardón presentó su dimisión. Vid. “Por qué el Gobierno de España retiró la polémica ley antiaborto”, *BBC*, de 24 de septiembre de 2014. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2014/09/140923_por_que_retiran_ley_aborto_espania_bd (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

²⁷³ El 3 de mayo de 2018 el Grupo Parlamentario Socialista presentó una Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*, 21 de mayo de 2018, núm. 270-1, que caducó por fin de la legislatura.

El 19 de julio de 2019 presentó nuevamente la proposición, publicada en *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*, serie B, 30 de julio de 2019 Núm. 64-1. Unos meses después, el Parlamento de Cataluña presentó una Proposición de Ley de reforma de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de despenalización de la eutanasia y la ayuda al suicidio (Orgánica), *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*, serie B, núm. 16-1, de 20 de diciembre de 2019.

²⁷⁴ España. Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia. Presentada por el Grupo Parlamentario Socialista. *Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados*, 31 de enero de 2020, núm. 46-1, pp. 1 a 11. La proposición de ley está dividida en cinco capítulos; diecinueve artículos; dos disposiciones adicionales; una disposición transitoria única; una disposición derogatoria única; y, cuatro disposiciones finales.

constitucionalmente protegidos como la dignidad, la libertad y la autonomía de la voluntad. Para el grupo parlamentario socialista, que la presenta, conjugar los principios esenciales anteriores no solo es posible, sino que resulta necesario.

La regulación propuesta, a mi entender, aprende de los errores que habitualmente se cometen al regular una cuestión en la que convergen dos enfoques, la bioética y la penalista. Con este proyecto no se pretende únicamente despenalizar la conducta que implica dar ayuda necesaria para morir²⁷⁵. La despenalización es, desde luego, el primer paso de muchos actos sanitarios, que primero están recogidos en el Código Penal, y luego llegan a admitirse, tras un intenso debate bioético (ocurrió también con la interrupción voluntaria del embarazo). La proposición de ley va un paso más allá y regula los requisitos y las garantías que deben concurrir para salvaguardar la absoluta libertad de la decisión, descartando presiones externas de cualquier tipo.

La norma propuesta regula la solicitud de ayuda para morir; legisla el fin de la vida de un paciente que, o bien padece una enfermedad grave, crónica e invalidante que genera sufrimiento constante e insoportable, sin posibilidad de curación o mejoría, o bien en una situación de enfermedad grave e incurable, que genera igualmente sufrimiento constante e intolerable, cuando existe un pronóstico de vida limitado. Cuando el paciente lo solicita, y se cumplan los requisitos y garantías que la proposición de ley determina, ese paciente podrá recibir ayuda para morir. Las formas previstas de la prestación de ayuda para morir son la administración directa al paciente de una sustancia para causar su muerte, o la prescripción o suministro para que el paciente se la pueda autoadministrar.

La eutanasia conecta con un derecho fundamental de la persona como es la vida (art. 15 CE), pero también con otros derechos y valores, igualmente protegidos constitucionalmente, como son la integridad física y moral de la persona (art. 15 CE), la dignidad humana (art. 10 CE), el valor superior de la libertad (art. 1.1 CE) el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE) y, por último, la libertad ideológica y de conciencia (art. 16 CE). Y es en la protección de este último derecho fundamental, en lo que se va a centrar este epígrafe, pues la proposición de ley introduce una regulación de la objeción de conciencia, lo cual es, a mi entender, muy grato e innovador. Me centro aquí en la objeción de conciencia frente a la petición de ayuda al suicidio, que no sólo se prevé, sino que además se regula, controlando su ejercicio.

²⁷⁵ La Disposición Final Primera del texto proyectado modificaría el art. 143.4 Código penal: "No será punible la conducta del médico o médica que con actos necesarios y directos causare o cooperare a la muerte de una persona, cuando esta sufra una enfermedad grave e incurable o enfermedad grave, crónica e invalidante, en los términos establecidos en la normativa sanitaria".

El art. 3 de la regulación propuesta, que contiene las definiciones, incluye la de la objeción de conciencia sanitaria, como “el 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” (letra f).

La definición es estándar, pero innegablemente mejora la regulación actual, que es inexistente. No sólo se reconoce la posibilidad profesional, y el derecho, de objetar en conciencia, sino que además expone de qué modo (individual), basado en qué (sus propias convicciones) y a qué actos (los regulados en la propia ley). De este modo quedan superados aquellos vacíos legales que hasta el momento se han intentado suplir con recomendaciones y normas deontológicas y bioéticas²⁷⁶.

En el capítulo cuarto, titulado “Garantía en el acceso a la prestación de ayuda para morir”, con cuatro artículos, se refiere en el último de ellos, el art. 16, al “Ejercicio del derecho a la objeción de conciencia sanitaria por las y los profesionales sanitarios implicados en la prestación de ayuda para morir” que, por su novedad e importancia, paso a transcribir:

“1. Las y los profesionales sanitarios directamente implicados en la prestación de ayuda para morir tendrán el derecho de ejercer su objeción de conciencia sanitaria.

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”.

Este primer apartado del art. 16 define las características del ejercicio de la objeción de conciencia y los requisitos que se deben cumplir para poder acogerse a la misma; el segundo, expone la creación de un Registro, su finalidad, control y objeto, que analizaré en la tercera parte de esta tesis doctoral, al hilo del análisis del registro de objetores. A algunos de esos aspectos le falta concreción y detalle, por lo que subsisten algunas dudas.

La primera duda gira en torno al personal sanitario directamente implicado, y si el personal no médico puede ser objetor. En principio, la referencia al “profesional sanitario

²⁷⁶ ROYES QUI, Albert. «La eutanasia y el suicidio médicamente asistido», *Psicooncología*, núm. 5, 2000, p.323. De este mismo autor, «Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico», *Revista de calidad asistencial*, vol. 20, núm. 7, 2005, pp. 391-395.; CASADO GONZÁLEZ, María y ROYES QUI, Albert. *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*, Barcelona: OBD, 2003; ALBERT MÁRQUEZ, Marta María. «El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el contexto de «nuevos derechos»: Los casos del aborto y la eutanasia», *Revista de la Universidad de Deusto*, vol. 66, núm. 2, 2018. pp. 153-189; MARÍN CASTÁN, María Luisa. «La polémica decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre el caso Gard y otros contra el Reino Unido», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 43, 2018, pp. 261-276.

directamente implicado” permite incluir no solo a los médicos sino también al personal de enfermería, aunque aquellos son los encargados de suministrar los medios para poner fin a la vida del paciente. Pero la cuestión no es ni tan clara, ni tan simple.

Creo que falta alguna referencia a los farmacéuticos, que pueden desempeñar aquí una función muy importante. Si la prestación de ayuda para morir puede hacerse mediante la prescripción de una sustancia que el paciente se puede autoadministrar, sea en el centro sanitario, sea en su domicilio (art. 3.g).ii.), esta sustancia, necesariamente medicamentosa, será adquirida en una farmacia. Resulta sorprendente que esta proposición de ley no mencione la objeción de conciencia farmacéutica. Ahora bien, si entendemos que los farmacéuticos se pueden acoger a la objeción de conciencia sanitaria prevista en la ley de interrupción voluntaria del embarazo, como afirma el TC en la sentencia 145/2015 (que ha sido comentada en el apartado sobre la jurisprudencia del TC), también habrá que admitir que los farmacéuticos se pueden acoger a la objeción de conciencia prevista en esta propuesta normativa. En buena técnica legislativa, sin embargo, creo que el legislador debería concretar cuales son los profesionales que se pueden acoger a la objeción de conciencia, aparte del médico o médica.

La segunda duda es acerca de la objeción de conciencia sobrevenida y la parcial. El precepto solo contempla la manifestación anticipada a la prestación, aunque entiendo que la sobrevenida también debe tener cabida aquí²⁷⁷. También cabría pensar en una objeción parcial que puede tener lugar si, por ejemplo, un profesional considera que la administración del fármaco mortal es contraria a sus convicciones, pero acaso pueda prescribirlo.

La tercera duda es de tipo procedimental o formal. Cuando se hace referencia a que la manifestación de la objeción se haga “por escrito”, no queda claro de qué tipo de escrito se trata. Se han hecho numerosas apreciaciones bioéticas y deontológicas sobre estas cuestiones²⁷⁸, y considero que la ambigüedad del Proyecto es poco práctica. La proposición de ley demuestra la voluntad de regularizar esta cuestión de forma burocrática, aparentando una automatización verificable.

²⁷⁷ A favor de la objeción de conciencia sobrevenida, con carácter general, RODRÍGUEZ-TOUBES MUÑIZ, Joaquín. «Tolerancia de la objeción de conciencia sobrevenida», *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 14, 1997, p. 744; PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio. «Desobediencia civil y objeción de conciencia», *Anuario de Derechos Humanos*, núm. 5, 1988-1989, p. 389; CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. *La objeción de conciencia: estructura y pautas de ponderación*, Barcelona: Bosch editor, 2013, pp.125-126.

²⁷⁸ CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*, ob. cit.; MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA, Koldo. «Medicina y objeción de conciencia», *Anales del sistema sanitario de Navarra*, vol. 30, núm. 2, 2007; CABELLO-ROBERTSON, Javiera. «Objeción de conciencia institucional y regulación en salud: ¿existe una excusa legítima frente al aborto en Chile?», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 43, 2018, pp. 163-164.

La poca concreción del medio de manifestación de la objeción de conciencia es una reminiscencia de la desregulación actual de la cuestión. Esta manifestación, “por escrito”, emula las recomendaciones de Comités, Organizaciones y demás organismos e instituciones, que desde los primeros debates de la cuestión aceptaron la objeción de conciencia. Actualmente, esta simplicidad se ha vuelto demasiado simplista. Con ello quiero poner de manifiesto la necesidad de proceder a la informatización del formulario en que se expresa la voluntad de objetar, pese a que el formato físico siga existiendo.

De todos modos, el escrito es una declaración de voluntad que se inscribirá en un Registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, que las administraciones sanitarias crearán. No se concreta cuál es el contenido de esa declaración, más allá de la necesaria manifestación de la voluntad de objetar a la práctica. De nuevo, los debates suscitados sobre la cuestión con anterioridad parecen no haber creado ningún precedente. La principal incógnita, a mi entender, es si este tipo de declaración deberá ser: (a) enunciativa sin ningún tipo de explicación por parte del profesional del porqué de su objeción; o, (b) justificativa en la que, además de declararse objetor, el profesional deba exponer los motivos de su objeción de conciencia. A mi entender ambos tipos, enunciativa y justificativa, tendrían cabida en el enunciado ambiguo de la proposición de ley, aunque no puedo obviar que una declaración justificativa despertará recelo ante los profesionales. El pudor profesional, amparado por la intimidad de los profesionales, debe decaer frente a la justificación de los Registros profesionales, que no es otro que “facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir” (art. 16.2).

Parece indispensable que los profesionales objetores den una explicación, aún escueta, que sirva de justificación de su negativa a realizar una prestación, para indicar que objetan por motivos de conciencia, sin necesidad de explicar si son motivos religiosos o no los que le llevan a objetar. Dicha información no perjudicaría al objetor de conciencia, dado que la información contenida en la declaración es proporcional a la voluntad de no realizar la prestación obligatoria. Sobre esta cuestión volveré en la tercera parte de este trabajo.

5.3. Relación con la desobediencia civil.

En un sistema democrático, el ordenamiento jurídico prescribe normas válidas para todos, independientemente de las opiniones morales de cada ciudadano. Sin embargo, puede aparecer un conflicto entre el deber jurídico y las convicciones morales de una persona, que conduce, o bien a incumplir la norma jurídica o bien a actuar de manera

contraria a las propias convicciones. Este conflicto es el núcleo o punto de partida tanto de la objeción de conciencia como de la desobediencia civil. La decisión de no obedecer la norma legal alegando razones de desacuerdo moral es una opción que pertenece al ámbito de la ética individual y no del derecho²⁷⁹. En este epígrafe analizo la relación entre la desobediencia civil y la objeción de conciencia, y presento los criterios que permiten su distinción.

5.3.1. Criterios de delimitación de ambas figuras.

Sin perjuicio de que los orígenes del debate se encuentran reflejados en la tragedia de Antígona²⁸⁰ (siglo V a.C.), el punto de partida del desarrollo de la idea de la desobediencia civil como doctrina política liberal, se suele atribuir a John Locke²⁸¹ cualquier ciudadano que sea oprimido por los gobernantes de un Estado tiene derecho a desobedecer sus mandatos, e incluso rebelarse contra ellos. Sobre la base de esta doctrina, Henry David Thoreau introdujo el concepto de desobediencia civil en un ensayo titulado *Resistance to Civil Government*, conocido como *Civil Disobedience* (1849). En éste, propuso la desobediencia frente a los impuestos federales, destinados a financiar la guerra contra México, por ser contraria a sus convicciones morales personales. Consideraba que la invasión del territorio mexicano por parte del gobierno estadounidense era injusta y, ante la disyuntiva de desobedecer las leyes injustas (que imponen impuestos para financiar una guerra de invasión) o incumplirlas, optaba por esta opción. Esta desobediencia era un acto de oposición individual a la norma jurídica injusta, una vez agotados todos los recursos legales de oposición legal.

La desobediencia civil, además de ser un acto individual, tiene una dimensión colectiva y ha servido para impulsar el cambio social. Cabe destacar, en este sentido, el movimiento en favor de los derechos civiles de las personas afroamericanas en Estados Unidos, liderado por Martin Luther King, o la lucha contra el *apartheid* en Sudáfrica, con

²⁷⁹ Resulta útil la lectura del *Preámbulo* en CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu (coords.). *Documento sobre objeción de conciencia en sanidad*, ob. cit.

²⁸⁰ Creonte, Rey de Tebas, prohíbe dar sepultura a Polinices, muerto durante el asedio a Tebas, como castigo por su traición. La hermana de éste, Antígona, decide enterrarlo, desobedeciendo así la ley humana (acto prohibitivo de entierro), para cumplir la ley divina (enterrar a los muertos). Enterado Creonte de la desobediencia de Antígona, y sorprendido de que haya incumplido la norma a sabiendas, la condena a ser enterrada viva.

²⁸¹ LOCKE, John. «The Second Treatise of Government: An Essay Concerning the True Original, Extent, and End of Civil Government». En: LASLETT, P (ed.). *Two Treatises of Government*, Cambridge: Cambridge University Press, 1689 (2010), pp. 417-419.

Nelson Mandela al frente. En estos ejemplos históricos, actos de desobediencia²⁸², de denuncia social y política, culminaron en la introducción de cambios jurídicos importantes.

Estas ideas nos permiten apuntar varios elementos clave en la desobediencia civil. El supuesto de hecho básico coincide con el de la objeción de conciencia: una persona realiza un acto contrario a una norma jurídica, haciendo (o generalmente, no haciendo) lo que la norma le prohíbe (u obliga). Pero la motivación del acto y su finalidad son distintas, así como la reacción ante la sanción, y estos son los criterios que nos permiten distinguir ambas figuras, aunque en la práctica pueda resultar difícil.

El primer criterio es el de la motivación del acto: en la desobediencia civil existe una motivación política, que es la percepción de injusticia de la norma, mientras que la objeción de conciencia tiene un fundamento moral. El segundo criterio es la finalidad perseguida por el acto²⁸³: en la desobediencia es la denuncia de una norma que se considera injusta; se trata de una protesta pacífica que busca la modificación o derogación de la norma. En cambio, la finalidad de la objeción es proteger la conciencia individual, no cambiar la norma. El tercer criterio es la reacción del sujeto frente a la sanción impuesta por el ordenamiento jurídico. Quien desobedece acepta voluntariamente la sanción que conlleva el incumplimiento de la norma²⁸⁴; quien objeta no acepta la sanción²⁸⁵, que concibe como injusta.

Estos criterios ponen de manifiesto que la desobediencia es un mecanismo que, sin cuestionar el ordenamiento jurídico, ejerce una presión para la modificación de normas injustas. Frente a desobediencia, la objeción de conciencia es una “actitud esencialmente egoísta”²⁸⁶, pues lo único que pretende el objetor es una autorización para actuar según sus convicciones. Por su perfil individual o puntual, el ordenamiento jurídico puede reconocer la objeción de conciencia, pero no la desobediencia. Además, el reconocimiento de la desobediencia civil, como fenómeno legítimo, llevaría a una dificultad teórica adicional. Si las

²⁸² La desobediencia civil requiere de una acción colectiva, sea a través de la suma de muchos actos individuales de desobediencia como el de Rosa Parks, que desobedeció la norma sobre segregación en el autobús (no fue la única), sea a través de la organización de actos organizados colectivamente, como la marcha sobre el puente de Alabama.

²⁸³ Consideran que este es el criterio determinante GASCÓN ABELLÁN, Marina Felicia. *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, *ob. cit.*, p.57; RUIZ MIGUEL, Alfonso. «Sobre la fundamentación de la objeción de conciencia», *Anuario de Derechos Humanos*, 1986, vol.4, 1986, p. 404; CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. *La objeción de conciencia: estructura y pautas de ponderación*, *ob. cit.*, p. 43-44, aunque complementándolo con el de la aceptación de la sanción.

²⁸⁴ Según GARCÍA COTARELO, Ramón. *Resistencia y desobediencia civil*, Madrid: Eudema, 1987, p. 156, la aceptación de la sanción pone de manifiesto la lealtad al ordenamiento jurídico. El desobediente no cuestiona la legitimidad del ordenamiento jurídico ni el orden democrático.

²⁸⁵ Para las consecuencias penales que pudiera tener, CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias», *ob. cit.*, pp. 65-66.

²⁸⁶ CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. *La objeción de conciencia: estructura y pautas de ponderación*, *ob. cit.*, p. 46.

normas jurídicas prevén la respuesta del ordenamiento a la desobediencia civil²⁸⁷, entonces no hay, propiamente, desobediencia civil, por lo que perdería su fuerza moral para llamar la atención sobre normas consideradas injustas.

En los estados democráticos el cauce previsto para los cambios legislativos es el parlamentario, pero las minorías no siempre pueden acceder a los cauces legales decisorios, y eso les puede conducir a la desobediencia. Es uno de los problemas fundamentales de la Teoría de la Justicia: la disociación entre el Derecho positivo (el ser) y el Derecho justo (el deber ser). Cuando no coinciden, o cuando se percibe una falta de coincidencia (la norma es injusta), surgen dos problemas, relacionados entre sí, aunque distintos: por un lado, el deber de obediencia al Derecho y, por otro, como se articula el disenso en las democracias.

5.3.2. El deber de obediencia al Derecho.

La desobediencia civil puede estar poco justificada en las democracias liberales, que cuentan con mecanismos legales de participación política²⁸⁸. Sin embargo, la desobediencia va más allá de la participación política, y puede ser concebida como una cláusula de cierre de los derechos reconocidos y sancionados constitucionalmente. Según Dworkin²⁸⁹, una persona tiene derecho a desobedecer el Derecho cuando el Derecho vulnere indebidamente sus derechos contra el Estado. El derecho a la desobediencia no sería tanto un derecho individual, sino la característica de los derechos que el ciudadano tiene frente al Estado.

El individuo puede tener varias razones para cumplir las normas: legales, morales y políticas. La razón legal deriva del cumplimiento de la norma para evitar la sanción, que se puede imponer por el Estado, incluso por la fuerza; la moral de lo que el individuo está dispuesto a hacer o no hacer según sus convicciones más profundas, y la razón política, que deriva del consenso en que se basa el poder.

²⁸⁷ Que normalmente pasa por algún tipo de atenuación o suspensión de la sanción correspondiente RAWLS, John. *La justicia como equidad, una reformulación*, ob. cit., p. 339; HABERMAS, Jürgen. *Conferencia moral y acción comunicativa*, Barcelona: Península, 1985, p. 106.

²⁸⁸ RAZ, Joseph. *The authority of law*, Oxford: Clarendon press, 1979, pp. 272-273 distingue: en aquellos Estados en los que los derechos de participación política no estén debidamente garantizados (porque no existen o porque resultan defectuosos), el ejercicio de la desobediencia civil está justificado; en las democracias liberales, donde la participación política goza de la debida protección jurídica, no cabe justificar la existencia de un derecho a la desobediencia civil.

²⁸⁹ DWORKIN, Ronald Myles. *Taking rights seriously*, Harvard: Harvard University Press, 1977, p. 192.

Existe un deber jurídico de obediencia al Derecho, considerado como la obligación general que vincula a todos los miembros de la comunidad con el ordenamiento jurídico²⁹⁰. La obligación del ciudadano es obedecer las leyes aplicables en su país y, a su vez, esta obediencia se traduce en el respeto a la autoridad^{291 292}.

Como el individuo mantiene su autonomía moral frente al Estado, el principio de obediencia a las leyes no puede ser universalizado. Así, el ejercicio de la desobediencia civil va a depender del juicio que cada persona haga sobre la justicia inherente a las normas jurídicas y las instituciones políticas vigentes en un momento histórico determinado. Se trata de una decisión individual, y en este sentido se entienden las palabras de Luigi Ferrajoli²⁹³ cuando decía que, desde un punto de vista normativo, la desobediencia civil entraña antes una libertad que un deber. Ningún ordenamiento puede sostenerse sin la adhesión de los ciudadanos. Pero de esta afirmación no cabe deducir que cada ciudadano deba adherirse a las leyes.

Aún hoy sigue vivo el debate acerca de la obligación moral de obedecer el derecho²⁹⁴. González Vicén defiende, como tesis principal, que existen argumentos morales para desobedecer la ley, pero no para obedecerla: “si un derecho entra en colisión con la exigencia absoluta de la obligación moral, este derecho carece de vinculatoriedad y debe ser desobedecido. O dicho en otras palabras: mientras que no hay un fundamento ético para la obediencia al derecho, sí hay un fundamento ético absoluto para la desobediencia”²⁹⁵.

En una sociedad democrática, se asume que normas jurídicas y morales parten de un consenso de la población, pues ésta escogió a sus representantes a través del voto y,

²⁹⁰ RODRÍGUEZ PANIAGUA, José María. «El deber jurídico y la obligación de obediencia al Derecho», *Anuario de filosofía del derecho*, núm. 14, 1969, p. 67-82; PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio. «Los deberes fundamentales», *DOXA: Cuadernos De Filosofía del Derecho*, núm. 4, 1987, p. 329-341; KELSEN, Hans. *Teoría general del derecho y del Estado*. Ciudad de México: UNAM, 1995.

²⁹¹ FERNÁNDEZ GARCÍA, Eusebio. *La obediencia al derecho*, Madrid: Civitas, 1987, pp. 57-64.

²⁹² MARSHALL, Geoffrey. *Constitutional Theory*. Oxford University Press, 1981, p. 255. Marshall entendía la obediencia al derecho en “un sentido suficientemente amplio y general, la cuestión de porqué se ha de obedecer la ley y cuáles son los límites de tal obediencia, se convierte en otra acerca de los fundamentos de la autoridad política”.

²⁹³ FERRAJOLI, Luigi. *Derecho y razón. Teoría del garantismo penal*, 10ª edición, Madrid: Trotta, 2018, p. 930.

²⁹⁴ TRUJILLO-PÉREZ, Isabel. «Estado de derecho y práctica de los derechos humanos. Estado de derecho y práctica de los derechos humanos», *Persona y derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos*, núm. 73, 2015, pp. 161-180.; y de la anterior autora su última aportación al respecto, TRUJILLO-PÉREZ, Isabel. «La ética profesional y la autonomía de lo jurídico en el derecho del futuro». *Persona y derecho*, núm. 79, 2018, pp. 179-199; GOMEZ ABEJA, Laura. «Una consideración actual sobre el deber de obediencia al derecho. La justificación de su incumplimiento por razones éticas», *Revista de estudios políticos*, núm. 177, 2017, pp. 89-111.; CIANCIARDO, Juan. «Control de constitucionalidad, conexión entre derecho y moral y relevancia del derecho», *Revista Auctoritas Prudentium*, núm. 17, 2017, pp. 134-146; NOGUERA, María Eugenia. «Desarrollo moral y sociedad», *Revista educación en valores*, núm. 29, 2018, pp. 39-51.; GAITÁN ZAMORA, María Ayelén y HERNÁN VICCO, Miguel. «Objeción de conciencia como necesidad legal: una mirada desde el aborto», *Revista Bioética*, vol. 27, núm. 3, 2019, pp. 528-534.

²⁹⁵ GONZÁLEZ VICÉN, Felipe. «La obediencia al Derecho». En: GONZÁLEZ VICÉN, Felipe (coord.). *Estudios de filosofía del Derecho*, Tenerife: Universidad de La Laguna, 1979, p. 388.

por tanto, están de acuerdo con las normas emanadas del gobierno. Ello demuestra, según Atienza, que la democracia no sólo es un procedimiento de toma de decisiones, sino que es un imperativo moral. La figura del Estado democrático es un elemento significativo en la ecuación de obediencia al derecho. En este mismo sentido, Rhodes²⁹⁶, Dworkin²⁹⁷, Habermas²⁹⁸, Estevez²⁹⁹, así como Peces-Barba³⁰⁰. Sin embargo, la desobediencia civil también puede estar justificada en un Estado democrático, como también defienden estos autores. Hasta tal punto es así que Peces-Barba defiende que se utilice la Constitución como medio justificativo de la desobediencia civil.

Atienza recuerda que la razonabilidad de las decisiones o imperativos éticos no puede someterse simplemente a nuestra concepción ética, es preciso que se someta a pruebas de racionalidad, universalidad, imparcialidad y libertad³⁰¹, y concluye que existen argumentos morales para ambas posturas frente a la ley, obedecer y desobedecer.

Obedecer y desobedecer la ley, en el ámbito de salud, son actitudes que pueden quedar desdibujadas en la objeción de conciencia. Clasificar la desobediencia como ejercicio de la objeción de conciencia o como una desobediencia civil tiene consecuencias, centradas en la actitud del ordenamiento frente al objetor. Si la ley, de forma expresa o implícita, permite que un profesional se abstenga de actuar en su labor profesional, amparado en la objeción de conciencia, esta actitud cumple con todos los cánones de la desobediencia, pero las consecuencias quedarán amortiguadas, al contrario de lo que ocurre con el desobediente. El desobediente civil actúa en el mismo sentido que el objetor, pero su voluntad es distinta, pues el verdadero desobediente propugna un cambio de la ley. Por eso se niega a obedecerla y, en teoría, asume las consecuencias de su conducta, al margen de considerarlas justas o injustas.

²⁹⁶ RHODES, Rosamond. «Justice in medicine and public health», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 14, núm. 1, 2005, pp. 13-26.

²⁹⁷ DWORKIN, Ronald. *Civil Disobedience: The Case against Prosecution*, New York: The New York Review of Books, vol. 10, núm. 2, 1968; Y del mismo autor, *Los derechos en serio*, Barcelona: Ariel, 2002.

²⁹⁸ HABERMAS, Jürgen. «La desobediencia civil, piedra de toque del Estado democrático de Derecho». En: HABERMAS, Jürgen. *Ensayos Políticos*, Barcelona: Península, 1997, pp. 51-71.

²⁹⁹ ESTÉVEZ ARAUJO, José Antonio; GORDILLO, José Luís; CAPELLA, Juan Ramón. «Los derechos un poco en broma: las razones de Peces-Barba sobre obediencia, desobediencia y objeción», *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 6, 1989, pp. 479-486.

³⁰⁰ PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio. «Desobediencia civil y objeción de conciencia», *ob. cit.*, pp. 159-176.

³⁰¹ SINGER, Peter. *Ética práctica*, Madrid: Akal, 2009, pp.106-109.

5.4. ¿Objeción de conciencia a un deber negativo o desobediencia civil? El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En España, la materia sanitaria está articulada a través de un entramado de competencias, por un lado, exclusivas del Estado, y por otro, atribuidas a las CCAA. El Estado tiene atribuidas competencias exclusivas en el ámbito de la sanidad exterior, la regulación de las bases y la coordinación general de la sanidad, y la legislación sobre productos farmacéuticos (art. 149.1.16 CE)³⁰². Por tanto, corresponde al Estado establecer los principios, criterios y requisitos mínimos para dotar al sistema sanitario de unas características generales y comunes, que las comunidades autónomas pueden desarrollar. La concreción de las competencias está regulada en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que explica, en su Preámbulo, el objetivo de la articulación del servicio sanitario teniendo como eje las comunidades autónomas, al decir que “el eje del modelo que la Ley adopta son las Comunidades Autónomas, administraciones suficientemente dotadas y con la perspectiva territorial necesaria, para que los beneficios de la autonomía no queden empeñados por las necesidades de eficiencia en la gestión. El Sistema Nacional de Salud se concibe como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinados”. Esa coordinación se articula a través del Consejo interterritorial del sistema nacional de salud, creado por dicha ley, y cuya regulación se encuentra en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud³⁰³.

Las CCAA pueden asumir competencias sobre sanidad (art. 148.21ª CE), y así lo han hecho paulatinamente a través de sus Estatutos de Autonomía (EA)³⁰⁴. Además, les corresponde el desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior, así como la ejecución de la legislación del Estado sobre

³⁰² Art.149.16 y 17 CE:

“16. Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad. Legislación sobre productos farmacéuticos.
17. Legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.”

³⁰³ España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, de 29 de mayo de 2003, núm.128, pp. 20567 a 20588.

³⁰⁴ Este proceso se completó con un modelo estable de financiación, a través de la aprobación de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con Estatuto de Autonomía, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 313, de 31 de diciembre de 2001, pp. 50383-50419.

productos farmacéuticos³⁰⁵. El Sistema Nacional de Salud (SNS) en el Estado español está configurado por diecisiete sistemas sanitarios, materializado desde 2001, mediante el proceso de transferencia de competencias por parte del Estado hacia las CCAA. Esto significa que la ejecución de salud pública está a cargo del servicio de salud de cada una de las CCAA que han aceptado la transmisión de la competencia, y que a su vez configuran el SNS del territorio español³⁰⁶. Estos diecisiete sistemas sanitarios conviven con diferentes recursos y funcionamiento, entrañando un desigual acceso a la protección de la salud y vulnerando el derecho constitucional de la asistencia sanitaria. La descentralización de la competencia en materia de salud supone una brecha sanitaria entre las CCAA³⁰⁷.

Los titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria son, según el art. 1 LGS: a) todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional, y b) los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, que tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

El art. 3 de la Ley 16/2003, en su redacción originaria, atribuía la titularidad de esos derechos a “a) Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el artículo 12 de la Ley Orgánica 4/2000. b) Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación. c) Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos”.

Este precepto fue modificado por el Real Decreto-Ley 16/2012, eliminando la universalidad y gratuidad de las prestaciones sanitarias, excluyendo a los inmigrantes sin

³⁰⁵ España. Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Esta ley deroga la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, de 27 de julio de 2006, núm.178, pp. 28122 a 28165.

³⁰⁶ Es una competencia que asume la CCAA reflejada en sus Estatutos de Autonomía (EA), tal y como muestran los arts. 147.2 c) y 147.2 d) de la CE. En el caso de Cataluña las medidas que el RDL 16/2012 presenta están reguladas por: Ley 18/2009, 22 de octubre sobre salud pública y Ley 21/2000, 7 de julio, de acceso a la asistencia sanitaria de cobertura pública a cargo del servicio catalán de salud, tal y como especifica el art.162 del EACAT.

Para una comprensión rápida puede consultar: <http://www.congreso.es/consti/estatutos/sinopsis.jsp?com=67>. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³⁰⁷ Esta brecha sanitaria se ha visto avivada por tres circunstancias. En primer lugar, los recortes presupuestarios derivados de la crisis económica iniciada en 2008; en segundo lugar, la aprobación del Real Decreto-Ley 16/2012, que eliminó la universalidad de las prestaciones sanitarias, excluyendo de las mismas a los inmigrantes sin papeles y amplió los copagos tanto en la cartera de servicios como en los medicamentos; y, por último, el colapso del actual sistema de financiación económica. Cfr. LÓPEZ CASANOVAS, Guillem y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, Beatriz. «El sistema sanitario en España: entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer», *Papeles de economía española*.2016, núm. 147, pp.190-211, y Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública. *Los Servicios sanitarios de las CCAA 2017*. Informe XIV de la Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública. Disponible en: www.fadsp.org (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

papeles y ampliando los copagos tanto en la cartera de servicios como en los medicamentos, como veremos seguidamente.

5.4.1. Cambios introducidos por el Real Decreto Ley 16/2012.

El Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones³⁰⁸ (en adelante RDL 16/2012), modifica el art. 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de manera que los emigrantes sin papeles quedaban fuera de los supuestos que dan lugar a adquirir la condición de asegurado, estableciendo en su tercer apartado que «En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente». Seguidamente, en el quinto apartado, se refiere a los emigrantes sin papeles, aunque sin decirlo expresamente: «Aquellas personas que no tengan la condición de asegurado o de beneficiario ... podrán obtener la prestación de asistencia sanitaria mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial».

Por tanto, los emigrantes sin papeles perdieron la condición de asegurados y solo podían, a partir de ese momento, acceder a las prestaciones sanitarias a cambio del pago de una contraprestación o cuota. Con el RDL 16/2012 solo son asegurados las personas que paguen las cuotas de la Seguridad Social. Asimismo, se obvia el derecho a la protección a la salud, reflejado en tratados y convenios internacionales, como por ejemplo la DUDH, que ha sido objeto de análisis en el capítulo I de este trabajo.

Antes de analizar la reacción contraria de los colectivos profesionales sanitarios, parece oportuno hacer unas observaciones al RDL 16/2012. He elaborado una tabla sobre el impacto causado en el servicio nacional de salud, para conocer el distinto seguimiento de

³⁰⁸ España. Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, referente a medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, *Boletín Oficial del Estado*, 24 de abril de 2012, núm. 98, páginas 31278 a 3131. Cabe apuntar que con posterioridad se ha introducido mediante el Real Decreto 1192/2012 la aceptación de la atención a los inmigrantes con enfermedades crónicas clarificando que “no se privará a estas personas del acceso a urgencias y visitas sucesivas en el caso de enfermedades crónicas”.

España. Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, 4 de agosto de 2012, núm. 186, páginas 55775 a 55786.

la normativa que han hecho las distintas CCAA.

Color	Significado	CCAA
Verde	CCAA que rechazan la aplicación del Real Decreto. Han dispuesto herramientas para atender a personas en situación irregular, más allá de las situaciones permitidas: de emergencia y atención a menores y embarazadas.	Andalucía Asturias Cataluña Euskadi
Amarillo	Aplican el Real Decreto pero articulan un sistema mínimo para “supuestos especiales” un poco más allá de los supuestos permitidos. P.ej.: atención a los enfermos crónicos.	Castilla y León Comunidad Valenciana Galicia Navarra
Rojo	Exclusión de personas inmigrantes en situación irregular y nacionales sin tarjeta sanitaria. A excepción de la atención en las tres situaciones permitidas.	Aragón Baleares Canarias Cantabria Castilla-La Mancha Extremadura La Rioja Madrid Región de Murcia



Imagen IX. Tabla de realización propia a partir de los datos que proceden del “Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor”, estudio realizado el 28 de noviembre de 2012 por Médicosdelmundo.org, del cual también procede el mapa³⁰⁹.



Año	Número de tarjetas sanitarias dadas de baja
2012	873
2013	676
2014	749

Imagen X. Compuesta por una tabla y un gráfico, ambos de realización propia, a partir de los datos del informe “Dos años de reforma Sanitaria: más vidas humanas en riesgo” de Médicosdelmundo.org³¹⁰ (abril 2014).

³⁰⁹ Informe completo en Médicos del Mundo, “Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor”, 2012, disponible online: <http://www.sanidadpublicaasturias.org/wp-content/uploads/2012/11/Mapa-sem%C3%A1foro-exclusi%C3%B3n-sanitaria-MdM-V27N1630-2.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³¹⁰ Informe completo en Médicos del mundo. *Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del Real Decreto 16/2012 en la Comunidad de Madrid*, 2014. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/85-2015-02-23-documentos_Derribando_la_exclusion_sanitaria_okv2_a58192e3.pdf

5.4.2. La reacción de los colectivos profesionales.

La primera respuesta, al margen de la interpelación judicial de muchas CCAA como veremos a continuación, fue la de profesionales sanitarios que alzaron la voz en contra de tales medidas, invocando la objeción de conciencia para que este colectivo reciba la atención sanitaria necesaria, amparándose en que “la salud es un derecho universal”³¹¹. Y pese a que esta última afirmación es indudablemente cierta, la figura ética y jurídica a la que se han acogido estos profesionales sanitarios entiendo que no es la adecuada.

Estos profesionales manejan la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (CDFUE), en concreto, el derecho de asistencia sanitaria recogido en el precepto de “solidaridad”, calificando este listado de derechos como valores indivisibles y universales, que se atribuyen a las personas por el mero hecho de serlo, sin necesidad de ostentar nacionalidad o pertenecer a un colectivo concreto. También hacen su propia interpretación del entonces vigente Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social³¹², donde traducen sanidad como un derecho universal, que según el colectivo no debe ir ligado a la cotización ni a la residencia, por lo que el Estado debe garantizar una cobertura de alcance universal y gratuita.

La movilización de trabajadores del sector sanitario siguió con la manifestación de su inconformismo hacia el Real Decreto mediante comunicados, movilizaciones y campañas reivindicativas. Todas las actuaciones propugnadas por los profesionales sanitarios entorno a la nueva medida normativa, proclaman un uso de la figura de la objeción de conciencia de manera indiscriminada, errónea e inaceptable desde la perspectiva jurídica de su ejercicio. Los profesionales de la salud vinculados a la organización Médicos del mundo interpretan su obligación principal, aquello que citan como “derecho a curar”, en relación con el acceso de “todos” a la prestación sanitaria. Manifiestan que la voluntad del colectivo, al revés que el instaurado por el Real Decreto que sería “no actuar”, es el de actuar desobedeciendo la ley.

(Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³¹¹ Pueden verse las distintas acciones de la organización Médicos del Mundo, Campaña “Derecho a curar”, disponible en <https://www.medicosdelmundo.org/colabora/campanas/derecho-curar#:~:text=M%C3%A9dicos%20del%20Mundo%20promueve%20una,por%20el%20copago%20de%20medicamentos>. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³¹² Vid. el artículo 2 de la LGSS: “Principios y fines de la Seguridad Social”.

España. Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, de 29 de junio de 2004, núm. 154. Esta disposición está actualmente derogada, y el texto vigente es España. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, de 31 de octubre de 2015, núm. 261, con la posterior Corrección de errores del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. *Boletín Oficial del Estado*, de 11 de febrero de 2016, núm.36, pp. 10898 a 10900.

El problema de este colectivo impulsor fue olvidar que el término “objeción” se refiere al acto concreto que interpela la moral personal. En este caso, el objetivo de su desobediencia era no cumplir con las pautas que bajo el título normativo se obligaba (la no asistencia sanitaria al inmigrante indocumentado) atendiendo, en primer lugar, al beneficio del paciente y, además, instaurando esta actitud como una conducta colectiva³¹³.

Estos profesionales sanitarios argüían el derecho a objetar no sólo negándose a cumplir la obligación legal por ser contraria a su conciencia, sino que además pretendían ser eximidos de la obligación y de la pena de desobediencia. Y, por ende, cuestionaban la legitimidad de la norma. Se puede concluir que la actitud sostenida de desobediencia civil para con las obligaciones de no hacer, que el citado Real Decreto les impone.

Otros sectores advierten que, ante la estricta interpretación de ley, “atender a los inmigrantes ilegales sin tarjeta sanitaria comportaría un delito de desobediencia civil, no una objeción de conciencia”³¹⁴. Apreciando, con esta postura, que la técnica utilizada por sus compañeros de profesión no es la adecuada. Surge pues la consideración de que se está desobedeciendo una norma de rango estatal, no se actúa bajo la influencia de convicciones y creencias ideológicas y sí bajo la prudencia profesional. La actitud que propugnan no es propiamente una objeción, sino un acto desobediente, pues asumen las posibles represalias y acepta la inviabilidad de la objeción de conciencia en estos casos.

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria creó un registro de objetores contra el RDL 16/2012 por considerarlo contraria a la lealtad que el médico debe tener a su paciente y que siempre debe prevalecer. En agosto de 2012, se habían inscrito 1.650 profesionales, de los que la mayoría eran médicos de familia (72%), pero también había otros especialistas, como psiquiatras (3%), internistas (3%), o pediatras (2%), así como personal de enfermería (4%)³¹⁵. Según la semFYC opina lo imprescindible es el cambio normativo, por vulnerar gravemente “los principios éticos de beneficencia, justicia y no maleficencia”. La referencia misma a la exigencia de cambios normativos revela que, con independencia de la terminología utilizada, estamos ante un supuesto de desobediencia

³¹³ NAVARRO CASADO, Sílvia. «Las cosas por su nombre: ¿objeción de conciencia o desobediencia civil?», ob. cit., p. 97.

³¹⁴ Entrevista concedida a la Cadena Ser de Máximo González Jurado, presidente del Consejo General de Enfermería, el día 9 de Agosto de 2012. Acceso a la entrevista en http://www.cadenaser.com/sociedad/articulo/atender-inmigrantes-tarjeta-sanitaria-puede-considerarse-objecion-conciencia/csrsrpor/20120809csrsrsoc_11/Tes (Última consulta el 29 de diciembre de 2020).

³¹⁵ Según las cifras publicadas por la propia Sociedad Española de Medicina y Familia Comunitaria. Madrid: 30 de agosto 2012. Disponible en: https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/10/NP_servicios_inmigrante.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

civil³¹⁶. Otros autores mantienen que la negativa al cumplimiento de esta normativa encaja en la objeción de conciencia positiva³¹⁷.

5.4.3. La reacción de algunas comunidades autónomas.

Una vez sintetizada la inquietud de un sector profesional ante las medidas sanitarias introducidas por el Real Decreto-Ley 16/2012, cabe analizar el abordaje de la cuestión en dos CCAA: Cataluña y el País Vasco. La elección de estas CCAA se debe a los siguientes motivos. Cataluña fue la primera de las comunidades que reaccionó frente al Real decreto, con un dictamen expeditivo a nivel temporal denunciando la inconstitucionalidad de la regulación normativa. El País Vasco desplegó el Real decreto a través de una normativa que burlaba las previsiones estatales, en aras de garantizar la igualdad y la equidad en materia sanitaria.

En el caso de Cataluña, el *Consell de Garanties Estatutaries* presenta un dictamen, el 1 de junio de 2012³¹⁸, sobre el Real Decreto-Ley 16/2012, declarando que es un texto jurídico inconstitucional. El *Dictamen* se divide en cinco apartados: los dos primeros hacen referencia a la inconstitucionalidad del Real Decreto por cuestiones de forma, enfatizando que “este texto no se sostiene sobre un derecho subjetivo constitucional en el sentido establecido por la CE, siendo este el contenido de los decretos”³¹⁹. Y los tres apartados restantes detallan la inconstitucionalidad basándose en argumentos de fondo. Así, se destaca lo siguiente: la salud es competencia de cada CA, en este caso Cataluña; las prestaciones ofertadas hacia el usuario o beneficiario de los servicios de salud deben ser designadas por la CA; las garantías de uso racional de medicamentos y productos sanitarios corresponde a la CA (así como las medidas de ajuste en los servicios) y el marco del personal estatutario de los servicios de salud corresponde a la CA. Todo lo anterior se recoge también en los artículos 162.3.a) y 136.a) del Estatuto de Autonomía de Cataluña

³¹⁶ Idea que he defendido en NAVARRO CASADO, Sílvia. «Las cosas por su nombre: ¿objeción de conciencia o desobediencia civil?», *ob. cit.*, p. 98.

³¹⁷ SEOANE RODRÍGUEZ, José Antonio. «Objeción de conciencia positiva», *ob. cit.*, p. 37. Este autor después aclara (p. 44 y ss) que, aún mejor, sería un supuesto de lícito atípico, según la definición de ATIENZA RODRÍGUEZ, Manuel y RUÍZ MAÑERO, Juan. *Ilícitos atípicos. Sobre el abuso del derecho, el fraude de ley y la desviación de poder*, Madrid: Trotta, 2006, p. 115; y de los anteriores, su última revisión del tema en «Argumentación e ilícitos atípicos», *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 45, 2000; y, TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. «Nuevas formas de objeción de conciencia. ¿A grandes males, grandes remedios?», *ob. cit.*, p. 15.

³¹⁸ Consell De Garanties Estatutàries de Catalunya, *Dictamen 6/2012, 1 de juny, sobre el Reial Decret llei 16/2012, 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions*. Disponible en: http://www.parlament.cat/actualitat/actes/CGE_decretSanitatEstat.pdf. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³¹⁹ *Ibidem*, p. 24.

(EAC)³²⁰, donde se muestra que la competencia es propia de las CCAA, Cataluña en este caso, y que, por tanto, el Real Decreto-Ley supera el ámbito competencial atribuido por la Constitución. Por ello es inconstitucional y contrario a los artículos 14 y 43 CE³²¹.

El *Dictamen* desgrana uno por uno todos aquellos aspectos que el Real Decreto recoge: las garantías y el uso racional de los medicamentos, las facultades ejecutivas de la prestación farmacéutica, el depósito de medicamentos de la farmacia hospitalaria de un hospital que pertenece a la red de salud pública, la ordenación y resolución de las solicitudes de centros – unidades docentes (así como su posible revocación)–, el Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud y las normas de calidad y seguridad para la donación, obtención, evaluación, procesamiento, preservación, almacenamiento y distribución de células y tejido humano (atribuidas a la Organización Nacional de Trasplantes, excepto en aquellos casos en los que la promoción y la publicidad de soporte corresponden de manera exclusiva al ámbito territorial Estatal e incide en una concreta CA). En el *Dictamen* se enumeran los inconvenientes que presentan todas estas reformas en el ámbito sanitario, como el riesgo potencial para la salud pública (excluyendo a un grupo social de recibir atención sanitaria), el peligro de colapsar los servicios de urgencias en los hospitales, así como el encarecimiento de realizar una consulta crónica como urgente, etc. Este Real Decreto se considera una norma oportunista, además de invadir competencias propias de la Cataluña.

El RDL 16/2012 supone la negación al derecho de salud colectivo de los inmigrantes sin autorización de residencia, pero empadronados, con la excepción del trato humanitario de urgencias. No debemos olvidar que una obligación en derecho internacional protege a los menores y a las mujeres embarazadas (hasta después del parto)³²².

La configuración del derecho a la salud ha de someterse al test de proporcionalidad cuando se introduzcan límites y diferencias sustanciales entre colectivos no diferenciados en

³²⁰ Cataluña. Estatuto de autonomía, *Diario oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 4680, de 20 de julio de 2006.

³²¹ Art. 14 CE:

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”.

³²² Recuérdese el art. 25 DUDH:

“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

la CE³²³. Ciertamente, los extranjeros no tienen los mismos derechos que los nacionales, y las leyes pueden tener en consideración la situación administrativa del extranjero para modular su alcance y contenido. Ahora bien, en el caso de los preceptos recogidos en el Real Decreto-Ley relativos al derecho de salud, la limitación resulta exorbitante e introduce diferencias que resultan contrarias al principio de igualdad. En concreto, el derecho de los extranjeros a la protección de la salud y la aplicación del test de proporcionalidad queda en entredicho. La condición básica es justificar la limitación del derecho y el trato desigual; sin embargo, el preámbulo del Real Decreto-Ley no explica la razón para privar de la protección de la salud de las personas empadronadas en un municipio que no tengan autorización de residencia. Sin una razón específica, podemos llegar a la conclusión que el objetivo es el ahorro económico, tal como queda recogido en el Preámbulo del Real Decreto-Ley.

El primero de los requisitos de la proporcionalidad es la idoneidad o adecuación de la limitación del derecho para conseguir la finalidad que se persigue. Si el objetivo es negar el derecho a la salud a las personas empadronadas, pero en situación irregular (excepto en los supuestos humanitarios) para la contención del gasto público, el preámbulo no valora ni menciona este elemento, y limita la crítica a la gestión deficiente del ámbito comunitario. Sin embargo, diversos informes técnicos³²⁴ han demostrado que el gasto sanitario de los inmigrantes es inferior a la de los nacionales, entre otras razones porque su media de edad es más joven. Así que resulta difícil relacionar directamente el gasto sanitario de los inmigrantes irregulares con los grandes problemas financieros de la sanidad.

En segundo lugar, el test de proporcionalidad reclama la necesidad de restricciones para conseguir el objetivo. Si aquello que se pretende es controlar los abusos, se debe controlar las técnicas de empadronamiento o llevar un control directo de los beneficiarios en salud pública, ejemplo de ello son las CCAA de Andalucía y Navarra, que no utilizaban padrones para facilitar el acceso al sistema de salud, y recientemente han modificado dicho acceso para asimilar el sistema al resto de CCAA. Pero en ningún caso es necesario limitar el derecho de acceso a la salud de los extranjeros en situación irregular, puesto que esta medida no es eficaz para conseguir incrementar el ahorro en sanidad.

Finalmente, haciendo una ponderación de argumentos a favor y en contra de esta limitación del derecho a la salud, observamos que, ante el argumento del posible ahorro, ya

³²³ Cfr. *La STC 19/1982*, 5 de mayo 1982 FJ 6, en la cual el TC interpreta que los principios rectores no son «normas sin contenido» y hace falta «tenerlos presentes en la interpretación tanto de las restantes normas constitucionales como de las leyes».

³²⁴ Uno de estos Informes es el realizado por Médicos del Mundo. *Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del Real Decreto 16/2012 en la Comunidad de Madrid*, 2014, *ob. cit.* Otro de ellos el realizado por REPULLO LABRADOR, José Ramón. «Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014», *Gaceta Sanitaria*, núm. 28, suplemento núm. 1, 2014, pp. 62-68.

mencionado, existen motivos importantes para considerar negativa esta medida, por el perjuicio tanto para la salud de los interesados como para la salud pública de la sociedad como consecuencia de dejar a una parte de la población sin control médico, además de perjudicar la gestión del servicio de urgencia médicas en sanidad³²⁵. Además, se debe tener en cuenta el gran número de desempleados que hay en España, y esta situación asume un papel especial porque la mayoría de los españoles que no posean tarjeta sanitaria no tendrán derecho a la protección sanitaria.

Por su parte, la CA de Euskadi transpone y mejora, desde la perspectiva de los derechos humanos, los condicionantes que el RDL 16/2012 impone, mediante la aprobación del Decreto 114/2012, de 26 de junio, *sobre el régimen de las prestaciones sanitarias en el Sistema Nacional de Salud*³²⁶. El Gobierno plantea un conflicto positivo de competencia ante el Tribunal Constitucional el 20 de julio de 2012, por entender que la aprobación de ese Decreto vasco vulnera la distribución de competencias de la CE y, en consecuencia, debe ser declarado inconstitucional³²⁷. El debate se centra en los preceptos relativos al ámbito subjetivo del acceso a las prestaciones sanitarias en el País Vasco y en la determinación de las condiciones de financiación de las prestaciones farmacéuticas, aunque aquí solo nos centraremos en el primer aspecto.

Las letradas de los servicios jurídicos de la Administración del País Vasco presentan sus alegaciones, que paso a resumir muy brevemente. En primer lugar, las CCAA son garantes del derecho proclamado en el art. 43 CE, pues dicho título no es competencia exclusiva del legislador estatal. La igualdad real de las condiciones sanitarias promovidas para los ciudadanos se promueve desde la universalidad de las prestaciones y los servicios sanitarios³²⁸. Y las CCAA pueden actuar bajo esa premisa.

En segundo lugar, y se desprende de la idea anterior, en caso de coincidencia del ámbito competencial del Estado y la CA, esta última absorbe las atribuciones del Estado. Es decir, el contenido básico del derecho a la asistencia sanitaria es competencia exclusiva del Estado según el art. 149.1.1 CE, pero la regulación de las bases sanitarias corresponde a la CA según el art. 149.1.16 CE. Se modifica o se deja sin vigencia en la CA vasca la condición de asegurado y beneficiario y, fiel a su regulación anterior al RDL 16/2012, se continúa

³²⁵ AJA, E. *Voto particular al dictamen 6/2012, op.cit.*

³²⁶ Euskadi. Decreto 114/2012, de 26 de junio, sobre régimen de las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, *Boletín Oficial del País Vasco*, núm. 127, de 29 de junio de 2012.

³²⁷ En concreto, se plantea la inconstitucionalidad de los siguientes artículos del Decreto 114/2012: art. 1, apartados 2 y 3 del art. 2, art. 3, art. 4, art. 5, apartados 1 y 2 del art. 6, apartados 2 y 3 del art. 7, apartados 1 y 2 del art. 8 y su disposición final primera.

³²⁸ Consúltense la jurisprudencia al respecto, en concreto la *STC 98/2004*, de 25 de mayo (FJ 5) y la *STC 7/1985*, de 16 de julio (FJ 2).

aplicando el RD 25/1988, que permite acceder al sistema sanitario vasco a quienes carecían de recursos económicos y no tenían la condición de beneficiarios de la protección de la seguridad social.

En tercer lugar, las letradas consideran que el núcleo esencial de la interposición del recurso es el debate competencial en esta materia, se encuentra la interpretación de los arts.149.1.16 y 17 CE reducidos al fundamento competencial de las acciones normativas (tanto estatales como autonómicas) sobre la asistencia sanitaria. Los artículos anteriores suponen que: el RDL 16/2012 interpela un ámbito subjetivo del derecho a la asistencia sanitaria pública, gratuita y las medidas relacionadas con la financiación de la prestación farmacéutica. Y el Decreto 114/2012 modela este ámbito subjetivo previendo una mayor aportación pública en la financiación de las prestaciones farmacéuticas.

La defensa vasca persigue, a diferencia del Dictamen catalán, la desestimación del conflicto planteado. Aunque hubiese sido más razonable solicitar la inconstitucionalidad del RDL 16/2012, no fue ésta la opción seguida, sino que se interpone ante el TC un conflicto positivo de competencia, con la intención de que se mantenga un desdoblamiento de la regulación, que permitiría seguir aplicando el decreto vasco.

5.4.4. La STC 134/2017, de 16 de noviembre.

La STC 134/2017, de 16 de noviembre, reconoce que es la primera vez que se plantea ante este Tribunal de un modo directo el análisis de la naturaleza de la regulación del elemento subjetivo del sistema de salud. Con anterioridad, el TC se había pronunciado sobre el ámbito objetivo del sistema sanitario³²⁹, dejando un margen de mejora a las CCAA³³⁰, pero no cuestionaban la determinación de las condiciones de asegurado o beneficiario.

Esta STC declara, por un lado, la inconstitucionalidad y nulidad del precepto que amplía el ámbito subjetivo del acceso a las prestaciones sanitarias en el ámbito del País Vasco, mediante la modificación de las condiciones de asegurado y beneficiario del sistema de salud. La normativa estatal en la materia, el Real Decreto-ley 16/2012, cumple la doble

³²⁹ STC 63/2017 y 64/2017, ambas de 25 de mayo.

³³⁰ En la *Sentencia 64/2017* (FJ 5), el TC declaró que “La exigencia de permitir a las Comunidades Autónomas un margen suficiente para ejercer su competencia de desarrollo legislativo de normativa básica se predica en el conjunto de la materia – en este caso, la “sanidad interior”–, no de aspectos concretos de la misma. No son infrecuentes los casos en los que resulta posible que la legislación básica agote legítimamente el espacio normativo en un subsector de aquella materia”.

exigencia de ser formal y materialmente básica³³¹, lo cual cierra toda posibilidad a las normas autonómicas de desarrollo para configurar un sistema de acceso a las prestaciones sanitarias que no atienda a los conceptos de asegurado o de beneficiario que en ella se establecen.

El TC recuerda que el derecho a la salud recogido en el art. 43 CE es un mandato enunciado como principio rector y no como derecho fundamental³³². Lo que significa que el legislador es el encargado de determinar las técnicas para alcanzar el objetivo, que no es otro que el acceso a la prestación sanitaria en condiciones de igualdad entre los ciudadanos.

La STC 134/2017 señala que la normativa básica estatal, que en este caso es el art. 3 del RDL 16/2012, “cierra toda posibilidad a las normas autonómicas de desarrollo para configurar un sistema de acceso a las condiciones sanitarias que no atienda a los conceptos de asegurado o beneficiario establecidas en las bases” (FJ 5). Pese a que el art. 18 del Estatuto de Autonomía del País Vasco otorga competencia en el desarrollo y la ejecución en materia de salud, el Decreto 114/2012 vulnera de forma secundaria o derivada la Constitución, pues infringe el RDL 16/2012, dictado por el Estado en ejercicio de sus competencias propias. El reconocimiento a las CCAA de competencias para desarrollar o mejorar el ámbito prestacional fijado por el Estado “se halla en función de los límites y del alcance que las propias bases del Estado fijen, con fundamento en los intereses generales que aquél justifique”.

En definitiva, todo aquello que el Dictamen de Cataluña tilda de inconstitucional, y que el País vasco opta por no batallar, pero sí ejecutar con una normativa paralela a la legislación estatal, queda desarticulado por la jurisprudencia constitucional. La casuística resolutive desentramada en esta última STC demuestra que la normativa estatal desvirtúa las competencias ejecutivas de las CCAA. Se ignoran los verdaderos problemas causados por las medidas de recorte que, contrariamente a su objetivo, no es otro que la mejora del sistema sanitario perjudica a los usuarios del sistema, de forma grave. La normativa vasca, Decreto 114/2012, demuestra que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios no es la respuesta principal, ni su ejercicio resuelve el problema.

Esta STC cuenta con dos votos particulares, y resulta interesante destacar sus argumentos. El primer voto particular, formulado por cuatro magistrados³³³, considera que el

³³¹ Estos condicionantes expuestos en el art. 1 del RDL 16/2012, de 20 de abril modifican el texto del art. 3 y crean un art. 3 bis en la Ley 16/2003 lo que configura dicha exigencia como formal y materialmente básica, pues se encuentra recogida en una norma con rango de Ley y se traduce, por la doctrina constitucional como materialmente básica. Véase *STC 139/2016*, de 21 de julio en concreto (FJ 5B).

³³² Como ya hiciera en las *STC 84/2013*, de 11 de abril, (FJ 6) y *STS 139/2016*, 21 de julio (FJ 8).

³³³ Los Magistrados don Fernando Valdés Dal-Ré, don Juan Antonio Xiol Ríos, don Cándido Conde-Pumpido

RDL 16/2012 supone un intenso retroceso en la promoción y desarrollo del derecho a la protección de la salud (contenido en el art. 43.1 CE) tanto en términos objetivos (por el declive del contenido de las prestaciones) como subjetivos (referido a los titulares de los derechos de acceso). Para los emitentes del anterior voto, este RDL 16/2012 se aparta del principio de universalidad de asistencia sanitaria perjudicando el valor de la dignidad de la persona (art. 10.1CE), el derecho fundamental a la vida, a la integridad física y a la moral (contenidos en el art. 15 CE). Consideran que con las nociones de asegurado y beneficiario de la seguridad social se involuciona en la concepción del Estado español, que pasa de ser un estado del bienestar (*Welfare State*) a un *Workfare State*, con la excusa de lograr la eficiencia y la racionalización económicas.

El segundo voto particular³³⁴, formulado por un único magistrado, tiene dos motivos de disenso. En el primero, centrado en la distribución de competencias entre bases y desarrollo normativo autonómico, sostiene que la reserva estatal de las bases de la sanidad no impide a las CCAA establecer una mejora, en su ámbito territorial, del mínimo común denominador. En el primero, sobre la delimitación del ámbito subjetivo del derecho de acceso a las prestaciones sanitarias, el magistrado Narváez sostiene que, al margen de la condición de beneficiario o asegurado, la CA vasca consigue que una serie de colectivos que no se encuentran identificados en las categorías anteriores mediante la normativa básica estatal reciban idénticas prestaciones sanitarias. Las CCAA pueden aumentar el ámbito subjetivo de las prestaciones sanitarias. Además, el magistrado sostiene que la práctica totalidad de las CCAA, bien *de iure*, bien *de facto*, han ido configurando, de modo progresivo, un sistema de prestación asistencial que ha venido a extender el ámbito subjetivo de la cobertura a sectores desfavorecidos de la sociedad, hasta el punto de ampliar la efectividad del derecho de acceso a las prestaciones sanitarias a colectivos de personas que, conforme al RDL 16/2012, no la recibirían. Por ello, considera que “se ha dejado pasar una nueva oportunidad de elaborar una construcción de lo básico que devuelva algún sentido a la distribución de competencias sobre la indicada materia”³³⁵.

A modo de conclusión de este apartado, se puede percibir que existen diferentes maneras de interpretar y ejecutar este Real Decreto. En primer lugar, está la interpretación estatal respaldada en unas medidas urgentes que limitan el derecho a la salud, mediante la limitación del acceso a las prestaciones sanitarias a los no portadores de la tarjeta sanitaria, así como una serie de medidas de organización y gestión interna de los hospitales de la red pública sanitaria, olvidándose u obviando en todo momento que la sanidad también es

Tourón y la Magistrada doña María Luisa Balaguer Callejón.

³³⁴ El Magistrado Don Antonio Narváez Rodríguez.

³³⁵ *Ibidem*.

competencia de las CCAA. En segundo lugar, la interpretación de las CCAA, que reivindican que el Real Decreto 16/2012 afecta al art. 43 CE, así como a los arts. 13 y 14 CE, y ello corrobora que la reforma introducida es contraria al derecho a la salud e inconstitucional con base en las competencias atribuidas a las CCAA.

5.4.5. El Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

Las principales medidas del Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud³³⁶ se centran en reequilibrar la balanza de la asistencia sanitaria en España, restableciendo el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas, con pretensión de universalidad.

El RDL 16/2012 había desvirtuado el derecho a la protección de la salud, erosionando su vocación universal, ignorando la legislación establecida en la Ley 6/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud español³³⁷. Muchos colectivos, desde sanitarios hasta jurídicos, denunciaron la involución que el RDL 16/2012 suponía para la atención sanitaria y el sistema de salud público del país. También se denunciaba la exclusión de los inmigrantes “sin papeles”, y se actuaba intentando preservar la atención sanitaria a las personas y colectivos excluidos por la norma. Tras solicitar encarecidamente la modificación de la normativa, después de seis años de denuncias y reivindicaciones, el Estado español aprobó nuevos parámetros en el RDL 7/2018.

El Gobierno reconoce en el Preámbulo del RDL 7/2018 que, desde la entrada en vigor del RDL 16/2012, no se ha demostrado ninguna mejoría en la eficiencia en el sistema sanitario. Es más, lo único que ha conseguido es una fragmentación del derecho a la salud, y una asistencia sanitaria estatal, agravada por la extrema vulnerabilidad de los usuarios y/o pacientes del sistema de salud público. Únicamente podían ser atendidos en situación de urgencia, con restricciones (se atiende a menores de edad y embarazadas) o pago posterior. Estos hechos motivaron la solicitud de la derogación o modificación del RDL 16/2012, y tienen como resultado el presente RDL 7/2018.

Este nuevo RDL restablece el derecho a la salud, garantizando la universalidad de la asistencia, de manera que la protección de la salud y la asistencia sanitaria corresponde a todas las personas que se encuentran en el Estado español. Todas aquellas personas que

³³⁶ España. Real Decreto 7/2018, de 27 de julio sobre el acceso universal al Sistema Nacional de salud. *Boletín Oficial del Estado*, de 30 de julio de 2018, núm. 183, pp. 76258 a 76264.

³³⁷ España. Ley 6/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, de 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567 a 20588.

residen en España, independientemente de su nacionalidad, recuperan la titularidad del derecho a la prestación sanitaria. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España también tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria. Para lograr sus objetivos, el RDL 7/2018 deroga el RD 16/2012 y todas aquellas disposiciones normativas en las que se regulan aspectos que fueron anulados por el RDL 16/2012³³⁸.

5.5. Distribución de recursos y praxis médica: la lucha frente a la COVID19.

La aparición del coronavirus en 2020 plantea retos médicos de primera magnitud, que generan retos éticos y jurídicos.

Todos los Estados, a nivel mundial, han declarado acciones extraordinarias en materia de salud, para combatir la COVID19 considerándola una enfermedad grave de atención prioritaria. Entre las medidas instauradas, se restringen o suspenden, o bien en todo el país o bien en determinados territorios, el ejercicio de determinados derechos y garantías, por un tiempo limitado. Y en ningún caso, podrá limitarse o restringirse el derecho a la salud. De hecho, la pandemia, se categoriza como una situación de notoria urgencia, ante la que los profesionales sanitarios no pueden negar la atención médica.

A pesar de lo referido con anterioridad, “con la pandemia de la COVID19, no todas las personas han tenido la oportunidad de tener el mismo acceso a la sanidad”³³⁹. Uno de los motivos para ese acceso dispar es la objeción de conciencia sanitaria. Durante la pandemia, destacan algunas prácticas médicas ante las que se ha ejercido la objeción de conciencia. Tales como, la mal llamada objeción de conciencia ante el deber de atención médica con relación a la COVID19; la objeción de conciencia ante la distribución de recursos en las Unidades de Cuidados Intensivos, así como la objeción ante LET de estas unidades; la objeción de conciencia ante la IVE en los servicios de ginecología, obstetricia y farmacia; y finalmente, la objeción de conciencia de los pacientes ante la vacuna de la COVID19.

Al inicio de la pandemia, y en relación con los riesgos que la exposición a los

³³⁸ Así, se modifica el articulado de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud; el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios; y, se derogan todas aquellas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan, contradigan o resulten incompatibles con RDL 7/2018, con especial mención a una serie de artículos del Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del *Estado*, 4 de agosto de 2012, núm. 186, pp. 55775 a 55786.

³³⁹ MIRANDA GONÇALVES, Rubén. «La protección de la dignidad de la persona humana en el contexto de la pandemia del Covid-19», *Justiça do Direito*, vol. 34, núm. 2, Mayo-Agosto 2020, p. 151.

enfermos de COVID19 suponía, algunos profesionales deciden eximirse de tratar a los pacientes ejerciendo según ellos objeción de conciencia, fundamentada en la prevalencia de su conciencia ante las necesidades de los pacientes³⁴⁰. Estos profesionales objetan en conciencia a la atención del paciente, ante el riesgo a su propia vida o la de sus familias, razonando que no les es posible asumir deberes en un entorno contagioso, y derivan a dichos pacientes a otros profesionales³⁴¹. Esta objeción, como deje entrever al exponerla como “mal llamada” no es posible. No existe ninguna eximente legal que permita a los profesionales médicos objetar ante el deber de ayuda al paciente pandémico, pues prevalece la urgencia y la salud de los mismos, por encima de los criterios personales para no atender. Con la salvedad, de permitir no exponerse, a aquellos profesionales considerados de riesgo, con patologías y enfermedades que la COVID19 empeoraría, e incluso los pondría en peligro de muerte.

Las enfermedades derivadas por la infección de la COVID19 son insuficiencia respiratoria y neumonías. Los pacientes, con las anteriores dolencias, precisan de monitorización y respiradores para garantizar una ventilación mecánica entre otras patologías. Las UCI, de todos los hospitales del mundo, recibieron una afluencia masiva de enfermos, por ello se vieron obligadas a utilizar criterios de priorización de pacientes desde el punto de vista bioético, y no únicamente utilizando como baremo la edad³⁴², pese a ser así como se percibía por los medios³⁴³ la propia ONU desmintió tal idea³⁴⁴. Los criterios de las UCI ante la pandemia son³⁴⁵: en primer lugar que el paciente que necesita ventilación mecánica tenga posibilidades de sobrevivir; en segundo lugar, los pacientes que tienen las mismas probabilidades de supervivencia, y no necesitan respiradores pero sí un flujo de oxígeno elevado que solo es posible administrar en UCI o semi-intensivos; en tercer lugar, aquellos pacientes que tienen enfermedades crónicas asociadas, con lo cual sus posibilidades de supervivencia son discutidas o menores; y en último término los pacientes

³⁴⁰ WICCLAIR, Mark R. *Conscientious objection in Health Care: an Ethical analysis*, Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

³⁴¹ KHOO, Ewin J y LANTOS, John D. «Lessons learned from the COVID-19 pandemic», *Acta Paediatrica*, núm. 109, 2020, p. 1324; AYALA ENRIQUEZ, Pablo y LEMUS-DELGADO, Daniel. «El actuar del Dr. Li Wenliang ante el brote del COVID-19, a la luz del principio de beneficencia», *Veritas*, núm. 46, agosto 2020, p. 29 y pp. 43-45.

³⁴² MIRANDA GONÇALVES, Rubén. «La protección de la dignidad de la persona humana en el contexto de la pandemia del Covid-19», *ob. cit.*, p. 166.

³⁴³ Vid. "Hemos dejado de intubar a enfermos por su edad porque no hay respiradores para todos", *Rtve*, de 1 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.rtve.es/noticias/20200401/hemos-dejado-intubar-enfermos-su-edad-porque-no-hay-respiradores-para-todos/2011083.shtml> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³⁴⁴ Véase “Las personas mayores tienen el mismo derecho a la vida que los demás durante y después del coronavirus”, *Naciones Unidas*, de 1 de mayo de 2020. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1473762> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³⁴⁵ Véase la entrevista realizada a Lluís Cabré, médico experto en bioética. Disponible en: https://www.eldiario.es/catalunya/politica/lluiscabre-bioetica-prioridad-probabilidad-sobrevivir_128_1009576.html (Última consulta 29 de diciembre de 2020); ROMEO CASABONA, Carlos Maria. y URRUELA MORA, Asier. «La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de trajos en el marco del COVID-19», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 50, 2020, pp. 108-111.

que no tienen posibilidades, por sus enfermedades anteriores³⁴⁶. Otro de los baremos que se han tenido en cuenta con relación a la atención a pacientes de COVID19 es el valor social³⁴⁷. También, el equipo profesional, considera los DVA de los pacientes para facilitar la toma de decisiones³⁴⁸. Y por último, ante casos difíciles y complejos, los profesionales acuden a considerar los apoyos de los CEA³⁴⁹.

Así, esta situación ha desembocado en que “no todas las personas han tenido el mismo derecho a un respirador”³⁵⁰, lo cual se ha calificado como un atentado contra la dignidad y otros derechos, de los pacientes, como la vida y la salud³⁵¹. Sin tener en cuenta, que las atenciones médicas durante situaciones excepcionales, tales como una pandemia, pueden pasar de la autonomía y la beneficencia a la utilidad, equidad, justicia distributiva y asignación adecuada de recursos que son limitados³⁵².

En ocasiones, como pacientes críticos que son, el tratamiento para los pacientes de COVID19 supone finalmente el LET o retirar las terapias suministradas, incluidos respiradores. La objeción de conciencia, es respetable y por tanto reconocida, para aquellos profesionales que deben encargarse directamente de las anteriores técnicas mencionadas³⁵³.

Por último, la pandemia ha propiciado un obstáculo más con relación a la prestación de la IVE. Hay autores³⁵⁴ que denuncian que “la crisis de la COVID19 ha parapetado iniciativas ideológicas encaminadas a restringir el acceso al aborto, con frecuencia bajo la

³⁴⁶ El OBD propone, en su documento de consenso acerca de la cuestión, la creación de Comités de triaje para tomar las decisiones sobre la limitación de tratamientos. *Vid.* Observatorio de Bioética y Derecho. *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia*, Barcelona: OBD, 2020, p. 6.

³⁴⁷ *Ibidem*. El criterio de valor social prioriza, entre pacientes con las mismas características, la atención a trabajadores del ámbito sanitario a personas con hijos... En definitiva “se mira la repercusión social que representa cada paciente”; *Vid.* ROMEO CASABONA, Carlos Maria. y URRUELA MORA, Asier. «La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de trajees en el marco del COVID-19», *ob. cit.* pp. 106-107.

³⁴⁸ POVEDA-MORAL, Silvia; BOSCH-ALCAZAR, Alejandro; FALCÓ-PEGUEROLES, Anna. «La planificación de decisiones anticipadas como estrategia preventiva de conflictos éticos en urgencias y emergencias durante y después de la COVID-19», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 50, 2020, pp.196-197.

³⁴⁹ LÓPEZ, Adriana (et al). «Recomendaciones para el manejo de personas mayores en Unidades de Paciente Crítico durante Pandemia COVID-19: Consenso entre SOCHIMI y SGGCH», *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, vol. 1, núm. 35, p.1.

³⁵⁰ MIRANDA GONÇALVES, Rubén. «La protección de la dignidad de la persona humana en el contexto de la pandemia del Covid-19», *ob. cit.*, p. 151.

³⁵¹ *Ibidem*.

³⁵² LÓPEZ, Adriana (et al). «Recomendaciones para el manejo de personas mayores en Unidades de Paciente Crítico durante Pandemia COVID-19: Consenso entre SOCHIMI y SGGCH», *ob. cit.*, p. 1 ; LECUONA RAMÍREZ, Itziar. “Ética médica: decisiones sobre el acceso de pacientes a UCI en situación de pandemia”, *The Conversation*, de 3 de abril de 2020.

³⁵³ *Ibidem*, p. 10.

³⁵⁴ Guttmacher Institute. *The COVID-19 Outbreak: Potential Fallout for Sexual and reproductive Health and Rights*, 2020; HUSSEIN, Julia. «What implications for sexual and reproductive health and rights globally?», *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, 2020, pp. 1-3.

premisa que se trata de una prestación no esencial³⁵⁵. Y, ante tal situación, otros autores, reivindican que las gestiones obligatorias para la IVE se puedan realizar por vía telemática y que sea posible acceder de forma segura al aborto farmacológico³⁵⁶.

La actual situación ha agravado e incrementado las restricciones en el acceso a medidas de contracepción e IVE en todo el mundo³⁵⁷. En España, el aborto pese a la COVID sigue realizándose de forma quirúrgica, obligatoriamente en centros autorizados, sin considerar el aborto farmacológico como una prestación ambulatoria con posibilidad de realizarse en el domicilio de la paciente sin necesidad de desplazamientos. La única consideración que el Estado ha realizado, con deferencia a las pacientes que solicitan la IVE es la sustitución del asesoramiento presencial, por la modalidad telemática. Una medida promovida por la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo (conocidas como ACAI), y que se ha instaurado únicamente en las CCAA de Galicia y Catalunya. Otros estados, como Polonia, han aprovechado las circunstancias de crisis para aprobar la posibilidad de interrumpir el embarazo debido a anomalías o enfermedades incurables en el feto³⁵⁸.

Las dificultades técnicas o logísticas que envuelven a otros procesos asistenciales — tales como cirugías, fisioterapias, tratamientos odontológicos...etc— son argumentos cuestionables en las IVE, dado que, el tiempo es un factor determinante para que las interrupciones de embarazo se realicen de manera segura, y son una prestación reconocida, que no puede considerarse prescindible³⁵⁹.

La objeción de conciencia, puede y debe reconocerse ante los supuestos de IVE, pues, al margen de la COVID, sigue siendo una prestación esencial donde la objeción está reconocida legalmente, sin que las medidas excepcionales en sanidad afecten su regulación. Comparto la idea de Massó y Triviño, en relación con que la interrupción, a causa de la situación pandémica, pueda realizarse de manera ambulatoria³⁶⁰, así se cumpliría con la prestación con menores riesgos, tanto para pacientes como para

³⁵⁵ MASSÓ GUIJARRO, Ester y TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. «Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos», *Enhonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*, núm. 65, 2020, p. 119.

³⁵⁶ ROBINSON, Erica F. (et al.). «Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic», *American Journal of obstetrics and Gynecology*, vol. 223, núm. 2, pp. 219-220.

³⁵⁷ International Planned Parenthood Federation. *Declaración del IMAP sobre el COVID-19 y su impacto en la salud sexual y reproductiva*, abril de 2020.

³⁵⁸ Vid. "In Poland, abortion acces, worsens Amid Pandemic", foreign policy, de 1 de mayo de 2020. Disponible en: <https://foreignpolicy.com/2020/05/01/poland-abortion-access-worsens-coronavirus-pandemic/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

³⁵⁹ MASSÓ GUIJARRO, Ester y TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. «Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos», *ob. cit.*, pp. 121-122.

³⁶⁰ *Ibidem*, p. 122.

profesionales. Aunque debe tenerse muy presente, por un lado, que en caso de riesgo o muerte para la madre, los profesionales sanitarios pese a su objeción de conciencia están obligados a actuar. Y por otro, que en caso de que el aborto ambulatorio cobrase empuje, los farmacéuticos también pueden objetar en conciencia, pues les es una opción reconocida en el ejercicio de su profesión.

Por último, cabe plantearse la posible objeción de conciencia, por parte de los pacientes ante la vacuna de la COVID19. Sin entrar en los criterios de su distribución, una vez se encuentre una vacuna eficaz y segura, es probable que existan personas que rechacen este tratamiento médico. Esta posibilidad, se asemeja al caso de Testigos de Jehová que objetan a las transfusiones sanguíneas³⁶¹, y en principio se debería respetar la determinación del paciente y su voluntad, así como su deseo de no someterse al tratamiento médico en cumplimiento de estos derechos, así como el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, o incluso el derecho a la libertad (en el caso de que decidiera libremente volver a su domicilio sin someterse a tratamiento alguno), cumpliendo siempre con los deberes éticos y profesionales que se le imponen dentro de su profesión. El problema yace, en que nos encontramos en un estado de alarma declarado por el Gobierno³⁶² y da lugar a pensar que al encontrarnos en un marco de emergencia sanitaria, existe una obligatoriedad a recibir tratamiento, y por ende, vacunarse obligatoriamente dado que podría suponer un riesgo para la salud y la vida de los demás, o incluso para la suya propia, en caso de rechazar dichos tratamientos. Sin embargo, la Ley Orgánica 4/1981 reguladora de los Estados de Alarma, Excepción y Sitio en su art. 11 no se establece como medidas limitativas de los derechos fundamentales mención a alguna a estos derechos. Presumiblemente, rechazar tratamientos en relación con la COVID19, es posible amparándose en la libertad física, moral y religiosa, así como la objeción de conciencia, reconocidos por legislación, doctrina y jurisprudencia. Con el límite de la salud y la salvaguarda de los demás por lo que cabe pensar que en un futuro no muy lejano, esas situaciones deban ser dignas de debate, y porque no, de una específica regulación que abarque numerosas posibilidades³⁶³.

³⁶¹ MARTORELL, Maria Victoria; y SÁNCHEZ-URRUTIA, Ana (coords.), *Documento sobre el rechazo de los Testimonios de Jehová a las transfusiones de sangre*, Barcelona: Observatori de Bioètica i Dret, 2005; TORRES GUTIERREZ, Alejandro. «Objeción de Conciencia a las Transfusiones de Sangre por los Testigos de Jehová». En: ALENZA GARCÍA, José Francisco; ARCOS VIEIRA, María Luisa (dir.) *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho sanitario*, 2013.

³⁶² *Vid.* art. 166 CE.

³⁶³ ARGÜELLES MORA, Almudena. «Objeción de conciencia de los pacientes en tiempos del Covid-19 y el Estado de Alarma. Limitación de derechos fundamentales», *Diario La Ley*, núm. 9610, 2020. Disponible en: https://diariolaley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4slAAAAAAAAEAMtMSbF1CTEAAmMDcwtDS7Wy1KLizPw8WyMDI6CYsQFIID0t0iU_OaSyINW2pKg0FQCrEWuONAAAAA==WKE#nDT0000307819_NOTA1 (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Capítulo VI

Otras regulaciones estatales de la objeción de conciencia

En el presente capítulo, procedo a exponer algunas regulaciones de otros países sobre la objeción de conciencia sanitaria. Conocer cómo otros países se enfrentan a la objeción de conciencia y su posible ejercicio, que puede ir desde su admisión a su prohibición, resulta interesante pues en algunos casos se pueden extraer algunas ideas que, acaso, puedan servir en nuestro país.

6.1. Colombia.

6.1.1. Antecedentes.

Colombia se suele describir como un país de contradicciones³⁶⁴, donde la realidad, en muchos de sus ámbitos, no coincide con los datos que se recaban de ella. Su población es mayoritariamente católica, y es un país sumamente violento. En relación con el aborto, la completa prohibición del aborto antes de 2006, incluyéndolo como delito en el Código Penal del país, no impedía la práctica de unos 200-400 mil abortos clandestinos anuales³⁶⁵. Ahora está permitido cuando concurren algunos supuestos (peligro de la vida de la gestante, malformación del feto y violación), aunque existen muchas situaciones en las que se continúa practicando de forma irregular, clandestina y peligrosa. América Latina y el Caribe son algunas de las regiones con más abortos del mundo, con un porcentaje de 0,44% de su población³⁶⁶.

La objeción de conciencia en Colombia está fuertemente vinculada a dos ámbitos: el servicio militar obligatorio (SMO) y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

³⁶⁴ GONZÁLEZ VÉLEZ, Ana Cristina. «Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia», *Revista de Bioética y Derecho*, 2018, núm. 42, pp.105-126. Datos que la autora expuso con anterioridad en «La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad», *Cuadernos de Saúde Pública*. 2005, vol. 21, núm. 2, pp. 624-628; BÓRQUEZ POLLONI, Blanca. *Informe núm. 23, Despenalización del aborto en Colombia*, Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2007, pp. 4-6.

³⁶⁵ *Ibidem*.

³⁶⁶ BÓRQUEZ POLLONI, Blanca. *Informe núm. 23, Despenalización del aborto en Colombia, ob. cit.*, pp. 4-6.

El SMO es obligatorio en Colombia para los varones mayores de edad³⁶⁷, según el art. 216 de la Constitución Política de Colombia. Como la Constitución también garantiza la libertad de conciencia (art.18 de la Constitución Colombiana³⁶⁸, a partir de ahora CCol), los conflictos que pueden aparecer entre el deber de prestar el SMO y la libertad de conciencia han sido resueltos por la Corte Constitucional, a favor de exigir el cumplimiento del deber. Este planteamiento se ha defendido en tres célebres pronunciamientos de la Corte Constitucional del país, que presento cronológicamente.

En la Sentencia T-409/92³⁶⁹: “La garantía de la libertad de conciencia no necesariamente incluye la consagración positiva de la objeción de conciencia para prestar el servicio militar. Esta figura, que en otros sistemas permite al individuo negarse a cumplir una obligación como la mencionada cuando la actividad correspondiente signifique la realización de conductas que pugnan con sus convicciones íntimas, no ha sido aceptada por la Constitución colombiana como recurso que exonera la indicada obligación”.

En la Sentencia C-511-94³⁷⁰: “Tampoco resulta violatoria la normativa acusada por omisión a la libertad de conciencia consagrada en el artículo 18 de la Carta. Esta Corporación ha tenido oportunidad de indicar que no existe en nuestro régimen relacionado con el servicio militar la figura de la "objeción de conciencia", por cuanto no resulta del fuero propio de las exigencias del servicio militar el autorizar a los ciudadanos para no atender este deber esencial, cuyos basamentos se encuentran no sólo en lo dispuesto en la ley, sino justamente en la conciencia del propio compromiso social”.

Finalmente, en la Sentencia T-363/95³⁷¹: “En efecto, el servicio militar no es *per se* algo que implique violencia, daño a los demás, ejercicio ciego de la fuerza o vulneración de Derechos Fundamentales. Se trata de un deber en abstracto, cuyos contenidos concretos están sometidos a la Constitución y a la ley (...). La Corte rechaza de manera enfática las pretensiones del accionante, por cuanto, de admitirse su viabilidad a la luz de la Constitución, se estaría entronizando la voluntad de cada uno como regla y medida del

³⁶⁷ Art. 216 CCOL:

“Todos los colombianos están obligados a tomar las armas cuando las necesidades públicas lo exijan para defender la independencia nacional y las instituciones públicas. La Ley determinará las condiciones que en todo tiempo eximen del servicio militar y las prerrogativas por la prestación del mismo”. Quedan exentos los varones con diversidad funcional, los hijos únicos o familiares de hermanos caídos en combate, los estudiantes de carrera universitaria, los hijos de personal activo en las FFAA, los residentes en el extranjero y los transexuales. Estos están obligados a pagar la cuota de compensación militar y reciben la Libreta de Reservista de Segunda clase.

³⁶⁸ Art 18 CCOL:

“Se garantiza la libertad de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia”.

³⁶⁹ Sentencia T-409/1992, Corte Constitucional Colombiana, de 8 de junio de 1992. M.P. Dr. José Gregorio Hernández Galindo

³⁷⁰ Sentencia C-511/1994, Corte Constitucional Colombiana, de 16 de noviembre 1994. M.P. Fabio Morón Díaz.

³⁷¹ Sentencia T-363/1995, Corte Constitucional Colombiana T-65213, de 14 de agosto de 1995. M.P. José Gregorio Hernández Galindo.

cumplimiento del deber, que por su misma naturaleza se impone independientemente del querer y los deseos de aquél a quien corresponde acatarlo. Y es que los deberes, que se establecen como contrapartida de los derechos, mientras sean razonables y no desatiendan el orden jurídico, son exigibles sin lugar a preferencias ni discriminaciones y no por serlo violentan la libertad de conciencia, ni ninguna otra libertad”.

De esta forma, pese a que el art.18 de la CCol recoge la libertad de conciencia como cláusula general para los individuos, y reconoce la capacidad libre de pensar, expresarse y vivir del individuo, no es una cláusula con fuerza suficiente para anteponerse a la obligación del SMO que impone el Estado.

Sorprende que, tras la ratificación de los tratados internacionales que reconocen la objeción de conciencia al SMO, Colombia aún no la haya reconocido. Cabe pensar que las sentencias citadas son anteriores a los últimos pronunciamientos – con objeto similar– del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas³⁷². Teniendo en cuenta este dato temporal, cabe afirmar que la jurisprudencia Colombiana no interpreta el derecho de objeción de conciencia “de conformidad con los Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos ratificados por Colombia” (artículo 93 de la CCol), y en casos futuros debe considerar la interpretación del Comité de Derechos Humanos como directamente aplicable en el país³⁷³. Las autoridades, incluso las Fuerzas Armadas, tienen que respetar y reconocer el derecho a la objeción de conciencia tal y como se regula en la legislación y jurisprudencia internacional, pues no respetar este derecho se considera una violación del art. 18 del Pacto Internacional sobre derechos civiles y políticos (PIDCP)³⁷⁴.

En cuanto a la IVE, fue tipificada en el Código Penal en 1837. En él se sancionaba tanto el aborto consentido como no consentido, aunque se permitía el aborto terapéutico. Dicha tipificación se mantuvo en las sucesivas reformas de 1890³⁷⁵, 1936 y 1980, siendo el *aborto honoris causa* (para ocultar la deshonra) una atenuante³⁷⁶. En el año 2000, el Código penal continúa sancionando ambas figuras del aborto, consentido (art.122) y no consentido

³⁷² Cabe destacar el asunto en el que el Comité de derechos humanos de las Naciones Unidas, en el Dictamen de 3 de noviembre de 2006, resuelve en favor de la objeción de conciencia al SMO. Cabe esperar también que la Comisión Inter-Americana de Derechos Humanos corrija en un futuro cercano su decisión sobre Chile a partir de 2005, que no está en acuerdo con la opinión del Comité de los Derechos Humanos.

³⁷³ BRETT, Rachel. *Estándares internacionales sobre Objeción de Conciencia al Servicio Militar y Servicio Alternativo aplicables a Colombia*, Friends World Committee for Consultation, mayo de 2007,

³⁷⁴ Me remito a lo ya dicho en el Comité de derechos humanos de la ONU, véase, en la primera parte de este trabajo doctoral.

³⁷⁵ En ambos Códigos Penales Colombianos, 1837 y 1890, se establecían penas de 1 a 3 años para quien mediante violencia (empleando bebidas, alimentos, golpes o cualquier otro medio) procurara que una mujer embarazada abortara sin su consentimiento (art. 638 CP 1890), incrementando esta pena de 5 a 10 años cuando efectivamente se presentara el aborto (art. 639 CP 1890).

³⁷⁶ Cfr. Art. 389 (CP 1936), cuando se producía el aborto para preservar la fama y reputación de las mujeres solteras o viudas de buen prestigio.

(art. 123), añadiendo algunas circunstancias de atenuación de la pena (art.124). Este precepto señalaba que “La pena señalada para el delito de aborto se disminuirá en las tres cuartas partes cuando el embarazo sea resultado de una conducta constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas”.

E incluso se reconoce la capacidad del funcionario judicial para prescindir de las penas cuando la IVE tenga lugar “en extraordinarias condiciones anormales de motivación”. En el CP 2000 cabe destacar las elevadas penas de prisión para la gestante y los profesionales implicados en la IVE³⁷⁷. La reforma del Código Penal de 2004 mantiene la regulación del Código Penal anterior sobre el aborto, aunque se agravan todas las penas (art 14).

El ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria se ha activado a la par que el debate sobre la despenalización del aborto³⁷⁸. En el siguiente epígrafe expondrá los pronunciamientos de la Corte Constitucional de Colombia sobre la despenalización del aborto, que reconocen la IVE como uno de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, íntimamente ligado al derecho a la vida, a la salud, a la integridad, a la autodeterminación y a la dignidad de las mujeres en Colombia³⁷⁹.

6.1.2. Despenalización del aborto en Colombia: el valor de la objeción de conciencia.

En el sistema interamericano de derechos humanos existe un reconocimiento a la vida, aunque no se pronuncia sobre la titularidad del derecho, sino que es el Estado quien tiene el deber de protección³⁸⁰. Es preciso señalar que, en numerosas ocasiones, la jurisprudencia y la doctrina han expuesto que los derechos contenidos en la Convención Americana de Derechos Humanos (CADH) no poseen carácter absoluto. Todos los derechos incluidos en la CADH son esenciales para la persona humana, y en caso de

³⁷⁷ Este CP del 2000 hace una distinción entre aborto consentido (Art. 122 CP 2000) con pena de prisión de 16 a 54 meses de prisión y no consentido (Art. 123 CP 2000) con pena de prisión de 64 a 180 meses de prisión. Que pasan de 1 año como máximo, a 14 años.

³⁷⁸ ZARÁTE CUELLO, Amparo de Jesús. «Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano», *Revista Prolegómenos. Derechos y Valores*, vol.1, 2011, pp. 43-56.

³⁷⁹ Síntesis de los pronunciamientos de las Sentencias de la Corte Constitucional Colombiana C-355/06, T-988/07, T946/08 Y T-388/09. *Cfr.* Women's Link Worldwide. *Manual constitucional para la práctica de IVE. Lineamientos constitucionales para el ejercicio del derecho al aborto en Colombia*, Colombia: WLW, 2010, p. 6.

³⁸⁰ BRENA SESMA, Ingrid. «La Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Atavia Murillo y otros (Fecundación In vitro) vs. Costa Rica, nuevas esperanzas para la libertad reproductiva en Latinoamérica», *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*, núm. 38, 2013, pp. 149-166.

discrepancia entre ellos, deberá decidirse mediante ponderación. En la IVE, la vida no tiene carácter de valor o de derecho absoluto, y debe ser ponderada con otros valores, principios y derechos constitucionales³⁸¹.

El ordenamiento jurídico colombiano, desde la perspectiva constitucional, reconoce “la vida” como un derecho fundamental en el art. 11 de la CCol. Otros cuerpos legales reconocen la vida como un bien jurídico protegido. El derecho a la vida supone la titularidad para su ejercicio, restringiéndose a la persona humana, mientras que la vida como bien jurídico se reconoce incluso respecto de quienes no han alcanzado tal condición³⁸².

Desde el derecho civil, el art. 90 del Código Civil Colombiano (CCCol) parte de que “la existencia legal de toda persona principia al nacer, esto es, al separarse completamente de su madre”. La protección del no nacido, según el Ministerio Público, es una obligación del Estado “en tanto se trata de un principio de vida humana y en tanto por la protección de la mujer embarazada”³⁸³, pero en ningún caso se aplicará el mismo nivel de protección para embrión y mujer, pues son sujetos distintos. El feto necesitará una protección acorde con la potencialidad que representa, llegando a la protección plena – sujeto de derechos y obligaciones— una vez se produce el nacimiento. Para la Corte, el fundamento de la prohibición del aborto radica en el deber de protección del Estado de la vida en gestación, sin atribuir a la misma el *status* de persona humana³⁸⁴, adoptando medidas que impidan la directa intervención del Estado o terceros en la vida que se está desarrollando.

El legislador tiene una amplia libertad de configuración para determinar las conductas punibles y su pena, pero no dispone de discrecionalidad absoluta. Tiene por límites los principios, valores y derechos constitucionales como la dignidad humana, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la salud, vida e integridad, el bloque de constitucionalidad y los principios de proporcionalidad y razonabilidad³⁸⁵.

En el año 2005 se presentaron ante la Corte Constitucional de Colombia tres

³⁸¹ BORQUEZ POLLONI, Blanca. *Informe núm. 23, Despenalización del aborto en Colombia, ob.cit.*, p.4.; RENA SESMA, Ingrid. «La Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Atavia Murillo y otros (Fecundación In vitro) vs. Costa Rica, nuevas esperanzas para la libertad reproductiva en Latinoamérica», *ob. cit.*,

³⁸² Para la jurisprudencia Colombiana el *nasciturus* no está reconocido, de modo expreso, como persona humana ni como titular del derecho a la vida. Tal y como muestra en sus pronunciamientos constitucionales la Corte en: *Sentencia C-133/1994*, Corte Constitucional Colombiana D-386, de 17 de marzo de 1994; y, *Sentencia C-013/1997*, Corte Constitucional Colombiana D-1366 y D-1359, de 23 de enero de 1997.

³⁸³ BORQUEZ POLLONI, Blanca. *Informe núm. 23, Despenalización del aborto en Colombia ob cit.*, p. 20.

³⁸⁴ Tal y como muestran las *Sentencias C-133/94* y *C-013/97* vid. *supra* nota 382.

³⁸⁵ BORQUEZ POLLONI, Blanca. *Informe núm. 23, Despenalización del aborto en Colombia, ob cit.*, p. 21.

demandas de inconstitucionalidad contra los arts. 122, 123 (de forma parcial)³⁸⁶ y 124 del Código Penal – modificados en 2004— y contra el apartado 7 del art. 32 del Código Penal³⁸⁷. Estas demandas fueron acumuladas y resueltas por la Sentencia C-355/06, de 10 de mayo.

Las demandas de inconstitucionalidad estimaban que los artículos mencionados constituían una violación de los derechos constitucionalmente reconocidos por la Carta colombiana, especialmente los siguientes: el derecho a la dignidad (preámbulo y art.1); el derecho a la vida (art.11); el derecho a la integridad personal (art.12); el derecho a la igualdad y el derecho general de libertad (art.13); el derecho a la libre personalidad (art.16); el derecho a la autonomía reproductiva (art.42); el derecho a la salud (art.49) y las obligaciones de derecho internacional sobre los derechos humanos (art.93). Estos derechos, para un mejor análisis de los hechos que fundamentan las demandas, pueden agruparse en siete partes, siguiendo los derechos expuestos en el CEDH, tal como hace la propia sentencia C-355/06:

1. Autonomía y libre desarrollo de la personalidad (art.2 CEDH).

Las normas del Código Penal colombiano “menoscaban la autonomía, libertad y libre desarrollo de la personalidad, constitucionalmente protegidos, y conforme los cuales se reconoce en el individuo la capacidad de autodeterminarse, la posibilidad de decidir sobre su propia vida”³⁸⁸. En este sentido, la demanda de Mónica Roa (D-6122) alega que la decisión de una mujer abortar cuando tiene un embarazo no deseado corresponde a su integridad, siendo la gestante la única persona que puede decidir sobre su propio cuerpo. Tal y como se expone en el cuerpo de la Sentencia C-355/06: “(...) penalizar esta conducta no es coherente con la doctrina del núcleo esencial al derecho al libre desarrollo de la personalidad y la autonomía como máxima expresión de la dignidad humana. En otras palabras, al considerar a la persona autónoma y libre, como lo preceptúa la Constitución, se hacen inviables todas aquellas normas en donde el legislador desconoce la condición mínima del ser humano como ser capaz de decidir sobre su propio rumbo y opción de vida”³⁸⁹.

2. Intimidad (art.8 CEDH).

Las demandantes consideran que la penalización del aborto en Colombia supone

³⁸⁶ Cfr. Expedientes D-6122 (Demanda presentada por Monica del Pilar Roa), D-6123 (Demanda presentada por Pablo Jaramillo) y D- 6124 (Demanda presentada por Marcela Abadía, Juana Dávila y Laura Porras). En todas ellas, se alega inconstitucionalidad de la expresión “ (...) o en la mujer menor de 14 años”.

³⁸⁷ Este apartado, art. 32.7 del CP colombiano, consagra “la figura del Estado de necesidad disculpante”.

³⁸⁸ Sentencia C-355/06, Corte Constitucional Colombiana D- 6122, D- 6123 y D- 6124, de 10 de mayo de 2006. M.P.: Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Fernandez (Antecedentes, apartado I Demandadas: libertades, autonomía y libre desarrollo de la personalidad).

³⁸⁹ *Ibidem*.

una intrusión del Estado y/u otros profesionales en el derecho a la intimidad de la mujer, aplicando una legislación que expone cuáles son las decisiones que deben tomarse sobre su propio cuerpo, sin que ella decida.

3. Igualdad (art.2 CEDH y posterior desarrollo especial en Protocolo nº12 del CEDH).

La prohibición del aborto supone, para las demandantes, una doble discriminación, que vulnera el derecho a la igualdad. En relación con los hombres, por cuanto se penaliza una práctica médica que sólo solicitan las mujeres, y en relación con el *nasciturus*, en cuanto se estima que el derecho a la vida del nonato es de mayor valor que el de la gestante. Tampoco se debe olvidar que, a nivel de desigualdades, el acceso a la salud también está condicionado, en ese país, por la capacidad de asunción de costos y por el origen étnico de la población.

4. Dignidad (art.2 CEDH).

El principio de dignidad humana se ve gravemente afectado en las mujeres que son obligadas a continuar con una gestación no deseada. Para los demandantes, negar la posibilidad de concluir el embarazo mediante el aborto "(...) lleva a la cosificación de la mujer como un vientre desligado a la conciencia"³⁹⁰.

5. Vida, salud e integridad (art.2 CEDH).

Para las demandantes, la prohibición del aborto obliga a las mujeres que deseen finalizar la gestación a hacerlo de forma clandestina, en condiciones poco seguras e higiénicas, poniendo gravemente en peligro su vida, salud e integridad. El Estado, como garante del derecho a la vida, debe impedir que mueran mujeres a causa de los abortos inseguros. Además, este derecho a la vida de la gestante debe garantizarse incluso en circunstancias en las que existe peligro inminente para la madre, sin poder priorizar la vida del *nasciturus* y despersonalizar a la gestante, que es lo que la ley promulga. Realizar un aborto clandestino supone exponerse a condiciones denigrantes e insalubres, además de a una pena de prisión.

Consideran igualmente que impedir el aborto legal cuando el feto presenta malformaciones que impedirán la vida del mismo fuera del útero materno, atenta a estos valores, pues "resulta absurdo que la ley le exija continuar con un embarazo en tanto que se

³⁹⁰ Véase *Sentencia C-355/06*, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.*, *Ibidem*, (Antecedentes apartado II Normas Demandadas).

atenta con ello no sólo su dignidad, sino también su salud”³⁹¹.

6. Tratos crueles, inhumanos o degradantes (art.3 CEDH).

Las demandas utilizan los pronunciamientos del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas acerca del aborto legal y seguro frente a casos de malformaciones graves³⁹², pues no hacerlo supone una violación de la prohibición de tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes.

7. Proporcionalidad (art. 5.3. CEDH).

Para los demandantes, en un sistema constitucional, corresponde a los jueces la realización de un juicio de ponderación entre el derecho a la vida del *nasciturus* y el derecho a la vida de la gestante, incluyendo aquí su salud, libertad y dignidad. Deben considerarse ciertas circunstancias en las que el Estado no puede constitucionalmente exigir el deber de protección del feto, pues la ponderación no sería equitativa ni justa.

Una vez mencionados todos los artículos que resultan vulnerados, que son derechos de las mujeres que manifiestan su voluntad de interrumpir el embarazo, se hace una mención expresa a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, por ser una causa indirecta en contra de la práctica del aborto. Siguiendo las pautas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) y tras una observación del derecho de países como España, EUA y Alemania, la Corte señala que “la objeción de conciencia no es un derecho del cuál son titulares las personas jurídicas, o el Estado. Sólo es posible reconocerlo a personas naturales, de manera que no pueden existir clínicas, hospitales, centros de salud o cualquiera que sea el nombre con el que se les denomine, que presenten la objeción de conciencia a la práctica de un aborto cuando se reúnan las condiciones señaladas en esta sentencia. En lo que respecta a las personas naturales, cabe advertir que la objeción de conciencia hace referencia a una convicción de carácter religioso debidamente fundamentada, por tanto no se trata de poner en juego la opinión del médico sobre si está o no de acuerdo con el aborto, y tampoco puede implicar el desconocimiento de los Derechos Fundamentales de las mujeres; por lo que, en caso de alegarse por un médico la objeción de conciencia, debe proceder inmediatamente a remitir a la mujer que se encuentre en las hipótesis previstas a otro médico que si pueda llevar a cabo el aborto, sin perjuicio de que posteriormente se determine si la objeción de conciencia era procedente y

³⁹¹ *Ibidem*.

³⁹² Véase *Sentencia C-355/06*, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.*, (Antecedentes, apartado II Normas Demandadas).

pertinente, a través de los mecanismos establecidos por la profesión médica”³⁹³.

La sentencia C-355/06 reconoce que la vida del no nacido es un bien constitucionalmente protegido, de modo que la IVE no es un asunto exclusivo y privativo de la mujer embarazada. Para la Corte no resulta desproporcionado que, de forma genérica, se proteja la vida del no nacido manifestando preeminencia del bien jurídico “vida” del no nacido. Sin embargo, señala que una regulación penal que sancione el aborto en todos los supuestos supone una anulación de los derechos fundamentales de la mujer. Debe tenerse en cuenta que el ordenamiento jurídico está compuesto de valores, principios y derechos que coexisten sin carácter absoluto ni preeminencia incondicional de unos frente a los otros, y por tanto, la regulación debe aceptar circunstancias particulares en las que la mujer pueda no continuar con la gestación. Si el legislador no incluye tales indicaciones en la normativa aplicable, el juez constitucional será el encargado de resolver e impedir afectaciones en los derechos fundamentales de la gestante. La Corte enuncia que en ciertas y determinadas circunstancias, resulta desproporcionado exigir a la mujer sacrificios heroicos obligándola a continuar con el embarazo o a ser objeto de sanción penal, frente a su interrupción. La prevalencia absoluta de la protección de vida del no nacido supone una vulneración de la dignidad humana, los derechos y el libre desarrollo de la personalidad de la mujer gestante, derechos que son garantizados en los Tratados Internacionales y en la Constitución Colombiana. De este modo, la Corte decide enumerar una serie de supuestos en los que el aborto no incurrirá en delito, siempre y cuando la interrupción se realice con consentimiento de la gestante. Los supuestos de despenalización parcial del aborto son los siguientes:

- a) Cuando la continuación del embarazo constituya un peligro para la vida o salud de la mujer, certificado por un médico.
- b) Cuando exista una grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificado por un médico.
- c) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta previamente denunciada por la vía legal, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

La Corte también reconoce un ámbito legítimo a la objeción de conciencia. Es preciso recordar que el objetivo de la sentencia, más allá de admitir el aborto legal en

³⁹³ *Sentencia C-355/06*, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.*, (Considerando 10.1, basado en: “La inconstitucionalidad de la circunstancia de agravación de la pena contenida en el artículo 123 de la Ley 599 de 2000 que asimila el aborto no consentido al aborto con consentimiento en menor de catorce años”).

determinadas situaciones, no era definir o limitar la objeción, aunque contempla los límites admisibles al desafío generado por objeción de conciencia religiosa por parte de los profesionales sanitarios. Esta Sentencia alega que “(...) la moral o las convicciones de conciencia de cada persona deben ser protegidas y respetadas cuando al hacer esto no se perjudica significativamente el igual derecho de las otras personas a su propia moral o convicciones de conciencia”³⁹⁴. Por ello, limita la objeción de conciencia del personal de salud involucrado en los procedimientos de aborto, debiéndose declarar en cada caso su condición de objetor, por escrito, indicando los motivos de la objeción en cada caso en particular³⁹⁵. Los motivos expuestos en la declaración de objeción no pueden ser generales, invalidando así todos los argumentos de la objeción de conciencia constitucional. Además, cada escrito debe indicar a qué profesional va a remitirse después la paciente, dispuesto y capacitado para realizar el aborto³⁹⁶. Si el médico objetor es el único prestador del servicio de salud disponible, no podrá hacer uso de la objeción de conciencia, siendo, en última instancia, los Institutos de Previsión Social (IPS) los encargados de estructurar el número adecuado de profesionales de medicina, idóneo y suficiente, para poder llevar a cabo los procedimientos de IVE en el momento que se requieran³⁹⁷.

Los tribunales de ética médica³⁹⁸ tienen la obligación de realizar investigaciones

³⁹⁴ *Sentencia C-355/06* Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.* (*Considerandos*, apartado II: El caso concreto, Libertad de conciencia).

³⁹⁵ Adelantándose a lo que luego se dirá, debo apuntar que existe una nueva variante de la obligación del profesional a declararse objetor. En Colombia se hace caso por caso, expresando los motivos de cada caso en concreto. Lo que permite deducir que las cláusulas para ejercer la objeción pueden ser interpretadas como muy restrictivas o muy flexibles (dependiendo de aquellos argumentos que se acepten para objetar, de los que no hay pauta). Tal y como afirma la Corte en *Sentencia T-388/09*, Corte Constitucional Colombiana, T-1.569.183, de 29 de mayo de 2009. M.P.: Humberto Sierra Porto: “ En caso de que el personal médico que participará directamente en la Interrupción conducente a interrumpir el embarazo desee manifestar su objeción de conciencia respecto del procedimiento encomendado deberá hacerlo por escrito expresando: (i) Las razones por las cuales está contra sus más íntimas convicciones la realización del procedimiento tendente a interrumpir el embarazo en el específico caso, para lo cual no servirán formatos generales de tipo colectivo, ni aquellos que realice persona distinta a quien ejerce la objeción de conciencia; y (ii) el profesional médico al cual remite a la paciente que necesita ser atendida. Esto teniendo siempre como presupuesto que se tenga la certeza sobre la existencia de dicho profesional sobre su pericia para llevar a cabo el procedimiento de interrupción del embarazo y de su disponibilidad en el momento requerido”.

³⁹⁶ Véase el M.P.: Humberto Sierra Porto. Corte en *Sentencia T-388/09*, Corte Constitucional Colombiana, *ob.*

cit.

³⁹⁷ *Ibidem*.

³⁹⁸ Cabe diferenciar entre los Tribunales de Ética Médica (TEM) y el Tribunal Nacional de Ética Médica (TNEM). Los primeros, tienen su sede en cada una de las capitales de los departamentos (es decir provincias). Funcionan, los TEM, como tribunales sectoriales de ética médica conformados por cinco médicos elegidos por el TNEM y el Ministerio de Salud colombiano, de un listado de diez profesionales remitido por las juntas directivas de los colegios médicos departamentales. Los TEM trabajan dentro del proceso ético disciplinario sin participación de la justicia ordinaria. Aunque la Ley les reconoce poder vinculante de sus decisiones, en los procesos de justicia ordinaria, actuando los TEM como auxiliares, peritos o incluso siendo llamados a contestar en procedimientos civiles y penales.

Por otro lado, el TNEM es la autoridad que conoce en segunda instancia los procesos disciplinarios Ético profesionales que se presenten por razón de quejas relativas al ejercicio de la medicina en Colombia. Creados ambos, TEM y TNEM, a instancia de la Federación Médica Colombiana (FMC, reconocida como institución asesora del gobierno—de la que no todos los médicos colombianos son miembros pese a ser recomendable—) impulsora de la Ley que los regula (arts. 74 a 82 de la Ley; y, arts. 38-47 del Decreto) y reconoce la condición de la FMC (art. 62 de la Ley). Véase Colombia. Congreso de la República. Ley 23, por la cual se dictan normas en

ético- disciplinarias de todas las objeciones de conciencia presentadas, con el objetivo de determinar si la objeción de conciencia es procedente y pertinente³⁹⁹; si no lo es, la transgresión de las normas puede conllevar sanciones. La Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Protección Social son las entidades encargadas de investigar y sancionar a las Entidades Promotoras de Salud (en adelante EPS) e IPS que se nieguen a prestar el servicio en los términos establecidos por la Corte⁴⁰⁰.

Con esta sentencia, la Corte constitucional marcó un gran cambio en Colombia, pues llevó a la despenalización parcial del aborto, en los supuestos específicamente contemplados. De esta manera se intenta reducir el problema de salud pública que suponen los abortos clandestinos en condiciones no seguras. A raíz de los innovadores cambios previstos en la Sentencia C355/06, el Ministerio de Protección Social elaboró el Decreto 4444 (2006), de 13 de diciembre, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva⁴⁰¹, persiguiendo un abastecimiento de los servicios de interrupción voluntaria de la gestación, en los términos autorizados por la Corte constitucional, y bajo los estándares de calidad.

Tan sólo un año más tarde, se produjeron una serie de hechos que encajaban en esos supuestos. Una menor colombiana, de 13 años, fue víctima de una violación a consecuencia de la cual quedó embarazada, además de infectada por una enfermedad de transmisión sexual, y solicitó, a través de su madre, un aborto. Pese a cumplir los requisitos establecidos legalmente, expresados en la Sentencia C-355/06, el hospital asignado por parte de la institución estatal de salud se negó a interrumpir el embarazo. La menor fue remitida a tres instituciones de salud más, y todas ellas se negaron a realizar la prestación, argumentando que ninguno de sus ginecólogos practicaría el aborto. Uno de los hospitales a

materia de ética médica, *Diario de Bogotá D.C.*, de 18 de febrero de 1981, pp. 1-16. Y, Colombia. Ministerio de la Salud. Decreto 3380, por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981, *Diario de Bogotá D.C.*, de 30 de noviembre de 1981, pp. 1-8.

³⁹⁹ La importancia de los informes emitidos por parte de los Tribunales de Ética Médica (TEM) se ha visto reforzada en varios pronunciamientos judiciales, desde la *Sentencia C-355*, pasando por *T-209/08*, *T-946/08* y con una definición de lo más acertada en *A-279 de 2009*: “Partiendo del poder e impacto social de las decisiones de los tribunales de ética médica y confiando en que a estos organismos les corresponde velar y corregir los actos de desobediencia e indisciplina de los médicos, la Ley confió razonablemente en dichos Tribunales la salvaguarda de los límites y la sanción a las cuestiones éticas de los médicos que ejercen en Colombia, lo cual incluye las conductas relacionadas con la objeción de conciencia de los galenos que se niegan a practicar la interrupción voluntaria de un embarazo a una niña o mujer en los casos autorizados”. *Vid. Auto 279/09*, Corte Constitucional colombiana de 24 de septiembre de 2009.

⁴⁰⁰ Argumentos expuestos por la Corte Constitucional Colombiana en: *Sentencia T-209/08*, Corte Constitucional, *ob. cit.*; *Sentencia T- 946/08*, Corte Constitucional de Colombia T-1927682, de 2 de octubre de 2008 (conocido también como *Caso Beatriz*); *Sentencia T-388/09*, Corte Constitucional Colombiana T-1569183, de 28 de mayo de 2009.

⁴⁰¹ Al que añadir otras regulaciones posteriores. *Vid.* Colombia. Resolución núm. 4905 de 14 de diciembre de 2006, por la cual se adopta la norma técnicas para la atención de la IVE, se adiciona la Resolución 1896 de 2001 y se dictan otras disposiciones, *Diario Oficial de Colombia*, núm. 46535 de 7 de febrero de 2007. Y, Colombia. Circular externa núm. 31 de 22 de mayo de 2007, *Diario Oficial de Colombia*, núm. 46644, de 30 de mayo de 2007.

los que acudió justificó su negativa a la intervención médica en que no había una obligación legal de practicar la IVE, puesto que la vida de la menor no se encontraba en peligro, pese a que, con el diagnóstico del embarazo y de la infección venérea, la menor había intentado suicidarse.

El juez de primera instancia denegó la solicitud, por lo que cabe deducir desconoce el fallo de la Corte constitucional de 2006, que expresamente había determinado que los embarazos de las menores de 14 años debían ser considerados violación, en cualquier caso, ya que una menor de esa edad es incapaz de dar consentimiento legal efectivo para un acto sexual⁴⁰². La sentencia de apelación confirmó esta denegación del aborto, obligando a la joven a una maternidad no deseada.

El asunto llegó a la Corte Constitucional Colombiana que, en sentencia T-209/2008, concluyó que los derechos fundamentales de la menor habían sido vulnerados. En este caso, el objeto de discusión se centró en las limitaciones al ejercicio de la objeción de conciencia a la práctica del aborto⁴⁰³. Para que esta situación sirviese de modelo para casos futuros, la Corte determinó una serie de pautas, que paso a desgranar:

a) Las personas jurídicas no son titulares de la objeción de conciencia.

La Sentencia T-209/08 establece que las instituciones tienen prohibido negarse a practicar abortos y/o manifestar que ninguno de los profesionales de la salud del hospital va a participar en una IVE. Ello tiene en cuenta no sólo que las personas jurídicas no son titulares del derecho a la objeción de conciencia, sino que señala las consecuencias de la declaración de objeción, ya que una institución sanitaria debe respetar tanto los derechos del objetor como la obligación de prestar asistencia⁴⁰⁴.

Sin embargo, tal y como apuntan Cook, Dickens y Arango, en muchos países occidentales los hospitales están fundados con el patrocinio de alguna autoridad religiosa⁴⁰⁵. Este hecho pone en relieve la problemática en países como Colombia, donde el aborto no está totalmente despenalizado, y sólo es legal en supuestos expresos señalados por la

⁴⁰² Cfr. Aclaración del voto de Manuel José Cepeda Espinosa. En *Sentencia C-355/2006*, Corte Constitucional de Colombia, *ob. cit.*

⁴⁰³ MELLING, Louise y LEE, Jennifer. «Lessons from Colombia to the United States: An Instructive Framework for Analyzing Conscientious Objection to Abortion». En: Women's Link Worldwide. *T-388/2009. Conscientious objection and abortion: A global perspective on the colombian experience*. Washington D.C.: O'Neill Institute-Georgetown Law, 2014.; discutido con anterioridad también por COOK, Rebecca J.; ARANGO OLAYA, Mónica; DICKENS, Bernard Morris. «Healthcare responsibilities and conscientious objection», *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 104, núm. 3, 2009, pp. 249-252.

⁴⁰⁴ DICKENS, Bernard. Morris. «Conscientious commitment», *The Lancet*, vol. 371, núm. 9620, 2008, pp. 1240-1241.

⁴⁰⁵ COOK, Rebecca J.; ARANGO OLAYA, Mónica; DICKENS, Bernard Morris. «Healthcare responsibilities and conscientious objection», *ob. cit.*, pp. 9-10.

jurisprudencia de la Corte Constitucional. La restricción de la prestación de aborto en los hospitales de inspiración religiosa entra en contradicción con el pluralismo exigido por la Constitución de Colombia⁴⁰⁶. Llegados a este punto cabe preguntar si la práctica del aborto debe ser asumida por los centros (laicos) del Estado, o si todos los hospitales deben hacerse cargo de su realización⁴⁰⁷. Esta pregunta encuentra su respuesta en la Sentencia T-209/2008, en la que los profesionales deben proceder a un acompañamiento médico a la mujer hasta que pueda abortar. Este acompañamiento no obliga a una actuación directa del centro médico, a no ser que sea una situación urgente, en cuyo caso la institución debe atender a la mujer, al margen de su ideario.

La exclusión de las personas jurídicas como sujetos objetores aproxima Colombia a los estados europeos, y lo aleja de Estados Unidos (EUA), en contra de lo que pretendía la Iglesia católica. Actualmente, en EUA, 42 Estados permiten que las instituciones se nieguen a practicar abortos, 16 de los cuales limitan la negativa a las instituciones privadas o religiosas⁴⁰⁸. Asimismo, existe una prohibición de destinar fondos públicos para la financiación de abortos, salvo cuando exista un peligro para la vida de la madre, o si el aborto es fruto de una violación o incesto⁴⁰⁹.

- b) Obligación de los hospitales de disponer de los medios necesarios para facilitar el acceso al aborto legal.

Los hospitales cuyos médicos se niegan a realizar abortos por motivos de conciencia, deben contar con profesionales capaces de practicar abortos, para que se pueda prestar el servicio a las mujeres, de manera conveniente y oportuna. No puede haber confrontación entre esta obligación y las instituciones hospitalarias que se adhieran a convicciones religiosas opuestas al aborto. En estos casos, debe realizarse una distinción entre el hecho de manifestar creencias religiosas propias – en el contexto de la vida personal del individuo— y las obligaciones laicas en la vida profesional o comercial⁴¹⁰.

A diferencia de la regulación de Colombia y la europea, en los EUA no se valoran las consecuencias que puede tener la negativa institucional sobre las mujeres o en la formación

⁴⁰⁶ DICKENS, Bernard Morris. «Jurisprudence from the Constitutional Court of Colombia on Conscientious Objection». En: Women's Link Worldwide. T-388/2009. *Conscientious objection and abortion: A global perspective on the colombian experience*. Washington D.C.: O'Neill Institute-Georgetown Law, 2014, p. 83.

⁴⁰⁷ *Ibidem*.

⁴⁰⁸ Véase Guttmacher Institute. *An Overview of Abortion Laws*, diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/overview-abortion-laws> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁰⁹ USA. *Consolidated Appropriations Act*, Ley núm. 116-94, 2020, pp. 133 y ss.

⁴¹⁰ Siguiendo con la jurisprudencia emanada por la Corte Europea de Derechos Humanos, aplicable en Colombia, “los farmacéuticos pueden manifestar sus convicciones religiosas en formas que no incluyesen la negación a diligenciar prescripciones para productos anticonceptivos”. Corte Europea de Derechos Humanos, Caso *Pichon Sajous v. Francia*, STEDH, *ob. cit.*

de salud de los profesionales y personal que trabaja en los hospitales⁴¹¹. Los EUA establecieron que “*las corporaciones con fines de lucro administradas de forma cerrada* pueden, con base a las creencias religiosas, solicitar una exención de la ley federal”⁴¹², y con ello se aceptó que las entidades con fines de lucro podían ampararse en la libertad religiosa. En EUA, la protección de la libertad religiosa de las corporaciones se hace a través de la “protección de la libertad religiosa de las personas que poseen y administran estas compañías”. La capacidad de las corporaciones para hacer valer su derecho de libertad religiosa, en virtud de la ley en cuestión⁴¹³ (no de la Constitución), rompe con la separación que el estatus de institución o individuo ha marcado la jurisprudencia europea y colombiana, e incluye en el término “corporación” no sólo a hospitales, sino también a farmacias y cualquier tipo de empresa⁴¹⁴. Este es un objetivo que también quiere conseguir Uruguay⁴¹⁵, como veremos, y es una opción que perjudica, sin duda, a los trabajadores que trabajan en empresas que ejercen la objeción religiosa, cuando los mismos no profesan la misma creencia.

Cabe recordar que “las propias convicciones no pueden invocarse como excusas para el cumplimiento de deberes que el Estado impone a todos por igual y que objetivamente considerados no implican prácticas o actuaciones susceptibles de ser enfrentadas a la conciencia individual”⁴¹⁶. Según la Sentencia T-209/08, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud (según sus competencias) deberán

⁴¹¹ MELLING, Louise y LEE, Jennifer. «Lessons from Colombia to the United States: An Instructive Framework for Analyzing Conscientious Objection to Abortion», *ob. cit.*, pp. 121-123.

⁴¹² (...) que exige que los seguros de salud obligatorios cubran la anticoncepción. Caso *Burwell contra Hobby Lobby Stores Inc*, ante Corte Suprema de EUA (2014). En el presente caso se discute la cobertura que da la Ley de Cuidado y Salud asequible de EUA, la cual obliga entre otras cosas que los seguros de salud ofrecidos a los empleados cubran con los costos de los métodos anticonceptivos que ellos elijan. Las empresas *Hobby Lobby* y *Conestoga Wood* consideran que el pago de estos seguros viola los mandatos de la religión que profesan, y por ello solicitan que la sociedad se exima de dicho pago. Finalmente se reconoce que las empleadas de ambas empresas sufren “un daño directo y relevante negándoseles el acceso gratuito a métodos anticonceptivos, derecho que se les otorga por ley, ligado íntimamente a la salud y a la planificación familiar. Por tanto, conceder la excepción, en este caso, afecta profundamente a derechos relevantes de terceros y, por eso puede hablarse de daño” desde la perspectiva constitucional, pero verdaderamente el caso debía solucionarse desde una perspectiva de libertad religiosa otorgada por la ley federal de restauración de la libertad religiosa (RFRA) por lo cual se aceptaban las reclamaciones de las empresas, cosa que por la vía constitucional no se habrían aceptado. Se permite no abastecer de métodos anticonceptivos. Para más información sobre el caso *Hobby Lobby* véase LEDERMAN, Marty. «Hobby Lobby Part IV, VIII y IX: Hobby Lobby's identification of the 'precise religious exercise at issue here' and some thoughts on whether federal law substantially burdens it», 2014. Disponible en: <<http://www.balkin.blogspot.com.ar/2014/02/hobby-lobby-part-viii-hobby-lobbys.html>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020); DVOSKIN, Brenda. «Algunas cuestiones sobre libertad de culto y derecho societario en *Burrell v. Hobby Lobby Stores*», *INC*, núm. 2, 2014. pp. 142-161; VAZQUEZ ALONSO, Víctor Javier. «Objeción de conciencia empresarial y “guerra de religión” en los Estados Unidos. Reflexiones a partir de *Burwell v. Hobby Lobby Stores, Inc*», *Revista chilena de derecho y ciencia política*, vol. 9, núm. 1, 2018, pp. 84-130.

⁴¹³ USA. Religious Freedom Restoration Act of 1993, Ley número 103-141, 107 states, noviembre de 1488.

⁴¹⁴ Pueden consultarse algunos ejemplos en “Challenges to the Federal Contraceptive Coverage Rule” disponible en: <https://www.aclu.org/challenges-federal-contraceptive-coverage-rule> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴¹⁵ Tal y como muestra en su proyecto de ley sobre libertad de conciencia e ideario. *Vid.* Apartado 6.2.1. de la presente tesis.

⁴¹⁶ *Sentencia T-363/1995*, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.*

garantizar la derivación de los pacientes ante la objeción de conciencia de un profesional⁴¹⁷. El Tribunal de Nacional de Ética (TNE)⁴¹⁸ así como los TEM⁴¹⁹ son los encargados de sancionar la no derivación de los pacientes a un profesional no objetor; al margen de que, posteriormente, se determine si la objeción de conciencia fue pertinente o no.

- c) Cuando un profesional invoca la objeción de conciencia debe explicar las razones de manera individual y por escrito.

Los argumentos del profesional para fundamentar la objeción de conciencia pueden ser sus propias convicciones religiosas, pero deben explicarse por escrito ya que no basta con expresar “objeción religiosa”.

Las instituciones que conforman el sistema sanitario, escuelas de medicina y hospitales, deben ofrecer una instrucción cuidadosa en los procedimientos del aborto legal, así como ofrecer capacitación en otros procedimientos ginecológicos y obstétricos⁴²⁰. Desde los inicios de los estudios de la profesión debe explicarse que el derecho a la objeción de conciencia sólo puede ejercerla el personal que participa directamente en la realización del procedimiento y “no se extiende al personal encargado de la historia clínica, el archivo de la institución, la recepción de los pacientes, la limpieza de las instalaciones ni a la atención de los pacientes en recuperación (entre otros)”⁴²¹.

En este sentido, la Sentencia T-209/2008 se aleja de la jurisprudencia en los EUA, que ha aceptado que un empleado pudiera negarse a limpiar los equipos después de un aborto, alegando su objeción religiosa⁴²², y que unas enfermeras de un hospital público se negaran a participar en los cuidados pre y post operatorios de las mujeres que hubiesen

⁴¹⁷ Sentencia T-209/2008, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.* (Párrafo 6.4). Y, Colombia. Decreto 4444, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva, *Diario de Bogotá D.C.*, de 13 de diciembre de 2006, pp. 1-5.

⁴¹⁸ *Vid. supra* nota 398.

⁴¹⁹ *Ibidem*. Cfr. Sentencia T-209/08, Corte Constitucional, *ob. cit.* (Párrafo 6.2).

⁴²⁰ COOK, Rebecca J.; ARANGO OLAYA, Mónica; DICKENS, Bernard Morris. «Healthcare responsibilities and conscientious objection», *ob.cit.*, p. 6.

⁴²¹ Sentencia T-388/09, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.*

⁴²² *Caso Tramm v. Potter Men. I Hosp.*, H 87-355, U.S dist LEXIS 16391, de 22 de diciembre de 1898. Cfr. casos en que se plantea el reconocimiento a la participación indirecta y directa: ODELL, Jere D.; COMER, Amber Malcom; RUA, Avril N. y ABHYANKAR, Rahul. «Conscientious objection in the healing professions: a readers' guide to the ethical and social issues», *Medical Library Association Annual Meeting and Exhibition*, May 6-8 Boston, 2013; APARISI MIRALLES, Ángela, y LÓPEZ GUZMAN, José. «El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal», *ob. cit.*, p.14; CEBRIÁ GARCÍA, María Dolores. «La objeción de conciencia al aborto: su encaje constitucional», *Anuario de la Facultad de Derecho*, núm. 21, 2003, p.104; NAVARRO VALLS, Rafael. «La objeción de conciencia al aborto: nuevos datos» En: GUITARTE IZQUIERDO, Vidal. y ESCRIVÀ IVARS, Javier. *La objeción de conciencia*, Valencia, Generalitat Valenciana, 1993, pp.102-103.

Sólo participación directa en: CHAVKIN, Wendy; LEITMAN, Liddy; POLIN, Kate. «Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses». *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 123, 2013, p. S42; CHAVKIN, Wendy; SWERDLOW, Laurel; FIFIELD, Jocelyn. «Regulation of Conscientious Objection to Abortion An International Comparative Multiple-Case Study», *Health Hum Rights*, vol. 19, 2017, pp. 56-57.

abortado⁴²³.

- d) No puede invocarse la objeción de conciencia cuando ello vulnere los derechos fundamentales de la mujer al cuidado de la salud.

Se debe garantizar el acceso de las mujeres al aborto, y para cumplir con esta obligación, los profesionales cumplen un papel muy relevante. Según la Sentencia T-355/06: "Las mujeres a quienes les son negados los servicios de aborto en razón a la objeción de conciencia deben ser remitidas a médicos en disposición de ofrecer dichos servicios. El médico objetor tiene el deber de remitir a la paciente de manera inmediata y las instituciones deben mantener información sobre médicos no objetores a quienes puedan remitir los pacientes con prontitud"⁴²⁴.

- e) Todas las solicitudes de objeción de conciencia dentro de las instituciones de salud serán revisadas por profesionales médicos no objetores o por un Comité designado por el Estado para asegurar que la objeción se encuentra legítimamente fundamentada.

Desde la Sentencia T-355/06, los tribunales de ética médica han sido los encargados de desarrollar mecanismos de control ético-disciplinarios para asegurar que la objeción se usa de forma lícita en un determinado momento, y deben investigar para verificar que el profesional ejercita la objeción de conciencia adecuadamente. En caso contrario, se pueden imponer sanciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y el Ministerio de Protección Social a las EPS e IPS que se nieguen a prestar el servicio en los términos de la legalidad.

- f) El sistema de salud pública es el encargado de garantizar y proporcionar una oferta adecuada de proveedores de servicios de aborto dentro del país.

La Sentencia 209/2008 obliga a los hospitales e instituciones similares a elaborar un registro de proveedores a los que pueden remitir a las pacientes para la práctica de la IVE. Este registro permitirá un cumplimiento efectivo de la obligación de los médicos objetores de remitir a sus pacientes a profesionales capacitados dispuestos a realizar la prestación⁴²⁵.

Como bien proponen Cook, Dickens y Arango, puede incluirse la categoría de objetor de conciencia en las licencias médicas de cada uno de los profesionales. Pese a que la declaración de objetor debe realizarse ante cada caso por escrito y con alegaciones

⁴²³ El caso finalmente se concilió. Defs. Br. En Opp'n to Pis.' Appl. From Prelim. Inj. Relief at 10, Danquah v. Univ. Of Medicine & Denistry of N.J., vol. 6377, núm. 1, de 22 de noviembre de 2011.

⁴²⁴ *Sentencia C-355/06*, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.* (Considerando 4 y ss).

⁴²⁵ *Sentencia T-209/08*, Corte Constitucional, *ob. cit.*

morales, se puede manifestar la condición de objetor desde la expedición de la licencia especializada. Cabe emitir dos tipos de licencia (unas para los que no estén dispuestos a realizar abortos, y otras para los que sí están dispuestos a realizar estos procedimientos, incluida la asistencia pre y post operatoria)⁴²⁶. Los hospitales podrían así conocer el número de médicos contratados de cada uno de los tipos, objetores y no objetores, y predecir el número de profesionales necesarios para poder asumir los servicios dentro de cada región del país.

- g) Responsabilidad civil de las instituciones de salud que se nieguen a la realización de un aborto legal y no custodien a la paciente.

Las entidades de salud que se nieguen a practicar una IVE en los términos de la jurisprudencia colombiana pueden ser declaradas responsables de los daños causados a la mujer, y éstas podrían obtener una indemnización. La entidad de salud podrá después repetir contra los médicos, si éstos no remitieron a la mujer a otros profesionales o si de otro modo violaron los derechos de la mujer⁴²⁷.

- h) Investigación disciplinaria a los jueces por incumplimiento del principio *iura novit curia*.

La sentencia de la Corte Colombiana advierte de que los jueces de instancia deben ser investigados por su desconocimiento de la jurisprudencia aplicable (fallo de la Corte Constitucional de 2006), así como del Código Penal y la Constitución, porque ello podría dar lugar a un pronunciamiento incorrecto que niegue el derecho al aborto de la solicitante.

- i) El Ministerio de Salud y su correspondiente ente de vigilancia, encargados de velar por la aplicación de la sentencia que permite el aborto legal condicionado.

El Ministerio de Salud y el Ministerio de Protección Social deben investigar a los hospitales que incumplen las normas aplicables a la IVE e imponer sanciones cuando ésta sea violada o ignorada. La Sentencia T-209/2008 prefigura un mecanismo de control basado en procedimientos de revisión. Así como los Comités pueden ser los encargados de revisar caso por caso las objeciones presentadas —véase apartado e—, el Ministerio de Salud puede actuar mediante un muestreo seleccionado al azar⁴²⁸, evaluando la legitimación de la objeción de conciencia y la institución donde se solicite.

⁴²⁶ Se prefiguran como licencias de tipo A y B en su ejemplificación. Véase COOK, Rebecca J.; ARANGO OLAYA, Mónica; DICKENS, Bernard Morris. «Healthcare responsibilities and conscientious objection», *ob. cit.*, p. 6.

⁴²⁷ Colombia. Decreto 4444, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva, *ob. cit.* (art. 4.1).

⁴²⁸ COOK, Rebecca J.; ARANGO OLAYA, Mónica; DICKENS, Bernard Morris. «Healthcare responsibilities and conscientious objection», *ob. cit.*, p. 7.

En conclusión, la Corte constitucional articula un mecanismo de control jurisdiccional para la aplicación de los derechos de salud sexual y reproductiva – en concreto el aborto— en el marco del ordenamiento jurídico nacional de Colombia. El Decreto 444 de 2006 permite invocar la objeción de conciencia a los profesionales que tengan una participación directa en los procedimientos quirúrgicos y de naturaleza similar en caso de conflicto moral, permitiendo que puedan objetar en conciencia no sólo médicos, sino también enfermeros de la sala de cirugía y anesthesiólogos⁴²⁹. Sin embargo, no tendrán reconocida esta opción el personal administrativo de salud que no participe directamente en procedimientos médicos⁴³⁰. Cabe tener en cuenta que “la objeción de conciencia no es un derecho absoluto y que un médico que se encuentre en una situación donde sea la única persona en capacidad de realizar un procedimiento de interrupción oportuna para proteger la vida o la salud de la mujer y que no puede remitirla a otro proveedor, está en obligación de llevar a cabo dicho procedimiento para proteger los derechos fundamentales de esa mujer a la vida y la salud”⁴³¹.

La Corte Constitucional reiteró este estándar de “buenas pautas en la aplicación del aborto legal” de la Sentencia T-209/2008 en una sentencia posterior, la Sentencia T-388/09. Este pronunciamiento es de suma importancia por el vigor que desarrolla la Corte constitucional interpretando y aplicando la Constitución nacional como un mecanismo de protección hacia los derechos de la mujer, sobre su propio cuerpo a través del acceso al aborto legal y limitando el abuso de la objeción de conciencia hecha con el propósito o el efecto de negar estos derechos⁴³².

El caso que llevó a la sentencia de 2009 fue el de una mujer embarazada de diecinueve semanas que recibe un diagnóstico de malformaciones fetales, incompatibles con la vida fuera del útero. La junta médica del centro, equivalente al comité de bioética, recomienda la IVE, no sólo por ser ese una de las indicaciones de aborto legal, sino también por los daños que sufría la mujer: fuertes contracciones, sangrado vaginal y fuertes dolores de cabeza. El juez de primera instancia al que se solicitó la autorización para la práctica del aborto se declaró impedido por razones de conciencia. El juzgado de segunda instancia ordenó que se llevara a cabo la IVE en un plazo de cuarenta y ocho horas.

Aquí la objeción de conciencia la alega no algún profesional sanitario, sino el juez de

⁴²⁹ *Vid.* Art. 18 de Colombia. Decreto 4444, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva, *ob. cit.*

⁴³⁰ *Ibidem* (art. 5).

⁴³¹ *Vid.* Art. 18.3 de Colombia. Ministerio de la Salud. Decreto 4444, por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva, *ob. cit.*

⁴³² DICKENS, Bernard Morris. «Jurisprudence from the Constitutional Court of Colombia on Conscientious Objection», *ob. cit.*, p. 86.

primera instancia, que se niega a autorizar un aborto legal en Colombia. La Corte Constitucional condenó esta actitud como una omisión grave de la función judicial y una violación del Estado de Derecho, equiparando a los jueces —en el ejercicio de la libertad de pensamiento, conciencia y religión en sus vidas personales y privadas— al personal de salud, farmaceutas y parteras⁴³³ en el sentido de “no ser libres para manifestar [su] religión o creencias” negando a otras personas sus derechos y libertades fundamentales. La responsabilidad de los cargos públicos, en cuanto al respeto de los derechos de las demás personas, es de vital valor.

Nace así una corriente jurisprudencial que distingue entre la conciencia o convicción religiosa de los funcionarios públicos, que no puede ser manifestada durante el legítimo ejercicio de las funciones públicas, y el deber legal que corresponde al ejercicio de su profesión. Se entiende así que el trabajo de los funcionarios públicos debe realizarse de forma neutral, sin favorecer o discriminar por motivos religiosos, personales o de cualquier tipo. Pues “la libertad de conciencia no confiere el derecho a recurrir de manera indiscriminada a la objeción de conciencia. Cuando una libertad establecida se convierte en licencia o en excusa para limitar los derechos de los demás, el Estado está obligado a proteger, también por vía legal, los derechos inalienables de sus ciudadanos y ciudadanas contra tales abusos”⁴³⁴. Cuando se manifiesta la objeción de conciencia, ello supone incumplir un deber jurídico “con mayor o menor proyección social”. El ejercicio de la objeción por motivos de conciencia, que puede parecer justificada, puede no estarlo, vista desde la óptica de las consecuencias negativas que su ejercicio produce respecto de los derechos de terceras personas.

En esta Sentencia T-388/09, la Corte constitucional reitera que los servicios de aborto deben estar disponibles en todo el territorio nacional y hace un llamamiento a los Ministerios de Educación y Protección Social para que en el término de tres meses pongan en marcha un plan de promoción de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que incluya información acerca de indicaciones bajo las que está despenalizado el aborto en Colombia.

Para Fletcher⁴³⁵ este modelo resolutivo de la Sentencia T-388/09 supone una iluminación para los casos pendientes de resolución en instancias europeas sobre IVE. Fletcher bautiza este modelo de análisis como “reducción de daños” porque tiene en cuenta

⁴³³ Véase *Sentencia 388/09*, Corte Constitucional Colombiana, *ob. cit.* (Considerando 4.3).

⁴³⁴ *Ibidem* (Consideración 24).

⁴³⁵ FLETCHER, Ruth. «Conscientious Objection and Harm Reduction in Europe». En: *T-388/2009 Conscientious Objection and Abortion: A Global Perspective on the Colombian Experience, Women's Link Worldwide and O'Neill Institute for National and Global Health Law*, Washington D.C.: O'Neill Institute-Georgetown Law, 2014, pp. 129-154.

las consecuencias que la objeción de conciencia tiene para la mujer embarazada, y trata de minimizarlas todo lo posible. Para la investigadora “estos posibles daños son los que legitiman las limitaciones a la objeción de conciencia de los profesionales”. Los estándares de la Sentencia T-388/09 son útiles para resaltar la adecuación de las restricciones en el uso de la objeción de conciencia institucional, pues las instituciones no pueden considerarse objetoras de conciencia, y ello desvirtuaría todos los intentos de ejercicio institucional por parte de prestadores de salud con una afiliación religiosa determinada. Al mismo tiempo, el estándar de prohibición de discriminación refuerza la exclusión del ejercicio de la objeción de conciencia por parte de profesionales indirectamente involucrados en la IVE; sólo se permitirá el ejercicio de los profesionales implicados de forma directa. Este criterio de la “reducción de daños” permitiría eliminar la diferenciación reconocida entre profesionales con participación directa e indirecta, a efectos de la objeción de conciencia⁴³⁶.

En diciembre de 2015, la Corte constitucional se pronunció nuevamente sobre un caso de violencia sexual que indirectamente afecta al aborto y suscita, de nuevo, un debate sobre la objeción de conciencia. La sentencia de la Corte Constitucional C-754/2015 constituyó un importante primer paso hacia la atención de las víctimas de violencia sexual del país. La demanda se interpuso por parte de seis organizaciones de derechos humanos (entre ellas DeJusticia, Women’s Link Worldwide y la Casa de la Mujer), solicitando la inconstitucionalidad de la Ley 1719 (2014)⁴³⁷, por utilizar la expresión “facultad” (art. 23): todas las entidades del sistema de salud están en la facultad de implementar el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual, que contendrá dentro de los procedimientos de interrupción voluntaria del embarazo la objeción de los médicos y la asesoría de la mujer en continuar o interrumpir el embarazo.

Según las organizaciones reclamantes, las entidades del sistema de salud deberían tener la obligación, no la facultad, de implementar dicho Protocolo. Las víctimas de violencia sexual pueden reclamar, entre otros, el acceso al aborto, exámenes y medicamentos para detectar y tratar infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, anticoncepción de emergencia para prevenir embarazos y tratamiento para su salud mental; además todas las instituciones de salud del país deben contar con el personal suficiente que preste estos servicios, sin que puedan alegar objeción de conciencia institucional. Si todo ello queda

⁴³⁶ Véase FLETCHER, Ruth, «Conscientious Objection and Harm Reduction in Europe», *ob. cit.* La autora años más tarde vuelve a reflexionar sobre el tema, de forma concreta analizando el contexto irlandés en FLETCHER, Ruth, «Conscientious Objection and Harm Reduction and abortion care», En: DONNELLY, Mary y MURRAY, Claire. *Ethical and legal debates in Irish healthcare: Confronting complexities*, Manchester: Manchester University Press, 2016.

⁴³⁷ Colombia. Ley núm. 1719 de 18 de junio, de 2014, por la cual se modifican algunos artículos de las Leyes 599 de 2000, 906 de 2004 y se adoptan medidas para garantizar el acceso a la justicia de las víctimas de violencia sexual, en especial la violencia sexual con ocasión del conflicto armado, y se dictan otras disposiciones, *Diario oficial de Colombia*, núm. 49186, de 18 de junio de 2014.

como una facultad de las entidades de salud, el Protocolo puede resultar inútil, y la actuación que reciben las víctimas, insuficiente⁴³⁸.

La Sentencia C-754/2015 obliga a los prestadores de salud colombianos “a brindar todos los servicios necesarios para la recuperación física y mental de las víctimas de toda forma de violencia sexual, incluido el aborto, sin necesidad de denuncia”, pudiendo acceder de forma inmediata, gratuita, confidencial, digna e integral a los servicios de salud. Con esto se clarifican que se trata de una obligación, no de una facultad de las entidades de salud. Tras este pronunciamiento de la Corte constitucional, queda claro que el Protocolo es obligatorio, y se espera que las autoridades competentes tomen inmediatamente medidas para asegurar y vigilar su cumplimiento⁴³⁹.

Esta sentencia cuenta con una abstención de voto⁴⁴⁰ por parte del magistrado Jorge Pretelt, quien señaló que el Protocolo, tras esta interpretación jurisprudencial, es abiertamente inconstitucional porque “ha flexibilizado los requisitos para practicar el aborto, lo que afecta gravemente contra la protección de la vida”⁴⁴¹. La sentencia C-754/2015 obliga a realizar anticoncepción de emergencia o IVE a la mayor celeridad posible, sin que la objeción de conciencia de los profesionales pueda suponer una dilación de los procedimientos.

6.1.3. Consideraciones acerca del ejercicio de la objeción de conciencia.

Colombia es uno de los países de América Latina – junto con Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, el Salvador, Ecuador y Uruguay⁴⁴²— en pleno proceso de cambio en relación con los derechos reproductivos, incluido el aborto⁴⁴³. Las políticas de salud sexual y

⁴³⁸ Hasta la fecha, la atención a víctimas de violencia sexual no ha sido la suficiente. Entre 2012 y 2014 el Instituto Nacional de Medicina Legal reportó 48 mil mujeres como posibles víctimas de violencia sexual. Sin embargo, cerca del 40% no fueron atendidas por el sistema de salud. En el boletín estadístico de Medicina Legal también aparece que en 2014 se presentaron 3.659 casos de violencia sexual en Bogotá, 944 en Medellín y 843 en Cali. Y arroja otro dato preocupante: niñas entre los 10 y los 14 años de edad han sido las más afectadas. Entre los años 2012 y 2014, un promedio anual de 6.813 niñas fueron víctimas de violencia sexual. Véase Women's Link Worldwide. *Manual constitucional para la práctica de IVE. Lineamientos constitucionales para el ejercicio del derecho al aborto en Colombia*, 2010.

⁴³⁹ “Prestadores de salud tienen la obligación de atender a víctimas de violencia sexual”, *Revista Digital Opinión y salud*. Disponible en : <http://www.opinionysalud.com/prestadores-de-salud-tienen-la-obligacion-de-atender-a-victimas-de-violencia-sexual/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁴⁰ En Colombia el voto particular de los magistrados se formaliza mediante abstención de voto, argumentando el porqué de la abstención.

⁴⁴¹ Texto de la abstención presentado y adjunto a *Sentencia C-754/15*, Corte Constitucional Colombiana D-10849, de 10 de diciembre de 2015. M.P.: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

⁴⁴² Para más información sobre la situación del aborto en estos países, *vid.* PIEKAREWICZ SIGAL, Mina. «Bioética y aborto en América Latina». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia. *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. Pamplona: Civitas, 2012, pp. 157-172.

⁴⁴³ Para comprender la preocupación por este tipo de cambio de políticas de salud donde la objeción de conciencia tiene un peso indiscutible pueden consultarse las actas del II Congreso Internacional Jurídico sobre

reproductiva están en plena fase de reforma legislativa. Colombia no posee una normativa aplicable más allá de las premisas sobre aborto expuestas en la jurisprudencia de la Corte Constitucional⁴⁴⁴, por lo que la implementación legal aún no se ha llevado a cabo.

La autonomía de las mujeres, el reconocimiento de la dignidad y el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo tienen una incidencia en los sistemas de salud, y los conflictos entre los pacientes y los profesionales se deben resolver de forma equitativa, pues corresponde al Estado satisfacer y proteger los derechos de ambas partes. La jurisprudencia ha reconocido que los médicos pueden estar obligados a ofrecer cuidados a las mujeres que acudan a ellos, e incluso pueden tener deberes éticos profesionales que obligan a ofrecer los tratamientos necesarios ante una emergencia. En el caso del aborto, la Corte Constitucional ha reconocido esta postura mediante los pronunciamientos expuestos en las Sentencias C-355/06, T-209/08 y T-388/09 entre otras⁴⁴⁵, y brinda esta protección, cuando en realidad debería ser el Estado, mediante la aprobación de leyes, quien garantice estos derechos sin necesidad de que sean los tribunales del país los que deban resolver el conflicto.

La obligación de los médicos de remitir a la paciente a otro profesional que pueda practicar el aborto es uno de los puntos fuertes de la regulación de la IVE en Colombia⁴⁴⁶. A diferencia de otros países europeos, que también exigen esta remisión, en el Estado colombiano debe garantizarse con una declaración formal de remisión hacia un profesional

Derechos Reproductivos (2011) dónde el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos (con las siglas FLASOG) mostró esta inquietud de futuro por resolver. Disponible en <http://www.sguruguay.org/index.php/articulos-cientificos-seleccionados/noticias-anteriores>. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

En concreto véase CAVALLO, Mercedes y RAMÓN MICHEL, Agustina. «La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la reacción frente al problema del aborto legal) en América Latina». En: Women's Link Worldwide. T-388/2009. *Conscientious objection and abortion: A global perspective on the colombian experience*. Washington D.C.: O'Neill Institute-Georgetown Law, 2014, pp. 95-110; GONZÁLEZ VÉLEZ, ANA Cristina. «Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia», *ob. cit.*, p. 111.

⁴⁴⁴ Muestra de la afirmación anterior es que el Decreto regula el acceso de manera práctica a la prestación, pero los supuestos reconocidos siguen estándolo por Sentencia de la Corte Constitucional.

⁴⁴⁵ La Corte Constitucional Colombiana ha tenido que pronunciarse para garantizar la prestación de aborto en varias ocasiones. En el apartado anterior se han destacado cuatro sentencias, pero no son las únicas. Otras son las siguientes: 2; Todas las anteriores disponibles en <http://www.corteconstitucional.gov.co>.

⁴⁴⁶ *Vid.* Algunos casos en Colombia por no derivar a la mujer a otro profesional para que realice la obligada prestación:

1) En 2009, el Tribunal de Ética Médica de Caldas sancionó con un mes de suspensión a un médico objetor que no remitió a la mujer que solicitó el servicio a otro médico dispuesto y disponible para prestarlo. Esta decisión fue confirmada posteriormente en apelación por el Tribunal Nacional de Ética Médica, *vid. Proceso 680 Superintendencia Nacional de Salud c. Doctor XX*, Tribunal Nacional de Ética Médica Sala Plena de 24 de noviembre de 2009, Gaceta Jurisprudencial, junio 2013, p. 21.

2) El Hospital Universitario San Ignacio, institución privada de origen católico, fue sancionado económicamente por la Secretaría de Salud de Bogotá con aproximadamente 5.000 dólares, entre otras cosas, por alegar objeción de conciencia institucional a la práctica del aborto *vid.* Resolución núm. 1254, Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud de Bogotá D.C., 16 noviembre 2008, en concreto sus Consideraciones del Despacho. Esta sanción fue confirmada en apelación, aunque disminuida a 3.500 dólares aproximadamente *vid.* Resolución núm. 1277, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C., 30 noviembre 2009, en concreto sus Consideraciones del Despacho.

concreto, acreditado y capacitado, dando así la máxima protección a las mujeres y corroborando el deber legal y ético de las instituciones hospitalarias frente a prestaciones excepcionales reconocidas.

La obstaculización de la IVE supone un abuso hacia un colectivo de pacientes vulnerable y dependiente. En Colombia, la justificación de la no actuación en los casos de IVE, alegando una objeción religiosa – como motivo para la objeción de conciencia— suele ser un bastión injusto y contrario a la legalidad. Lamentablemente, datos de una encuesta realizada a los profesionales afiliados a la Federación Colombiana de Ginecología y Obstetricia, realizada por el Grupo Médico por el Derecho a Decidir, en 2015⁴⁴⁷, evidencian que “más que una objeción de conciencia expresamente reconocida, los profesionales de la salud obstaculizan el acceso a los servicios en coherencia con su desacuerdo frente al régimen de despenalización actual vigente en el país”⁴⁴⁸. Los datos compilados demuestran que “bajo la denominación común de la objeción de conciencia se han ido incluyendo una serie de prácticas que corresponden más bien con barreras u obstáculos en la prestación del servicio”⁴⁴⁹. Pese a que la IVE es una prestación reconocida, delegada a los servicios de salud públicos, el estudio muestra que la gran mayoría de los profesionales opinan que debe crearse un servicio institucional que únicamente realice IVE, contratando personal externo (según un 22%) e incluso mantienen que la institución debe poder declararse objetora de conciencia (14%).

Este país adopta una postura novedosa, a nivel legal, a diferencia de otros países latinoamericanos, más allá de la regulación causal para el aborto mediante supuestos y plazos (como en el caso de Uruguay y México⁴⁵⁰). Se reconoce, además, el daño que

⁴⁴⁷ Encuesta realizada por FECOLOSOG y Grupo Médico por el Derecho a Decidir (2015), al que se refiere GONZÁLEZ-VÉLEZ, Ana Cristina. *Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia*, ob. cit., pp.105-126. De los que no se encuentran datos publicados por las propias entidades realizadoras.

⁴⁴⁸ *Ibidem*, p. 113.

⁴⁴⁹ GONZÁLEZ-VÉLEZ, Ana-Cristina. *Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia*, ob. cit., p. 115.

⁴⁵⁰ El 22 de octubre de 2012, el poder legislativo de Uruguay emitió la Ley 18.987 mediante la cual se despenaliza el aborto durante las primeras 12 semanas de embarazo con el cumplimiento de varios requisitos previos. Después de este plazo, la misma ley indica que, con el cumplimiento de otros requisitos, es legal proceder a la interrupción del embarazo en casos de grave riesgo para la salud de la mujer embarazada, cuando existan malformaciones incompatibles con la vida extrauterina y cuando el embarazo sea producto de violación. En México, el 25 de abril del 2007, la Asamblea Legislativa del Distrito Federal expidió un decreto que reformó el Código Penal del Distrito Federal en el sentido de considerar el aborto como delito solo cuando se practica después de las 12 semanas de embarazo, además de adoptar algunas medidas relacionadas con el sector salud para garantizar el acceso al servicio. *Vid.* Argentina. Decreto por el que se reforma el Código Penal para el Distrito Federal y se adiciona La Ley de Salud para el Distrito Federal, *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, núm. 70, de 26 de abril de 2007). Además, desde antes de esta despenalización, el mismo Código reformado enlista en el artículo 148 como excluyentes de responsabilidad las siguientes causales: cuando el embarazo es producto de violación, cuando hay afectación grave de la salud de la mujer embarazada, cuando el feto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo y cuando el aborto es resultado de una conducta culpable de la mujer embarazada.

supondría admitir objeciones de conciencia sin límite frente al aborto (examinando los estigmas que de por sí soporta la sociedad mayoritariamente católica al solicitar la prestación de aborto). Esta postura concluye con que debe respetarse el derecho al aborto y la dignidad de la mujer que lo solicita. Coincidencia notable entre los estándares colombianos y los pronunciamientos del TEDH, pues ambos muestran que el ejercicio de la objeción de conciencia, admitido como derecho, posee limitaciones considerables⁴⁵¹.

Gracias a la notable Sentencia C-754/2015, las víctimas de violencia sexual pueden acceder a servicios de salud integrales y dignos, que incluyen el reconocimiento a la voluntad de interrumpir la gestación de manera rápida, eficaz y segura – sin necesidad, incluso, de denuncia— en función de la necesidad de proteger el derecho a la vida de la mujer. “De las distintas disposiciones del derecho internacional de los derechos humanos que hacen parte del bloque de constitucionalidad no se desprende un deber de protección absoluto e incondicional de la vida en gestación; por el contrario, tanto de su interpretación literal como sistemática surge la necesidad de ponderar la vida en gestación con otros derechos, principios y valores reconocidos en la Carta de 1991 (Constitución) y en otros instrumentos de derecho internacional de los Derechos Humanos (...)”⁴⁵².

La vida y el derecho a la vida son fenómenos diferentes que requieren una protección distinta. Con esta novedosa Sentencia ha quedado determinado que el derecho a la vida, a la dignidad y al libre desarrollo de la mujer está por encima de la protección del concebido no nacido. El derecho a la vida no puede entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas⁴⁵³, tales como que la interrupción en casos de violencia sexual pueda ser realizada incluso sin denuncia previa, a causa de que esta concepción indeseada se realizase bajo un acto violento sin consentimiento de la gestante.

Debo concluir este apartado mostrándome conforme con el desarrollo jurisprudencial que la Corte Constitucional Colombiana ha realizado en materia de objeción de conciencia y aborto, pues, tal y como expresa Mónica Roa, los pronunciamientos sobre la cuestión son claros, rigurosos y comprometidos⁴⁵⁴, y se protegen los dos grupos de derechos en tensión: el derecho al aborto (en las circunstancias despenalizadas) y el derecho a objetar en

⁴⁵¹ Vid. STEDH, *Pichon and Sajous contra Francia* (en la Parte I, capítulo 4, de la presente tesis doctoral).

⁴⁵² En esta misma línea, y de forma clara, se expone en la *Sentencia C-327/16*, Corte constitucional colombiana de 22 de junio de 2006, en su Consideración constitucional 43 de la atestigua la protección del *concepturus* como derecho fundamental con la salvedad de los casos excepcionados.

⁴⁵³ Naciones Unidas. *Informe del Comité para la eliminación de la discriminación hacia la mujer* de 30 de enero de 1992.

⁴⁵⁴ ROA, Mónica. “La objeción de conciencia es un escudo, no una espada”, *La Razón Pública*, de 11 de octubre de 2010. Disponible en: <https://razonpublica.com/la-objecion-de-conciencia-en-el-aborto-escudo-no-espada/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

conciencia (por parte de los profesionales de forma individual, no institucional). Pero es necesario avanzar y dotar de regulación legal a los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, que ya les son reconocidos por los pronunciamientos de la Corte Constitucional, para crear mayor seguridad jurídica. Una vez superada la etapa de normativización, se podría empezar a gestar otros instrumentos – fuera de la disciplina jurídica— útiles para profesionales y pacientes dentro del ámbito de salud. Éstos facilitarían el reconocimiento de ambas posturas (objector y paciente) y la resolución de futuros conflictos, pudiendo, por ejemplo, añadirse la objeción de conciencia (una posibilidad dentro del ejercicio médico) al Código de Deontología Médica de Colombia, que es una cuestión pendiente en la actualidad.

6.2. Uruguay.

Uruguay merece una mención especial dentro de esta tesis doctoral por su metodología y su novedosa regulación acerca de la objeción de conciencia sanitaria. Ésta se enfoca como una figura legal cuya protección deriva de un conjunto de artículos de su Constitución. A diferencia de otros países, la objeción de conciencia no surge como una excepción al Servicio Militar Obligatorio (SMO), pues no existe el SMO. La defensa nacional está concebida como una tarea de las Fuerzas Armadas (FFAA), y sólo en situación de emergencia o guerra debería formarse a la población civil apta para la defensa⁴⁵⁵.

Razones éticas, religiosas y axiológicas pueden fundamentar la objeción de conciencia, aunque en Uruguay se estima la posibilidad de incluir dentro de estas razones las científicas. Este motivo abre un debate sobre la justificación del ejercicio de la objeción de conciencia, ausente en otros países, que no contemplan la razón científica como fundamento del ejercicio de la objeción de conciencia. Se trata de la coherencia de actuar conforme una metodología científica que, a su vez, obedece a un deber moral, creando así una nueva justificación de la objeción de conciencia, conocida como *objeción a la ciencia*⁴⁵⁶.

⁴⁵⁵ Desde 1940 rige una Ley de Instrucción Militar Obligatoria (Ley 9943) que resultó inefectiva por no contar con mecanismos para punir su incumplimiento. En Marzo de 2007, el Ministro de Defensa Fernández Huidobro, inició un nuevo debate en el que proponía realizar SMO obligatorio en Uruguay, a raíz de la propuesta de una nueva Ley sobre instrucción militar. Diferenciando la Ley 9943 (en vigencia aún), con este nuevo proyecto de ley centrado en la defensa conjunta cívico-militar. Dónde las tareas de defensa repercuten a la ciudadanía, pretendiendo impartirse conocimientos militares elementales a todos los ciudadanos ante la eventualidad de asumir la defensa del suelo patrio. Información contemplada de UNED, Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado. Programa de Seguridad y Defensa de los países de América Latina (Adefal). Disponible en: <http://iugm.es/adefal/inicio/documentacion/cono-sur/uruguay/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁵⁶ En contra, consideran que la objeción a la ciencia no es objeción de conciencia, ya que; La objeción de ciencia “hace referencia a la omisión de una acción por motivos científicos. La objeción de ciencia puede ofrecer una vía para el reconocimiento legal sin tener que llegar a la objeción de conciencia, promoviendo que el profesional realice buenas acciones en sí mismas sin dar tanta relevancia a los resultados”. Según Agora CEEM

6.2.1. Marco legal.

Desde la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, en Uruguay se garantiza el pleno disfrute de los derechos, logrando progresivamente su plena efectividad mediante la vía legislativa. En determinados casos, el cumplimiento de las obligaciones supone discrepancias morales que imposibilitan su realización. Uruguay destaca en su empeño por amparar la objeción de conciencia, yendo más allá de su reconocimiento implícito en la Constitución (en adelante CUr), trabajando desde hace tiempo en una Ley que expresamente regule la cuestión.

6.2.1.a). Reconocimiento legal de la objeción de conciencia sanitaria.

El igual que en otros países de su entorno, la libertad de pensamiento, conciencia y religión están protegidos por la Carta Magna uruguaya, aunque no de forma expresa dado que no existe un artículo expreso para ello. Por un lado, se protege la libertad en general (art. 7 CUr)⁴⁵⁷ y, por otro lado, la libertad de conciencia moral y cívica de los trabajadores o empleados (art. 54 CUr)⁴⁵⁸. Además, hay que tener en cuenta que pueden existir derechos no explícitos, derivados, implícitamente, de derechos inherentes a la persona humana (art. 72 CUr)⁴⁵⁹.

En Uruguay, la objeción de conciencia se reconoce en varios instrumentos legales⁴⁶⁰,

ONG: <http://agora.ceem.org.es/wp-content/uploads/documentos/bioetica/objecionconciencia.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁵⁷ Uruguay. Constitución de la República Oriental de Uruguay (1967), modificada en 2004.

Vid. Art. 7:

“Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general”.

⁴⁵⁸ Uruguay. Constitución de la República Oriental de Uruguay, *ob. cit.*

Vid. Art. 54:

“La ley ha de reconocer a quien se hallare en una relación de trabajo o servicio, como obrero o empleado, la independencia de su conciencia moral y cívica; la justa remuneración; la limitación de la jornada; el descanso semanal y la higiene física y moral. El trabajo de las mujeres y de los menores de dieciocho años será especialmente reglamentado y limitado”.

⁴⁵⁹ Uruguay. Constitución de la República Oriental de Uruguay, *ob. cit.*

Vid. Art. 72:

“La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno”.

⁴⁶⁰ Uruguay. Ley número 18.335 de 18 de agosto de 2008, mediante la que se establecen derechos y obligaciones para pacientes y usuarios de los servicios de Salud, *Diario oficial de la República oriental del Uruguay*, de 26 de agosto de 2008; Uruguay. Ley número 18.473 de 3 de abril de 2009, incorporación de las voluntades anticipadas al ordenamiento jurídico, *Diario oficial de la República oriental del Uruguay*, 21 de abril de 2009; Uruguay. Ley número 18.815 de 30 de septiembre de 2011, regulación de la profesión de enfermería, *Diario oficial de la República oriental del Uruguay*, de 14 de octubre de 2011; Uruguay. Decreto del poder ejecutivo 258/1992 de 9 de junio de 1992. Reglamentación sobre conducta médica y derechos del paciente, *Diario oficial de la República oriental del Uruguay*, de 16 de junio de 1992; y, Código de Ética Médica del Sindicato Médico de Uruguay (CEMUr, 1995). Disponible en

con carácter general en algunos casos, o frente a prestaciones concretas. Así, la Ley 18.473, de incorporación de las voluntades anticipadas al ordenamiento jurídico (2009), en su art. 9, reconoce la objeción de conciencia del médico: “De existir objeción de conciencia por parte del médico tratante ante el ejercicio del derecho del paciente objeto de esta ley, la misma será causa de justificación suficiente para que le sea admitida su subrogación por el profesional que corresponda”.

La Ley 18.815 de regulación de la profesión de enfermería (2011), remite expresamente, en su art. 8, al Convenio 149 (Recomendación núm. 157) de la OIT, ratificado por la República Oriental del Uruguay por el Decreto-Ley núm. 14.906, de 2 de julio de 1979. Este dispone que el personal de enfermería puede ser “dispensado” de realizar acciones que van contra su pensamiento, eximiéndose, sin poder ser perjudicados, de las tareas que entren en conflicto con sus convicciones, siempre que se informe de ello para habilitar su sustitución y que la atención de los pacientes no quede afectada.

Con anterioridad, el Decreto del poder ejecutivo 258/1992. Reglamentación sobre conducta médica y derechos del paciente (1992), estableció el principio de “respetar la conciencia de cada profesional, ámbito al que el derecho no debe ingresar sino para garantizarlo” (Considerando 5). En su art. 19 prohíbe al médico negar asistencia a todo paciente que lo requiera “salvo situaciones excepcionales debidamente autorizadas por la autoridad competente”. Los arts. 7 y 8, a los que se remite el anterior art. 19, establecen el deber de asistencia al enfermo en situaciones de urgencia o no urgencia, respectivamente. En este caso, si el médico encontrara obstáculo para asistir al paciente deberá “avisar de inmediato al paciente o a sus representantes y suministrar a su sustituto la información pertinente a efectos de mantener la continuidad asistencial sin inconvenientes ni perjuicios para el enfermo”.

El Código de Ética Médica del Sindicato Médico de Uruguay (CEMUr, 1995)⁴⁶¹ reconoce tanto la objeción de conciencia del paciente (art. 15.2 CEMUr) como del profesional (art. 32 CEMUr).

La característica más significativa del ejercicio de la objeción de conciencia en Uruguay es que no existe una “obligación de justificación” de la postura del profesional. Los objetores de conciencia deben informar sobre su condición de objetor, pero no las razones

<http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/cem.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020). Es preciso destacar que este último documento ha sido modificado en 2013 del cual se hace referencia más adelante.

⁴⁶¹ Los Códigos de Ética Médica pueden considerarse incorporados a las obligaciones a cargo de la profesión médica, por la regulación contemplada en: Uruguay. Ley número 18.591 de 18 de septiembre de 2009, de colegiación de la profesión médica, *Diario oficial de la República oriental del Uruguay*, de 16 de octubre de 2009. En concreto en su art.4 orden 2: “dentro de los valores y reglas de los Códigos”.

que amparan su postura.

La Ley 18.987 (2012) sobre interrupción voluntaria del embarazo, obliga a los profesionales a dar un paso más allá en la comunicación de su voluntad de ejercer la objeción de conciencia. Ya no basta con una comunicación verbal al director técnico de su centro; desde 2012 se suma el requerimiento de que la comunicación se haga por escrito, aún de forma simple⁴⁶². Aunque no esté reflejado en el *Manual de procedimientos (2012)*⁴⁶³, resulta aconsejable que el profesional objetor se quede una copia del documento transmitido al director técnico del centro de trabajo, para tener constancia de que se entrega este documento.

Otra de las características a tener en cuenta es el sujeto ejerciente. La objeción de conciencia puede ser individual o colectiva, ejercida por personas físicas o personas jurídicas. La objeción de conciencia puede ser ejercida por el profesional de salud a título individual y propio. Su deber es derivar al paciente a otro profesional para que realice esta prestación. La derivación debe realizarse a la mayor celeridad posible, con responsabilidad, evidenciando el respeto al principio de autonomía del paciente –el cual tiene el derecho a exigir unas prestaciones que el Estado establece de forma legal– y al principio de justicia al que se deben los Estados –tratar a todos los ciudadanos por igual, realizando los actos sanitarios que exponen en su cartera de salud aprobada de forma anual–. Pese a ser una situación individual, la negativa a actuar puede tener una actuación plural, que no se entiende como ejercicio colectivo común, ni se interpreta como un ejercicio de las discrepancias por parte de una persona jurídica. Cuando más de un profesional sanitario ejerce la objeción de conciencia, al mismo tiempo, llegando a obstaculizar la organización sanitaria, esta actuación pasa a ser un problema institucional que el Estado debe resolver⁴⁶⁴. El Estado, no los objetores, debe asegurar la asistencia de todas las circunstancias y aludiré a algunos de los problemas en el ejercicio de la objeción de conciencia.

⁴⁶² Se acepta, como simple, una declaración genérica individual en la que conste una única afirmación: “No quiero realizar estos actos porque van en contra de mi conciencia”, la firma y el número de colegiado. Tal y como se expone en: Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo, según Uruguay. Ley número 18987 de 17 de octubre de 2012, Interrupción voluntaria del embarazo, *Diario oficial de la República oriental del Uruguay*, 30 de octubre de 2012.

⁴⁶³ Uruguay. Ley número 18987 de 17 de octubre de 2012, *ob. cit.*

⁴⁶⁴ Un ejemplo claro de esta situación es expuesto por Lilián Abracinskaskas, directora de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) en una entrevista publicada en *Revista Furias, Dossier Especial* núm 25, Septiembre 2015: “MYSU fue la organización que detectó el 100% de profesionales objetores en Salto al momento de la implementación de la ley en el 2013 y esto sólo se ha podido subsanar en la actualidad enviando a una ginecóloga una vez por semana. Ante esta situación optamos por ver qué pasaba en el resto de los departamentos del litoral del país. Hicimos el monitoreo en Paysandú, Río Negro y Soriano, y ahí también encontramos una situación muy preocupante. Paysandú tiene más del 80% de objetores de conciencia, en concreto sólo hay dos profesionales que implementan la ley; en Río Negro hay un 40% de profesionales, pero tienen dos ciudades importantes: Young, con 100% de objetores por lo que las mujeres deben ser trasladadas a Fray Bentos; y lo que respecta a Soriano, su capital Mercedes tiene también 100% de objetores”.

Las personas jurídicas pueden ejercer la objeción de conciencia, a nivel institucional, conocida en la legislación uruguaya como *objeción de ideario*. Las instituciones sanitarias tienen un plazo para plantearse si objetan (o no) a realizar determinadas prestaciones, y en estos casos son las leyes las que deberían aportar la solución a esta carencia⁴⁶⁵. Instituciones como el Hospital Evangélico⁴⁶⁶ y el Círculo Católico⁴⁶⁷ se han amparado en este recurso, pero, de acuerdo con la reglamentación, deberán realizar el asesoramiento a las mujeres que cursen embarazos no deseados acerca de las distintas opciones existentes, no pudiendo en ningún caso manifestar sus opiniones personales o filosóficas acerca del tema.

6.2.1.b). El proyecto de ley sobre libertad de conciencia e ideario (2010).

El 14 de diciembre de 2010, el Instituto de Derecho Religioso del Estado⁴⁶⁸, de la mano de Luis Alberto Lacalle Pou⁴⁶⁹, presentó el “Proyecto de Ley sobre libertad de conciencia e ideario en Uruguay (2010)”, con el propósito de dar efectividad al ejercicio del derecho de la objeción de conciencia, y a su vez, dotarlo de seguridad jurídica. El proyecto de ley contempla la objeción de conciencia con carácter general, amparando el mayor número de casos en los que exista un conflicto con la conciencia de los individuos, y estableciendo pautas para admitir (o no) la objeción de conciencia en diversos ámbitos: laboral, sanitario, administrativo, educativo y cívico.

El Proyecto de ley sobre libertad de conciencia e ideario no es una vía para desobedecer las leyes del Estado; al contrario, de situaciones concretas, con el objetivo de otorgar certeza jurídica al objetor, al aplicador y al intérprete del Derecho⁴⁷⁰. En 2010 la libertad de conciencia era considerada una asignatura pendiente en Uruguay –como en muchos otros países democráticos que siguen los mandatos de las normas internacionales.

⁴⁶⁵ ADRIASOLA, Gabriel. «La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo: ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias?», *Revista Médica del Uruguay*, vol. 29, núm. 1, 2000, pp. 47-57.

⁴⁶⁶ Para más información sobre el Hospital Evangélico de Uruguay puede consultarse la información disponible en <http://www.hospitalevangélico.com.uy/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁶⁷ Para más información sobre Círculo Católico, institución mutualista de salud en Uruguay, puede consultarse la información disponible en <http://www.circulocatolico.com.uy/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁶⁸ El Instituto de Derecho Religioso del Estado (IDRE) con sede en Montevideo, no tiene disponible actualmente ninguna página web a la que acceder para resolver consultas. Pese a ello, en el apartado de Expositores de la página web de la Universidad de Montevideo puede consultarse una relación de algunos de los integrantes del IDRE, y si se tiene alguna cuestión concreta, pueden referirse las consultas a su presidenta Carmen Asiain.

⁴⁶⁹ Luis Alberto Lacalle Pou, miembro del Partido Nacional y diputado de la República por Canelones en el período (2010-2015) cuando se presentó el proyecto de ley. Actualmente es Senador de la República y vicepresidente en las últimas elecciones.

⁴⁷⁰ ASIAÍN PEREIRA, Carmen. «Objeción de conciencia y libertad de conciencia: Normativa vigente en la salud en Uruguay». *Revista de Derecho (Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga, Facultad de Derecho)*, núm. 14, 2016, pp. 11-64; la autora manifestó ya su opinión con anterioridad en Comentarios al proyecto de ley de reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario», *Revista de derecho Facultad de Montevideo*, 2013. pp. 11-24.

El proyecto de ley está dividido en tres títulos y consta de catorce artículos⁴⁷¹, que presento a continuación.

El primero de los títulos es *El reconocimiento de las libertades de conciencia y de ideario. Previsión para su amparo*. En los arts. 1 a 8 expresa las características de la figura central del proyecto, la objeción de conciencia, y por quién puede ser ejercida. Con especial atención, el proyecto de ley destaca:

- El reconocimiento del derecho de libertad y objeción de conciencia a personas físicas y jurídicas (privadas).

Artículo 3º.- Se reconoce el derecho de las personas jurídicas de carácter privado de determinar su propio ideario institucional y de no ser obligadas a actuar en contra del mismo, en términos análogos al reconocido a favor de las personas físicas.

- La interpretación de que la objeción de conciencia es una figura que deriva de la libertad de conciencia, su definición y las características para su reconocimiento.

Artículo 4º.- La libertad de conciencia incluye el derecho de objeción de conciencia, entendido como el derecho de la persona a ser eximida del cumplimiento de aquellas obligaciones jurídicas que le impongan acciones u omisiones contrarias a los propios y graves imperativos religiosos, morales o éticos, sinceramente asumidos y debidamente probados. El derecho de objeción de conciencia no exime del cumplimiento de prestaciones sustitutivas que en su caso puedan establecerse con la finalidad de garantizar el principio de igualdad ante la ley o evitar el fraude a la ley.

Artículo 5º.- Sin perjuicio de otros supuestos que pudieran presentarse, se reconoce especialmente el derecho de objeción de conciencia en las siguientes circunstancias:

- a) En obligaciones que puedan imponerse con ocasión del ejercicio de la profesión médica o de profesiones relativas a la salud.
- b) En el cumplimiento de obligaciones civiles, cívicas y laborales, como son el deber de

⁴⁷¹ El proyecto, como refleja su exposición de motivos, sigue la Ley argentina núm. 25.673 de 2003 de "Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable", de contenido similar a la ley uruguaya: Uruguay. Ley núm. 18426 de 1 de diciembre de 2008, de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, *Diario oficial de la República oriental del Uruguay*, de 10 de diciembre de 2008. En ella se prevé en su artículo 10 que "Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley"

prestar juramento, rendir homenaje a los símbolos patrios, de trabajar en días laborales sustituibles y demás obligaciones afines.

- c) En las actividades de investigación científica.
- d) En la prestación de servicios farmacéuticos.
- e) En el ámbito del ejercicio de las funciones públicas, cuando las obligaciones para ser cumplidas incluyan aspectos incompatibles con las propias creencias o convicciones.
- f) En general, en todo ámbito público o privado, ya se trate de una relación laboral, estatutaria, contractual, en la que una persona se vea obligada al cumplimiento de un deber normativo que se oponga a los mandatos de su conciencia, ya sea con fundamento en sus convicciones o creencias, o en un imperativo moral debidamente acreditado.

El segundo título del proyecto de ley, *Disposiciones para el ámbito sanitario en particular*, consta de cinco artículos (del 9 al 13) dedicados en exclusiva al ejercicio de lo que el proyecto denomina un derecho de objeción de conciencia dentro de la actuación de los profesionales de salud. Siguiendo el principio de no discriminación, se expresan los actos en los que puede existir un conflicto de valores entre el objetor y su profesión, creando unas pautas permisibles dentro del sistema de salud.

Artículo 9º.- Ninguna persona física o jurídica será coaccionada, considerada civil ni penalmente responsable o discriminada debido a su rechazo a realizar, autorizar, participar o de cualquier forma asistir en aquellas prácticas sanitarias contrarias a su conciencia o a su ideario, como ser la práctica de un aborto o cualquier otro acto que cause la muerte de un feto humano o un embrión, por cualquier razón, o como ser la eutanasia y en general cualquier práctica que contraríe la conciencia o ideario en cuestión.

La objeción está admitida en todas sus variables, desde individual a colectiva, y pueden ejercerla “todos” los profesionales dentro de una relación de trabajo o de servicio. Debe tenerse en cuenta que existen relaciones laborales en las que la coherencia prima sobre la objeción, pues se puede objetar a un determinado acto, pero si no hay relación causal entre la tarea del trabajador y el acto en sí, la objeción de conciencia no es

justificable (p.ej.: el personal de limpieza de las instalaciones hospitalarias; las salas de espera del hospital no tienen relación directa con las interrupciones del embarazo).

Artículo 10.- En el caso de personas físicas, la objeción de conciencia podrá ser planteada individual o colectivamente, por profesionales y personal sanitario, administrativos, funcionarios vinculados a las actividades y en general, por todo aquel que se hallare en una relación de trabajo o servicio (artículo 54 de la CUR).

Debe tomarse en cuenta que, en el caso de objeciones colectivas, en las que los objetores son mayoría, la objeción pasa a ser un problema institucional. La institución debe resolver como cumplir la Ley, no el objetor. Y en el caso de que sea una objeción de ideario (objeción de conciencia ejercida por las personas jurídicas privadas), será problema del Estado el cumplimiento de la ley (p.ej.: la situación que se vive en Salto (Uruguay) con las Interrupciones voluntarias del Embarazo).

Se da igual reconocimiento a las personas jurídicas, siempre que los principios que fundan la objeción de conciencia sanitaria estén reflejados en su ideario y estatutos.

Artículo 11.- En el caso de instituciones -ya sean éstas o no personas jurídicas-, éstas podrán oponerse a aquellas prácticas contrarias a su ideario, plasmado en sus estatutos, principios fundacionales y/o doctrina de existencia comprobable.

Artículo 12.- La objeción de conciencia y de ideario será respetada sin perjuicio de la responsabilidad del Estado de asegurar a los usuarios de la salud el acceso adecuado a la atención sanitaria prevista por la ley, respetando los intereses y derechos de quienes buscan un acceso a prestaciones sanitarias admitidas por la ley.

Por último, se refleja la voluntad de que el proyecto sea un mecanismo que otorgue seguridad jurídica a la cuestión, imponiendo tareas garantistas al Estado para que objetor y paciente consigan sus pretensiones: para el profesional, que se respete su conciencia, y para el paciente, que reciba los servicios de salud a los que tiene derecho.

Artículo 13.- Como forma de armonizar el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias admitidas por la ley y la protección de la salud, así como el respeto al derecho a la libertad ideológica, de conciencia y religión de los profesionales y personal sanitario y de todo aquel que se hallare en una relación de trabajo o servicios, así como de las instituciones referidas, se establece que el Estado:

- a) Garantizará el derecho a la objeción de conciencia de los particulares y de ideario de las instituciones, en relación con la participación en el procedimiento en cuestión.
- b) Asegurará que los pacientes sean informados de cualquier objeción, de forma de permitir que sean derivados a otro profesional sanitario.
- c) Asegurará que los pacientes reciban tratamiento adecuado, en particular en casos de emergencia

Que el proyecto de ley tenga un apartado concreto para el ejercicio de la objeción de conciencia dentro de los sistemas de salud es previsible, dado que Uruguay es el segundo país de América Latina con más médicos por habitante después de Cuba⁴⁷². Todas estas puntualizaciones son lógicas para posibilitar el ejercicio de las personas jurídicas y de las instituciones privadas, pues Uruguay cuenta con un sistema mixto de salud (público y privado), y según el Instituto Nacional de Estadística (INE) hay tan sólo una diferencia del 4% (a favor de la institución privada) entre los afiliados del sistema privado de salud y los usuarios del Ministerio de Salud Pública (MSP) o Hospital de Clínicas (que depende de la Universidad de la República).

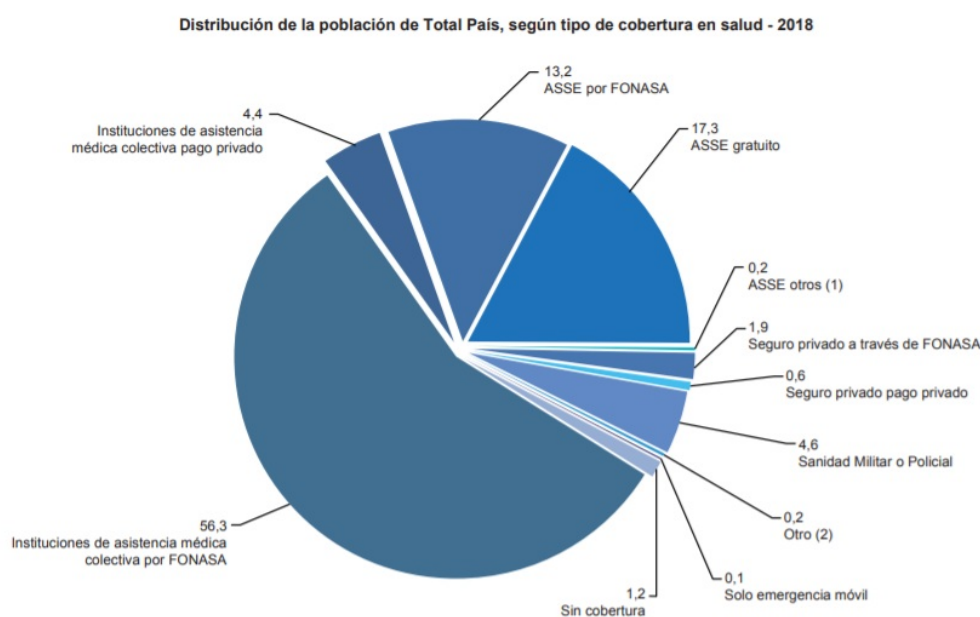


Imagen XI. Gráfico expuesto en el Informe de Instituto Nacional de Estadística (Uruguay). «INE - Uruguay en Cifras 2019⁴⁷³».

⁴⁷² Organización Mundial de la Salud. «Global distribution of health workers in WHO Member States», The World Health Report, 2018, Disponible en <https://www.who.int/hrh/statistics/hwfstats/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁷³ Instituto Nacional de Estadística. *Anuario estadístico nacional*, Uruguay: 2019, disponible en: <https://www.ine.gub.uy/documents/10181/623270/Anuario+Estadistico+2019/f854fb27-ad7f-4ce3-8c37-005ade0a6140> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

El proyecto de ley se presentó el 14 de diciembre de 2010 ante la Comisión de Derechos Humanos, con recepción en la Cámara de Representantes un día después⁴⁷⁴. El 21 de abril de 2011 se celebraron las Jornadas Parlamentarias de "Libertad de conciencia", organizadas por la presidencia de la Cámara de diputados en las que participaron legisladores, académicos y representantes de las distintas confesiones religiosas del país. En este acto, la Comitativa interreligiosa de Uruguay tuvo la oportunidad de solicitar audiencia a la Comisión para debatir el proyecto de ley y, sobre todo, mostrar la situación dramática que vive el país a nivel de conflictos confesionales. Uruguay no tiene en su panorama normativo una Ley de libertad religiosa, a diferencia de otros países latinoamericanos - como México, Chile, Colombia y Perú-, así que un ciudadano uruguayo, cuando se encuentra en una disyuntiva entre negar su fe o incumplir la ley, no posee mecanismos que le ofrezcan una solución, y deberá decidir entre obrar de manera ilegal o inmoral para su conciencia.

En mayo de 2012 tuvo lugar una recepción en la Comisión de algunos miembros de la Comitativa Interreligiosa de Uruguay, donde diversos representantes de once congregaciones distintas acudieron a la cita parlamentaria⁴⁷⁵. En este encuentro, la Comitativa interreligiosa expresó su soporte unánime al proyecto de ley sobre libertad de conciencia e ideario, pues no sólo era una materia sin regulación, sino que además suponía una regulación necesaria en un país que se define como democrático, pluralista y laico⁴⁷⁶.

Este es sin duda un proyecto de ley atrayente, pues intentar establecer un marco para la objeción de conciencia con especial mención en el ámbito sanitario, e ir más allá de las recomendaciones (no vinculantes) de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa de 2010⁴⁷⁷. Reconocer la libertad de conciencia e ideario supone preservar la conciencia de

⁴⁷⁴ Puede revisarse la cronología de forma más esquemática revisando el cuadro normativo del Asunto parlamentario 106071 del Parlamento de Uruguay. Dónde se realiza un seguimiento de las actuaciones realizadas a la luz del Proyecto de Ley sobre libertad de conciencia e ideario.

⁴⁷⁵ Los representantes reunidos en mayo de 2012 ante la Comisión de Derechos Humanos de Uruguay fueron los siguientes: Mons. Carlos Ma. Collazzi sdb, Presidente de la Conferencia Episcopal Uruguaya; Mons. Alberto Sanguinetti, Obispo de Canelones; Rabino Eliézer Shemtov, de la Comunidad Beit Jabad; Rabino Ariel Kleiner, de la Nueva Congregación Israelita, quien por misiva se excusó de concurrir pero manifestó su postura de apoyo a la iniciativa; Pastor Armin Ille, de la Confederación de Iglesias Cristianas del Uruguay (Luteranos y Calvinistas); Pastor Hugo Pilón, Federación de Iglesias Evangélicas del Uruguay; Pastor Raúl Sosa, Presidente de la Iglesia Metodista; representantes del Centro Islámico de la Cultura Egipcia y del Centro Islámico Uruguayo; representantes de la Asociación Uruguaya de los Adventistas del Séptimo Día; apoyo del grupo afroumbanda Atabaque (Mae Susana Andrade); así como representantes de organizaciones no gubernamentales, especialmente la Confraternidad Judeocristiana del Uruguay en la persona de sus Copresidentes; autoridades de la Universidad de Montevideo, Universidad Católica del Uruguay y Universidad de la República; legisladores, diplomáticos y público en general.

Puede consultarse la nota de prensa del acto en el siguiente enlace en Red21, análisis del proyecto de ley del diputado Luis Alberto Lacalle Pou. Jornada parlamentaria "Libertad de conciencia", de 24 de abril de 2011, disponible en: <http://www.lr21.com.uy/politica/448794-jornada-parlamentaria-libertad-de-conciencia> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁷⁶ ALVARIZA ALLENDE, Rafael y CRUZ ÁNGELES, Jonatán. «Secularización, laicismo y reformas liberales en Uruguay», *Revista Estudios Jurídicos. Segunda Época*, núm. 14, 2014, pp.1-16.

⁴⁷⁷ Consejo de Europa, Resolución 1763 Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, *ob. cit.*

los individuos por encima del cumplimiento de las leyes de manera ponderada. Los posibles conflictos entre convicción y deber jurídico son ilimitados, por ello el proyecto de ley no se centra en las múltiples formas del ejercicio de objeción de conciencia, sino que establece un marco claro para un escenario concreto, el de la sanidad. Además, deja abierto el catálogo de posibles objeciones, haciendo sólo una descripción general de objeción de conciencia bajo la premisa de justificar la objeción para que esta sea una exención legal y real.

Pese a la ambición del proyecto, el apoyo y el interés por parte de las distintas congregaciones de Uruguay, el proyecto no avanzó. Tras este encuentro, la Comisión congeló el proceso sin ninguna actuación o pronunciamiento relevante y el 8 de agosto de 2015 se archivó haciendo uso del art. 147 del Reglamento de la Cámara de Representantes⁴⁷⁸.

6.2.1.c). La Ley 18987 de interrupción voluntaria del embarazo (2012) y el Decreto reglamentario 375/2012.

La temática del aborto ha sido tratada durante más de diez años, con varias propuestas de regulación que fracasaban en el trámite parlamentario. En el año 2002, en

Información estadística
Cuadro 1:

El aborto ¿dejar las cosas como hasta ahora o cambiar?*	
Todo el país, junio 2000 (en %)	
Mejor tomar alguna medida	69
Mejor dejar las cosas como hasta ahora	23
No opina	8
Total	100

(*) "Ahora se está hablando de las condiciones en que se practican abortos en el Uruguay. ¿Ud. considera que se deben dejar las cosas como hasta ahora en relación al aborto en el país, o que se debería tomar alguna medida para cambiar las cosas?"

plena crisis política y económica del Estado, se consiguió avanzar algo más, pero la votación se frustró en el Senado. En 2008, con un presidente aparentemente progresista -antiguo médico, a favor de la legalización de la marihuana y el matrimonio gay-, se aprobó por primera vez una regulación sobre el "aborto provocado en situaciones de riesgo", que se contrarrestó con un voto presidencial impidiendo la implementación legal de la propuesta (puesto que se necesita una mayoría

especial para poder anular el veto, en este caso, causado por el voto presidencial). Según las estadísticas, más del 60% de la población uruguaya (véase la tabla superior

⁴⁷⁸ Art. 147, del Reglamento de la Cámara:

"Archivo: Abierto el primer período ordinario de sesiones, previa distribución de la relación correspondiente, pasarán al archivo automáticamente todos los asuntos pendientes de la Legislatura anterior. También pasarán al archivo los proyectos que no hubiesen sido informados dentro de los tres años desde la fecha de su entrada". En: Uruguay. Reglamento de la Cámara de representantes, de 11 de diciembre de 1991. *Diario Oficial de la República oriental de Uruguay*, de 4 de noviembre de 1988.

Estas disposiciones solamente dejarán de cumplirse respecto de aquellos asuntos cuyo despacho se solicite de la Cámara por algún Representante, dentro del plazo de sesenta días de su archivo.

Corresponderá, igualmente, el archivo, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 135:

A. De los proyectos sancionados y asuntos cuyo trámite reglamentario haya terminado.

B. De los proyectos desechados por la Cámara.

izquierda)⁴⁷⁹, se pronunció de forma favorable a las técnicas abortivas. A lo largo del año 2012 se presentó un nuevo Proyecto de Ley denominado “Ley de la Interrupción Voluntaria del Embarazo”⁴⁸⁰, ratificado por ambas Cámaras en octubre de ese mismo año. Tras la ratificación, el Poder Ejecutivo promulgó la Ley el 22 de octubre de 2012 y dictó su desarrollo e implementación mediante Real Decreto Parlamentario 375, de 29 de noviembre del mismo año. Uruguay fue el primer país de América del Sur en despenalizar el aborto y el segundo de América Latina (después de Cuba).

Aunque con anterioridad a la aprobación de la Ley 18.987 (en adelante *L. IVE Ur*), la objeción de conciencia ya estaba regulada en Uruguay, con esta ley la objeción de conciencia pasa a estar pautada como un modelo de ejecución que activa múltiples vías de regulación y reconocimiento dentro del ordenamiento jurídico. En mi opinión, este es un modelo idóneo para regular la objeción de conciencia. La *L. IVE Ur* modifica los requisitos aplicables al ejercicio de la objeción de conciencia que afectan no solo al aborto, sino también a otros ámbitos, como las voluntades anticipadas. Los cambios introducidos son de tal relevancia que han llevado a la modificación de muchos de los instrumentos jurídicos, bioéticos y deontológicos que contemplaban la objeción de conciencia. Un modelo que, en mi opinión, sería el idóneo para regular la postura moral respetándose la jerarquía normativa, que, en este caso, hace que los esfuerzos vertidos en el reconocimiento legal de la discrepancia sean inefectivos en gran medida.

La *L. IVE Ur* introduce una serie de requisitos para poder ejercer la objeción de conciencia, y sus límites (grave riesgo para la salud de la paciente). El precepto más relevante es el art. 11 *L. IVE Ur*⁴⁸¹ que dispone la obligación de comunicar la objeción a la

⁴⁷⁹ Datos obtenidos de MYSU, cercadas por Gonzalez Raga & Asociados, encuesta realizada a 998 uruguayos mayores de 15 años entre los días 24 y 25 de junio 2000. Disponible en http://www.chasque.net/frontpage/comision/dossieraborto/cap7_2.htm (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁸⁰ Para conocer el íter parlamentario véase el “Informe en Mayoría” enumerado como anexo I en el Repartido núm. 785 de Septiembre de 2012 anidado en la Carpeta núm. 1354 de 2012 de la Comisión Especial con la final de tratar los proyectos vinculados a la interrupción voluntaria del embarazo, en el poder legislativo de la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay. Disponible en <http://www.parlamento.gub.uy/repartidos/AccesoRepartidos.asp?Url=/repartidos/camara/d2012090785-01.htm> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁸¹ Art. 11 Ley 18987:

“Los médicos ginecólogos y el personal de salud que tengan objeciones de conciencia para intervenir en los procedimientos a que hacen referencia el inciso quinto del artículo 3º y el artículo 6º de la presente ley (alude a la interrupción de la gravidez por métodos médicos o quirúrgicos), deberán hacerlo saber a las autoridades de las instituciones a las que pertenecen.

La objeción de conciencia podrá manifestarse o revocarse en forma expresa, en cualquier momento, bastando para ello la comunicación a las autoridades de la institución en la que se desempeña. Se entenderá que la misma ha sido tácitamente revocada si el profesional participa en los procedimientos referidos en el inciso anterior, con excepción de la situación prevista en el último inciso del presente artículo.

La objeción de conciencia como su revocación, realizada ante una institución, determinará idéntica decisión respecto a todas las instituciones públicas o privadas en las que el profesional preste servicios.

Quienes no hayan expresado objeción de conciencia no podrán negarse a realizar los procedimientos referidos en el primer inciso del presente artículo.

Lo dispuesto en el presente artículo, no es aplicable al caso previsto en el literal A) del artículo 6º de esta ley

autoridad de la institución, la manifestación expresa de su ejercicio, su revocabilidad tácita por la realización del acto, y por último, la obligatoriedad de realizar los actos contemplados por Ley, pese a ser objetores, en caso de que no se haya comunicado de forma expresa la objeción de conciencia.

En cuanto a la posibilidad de que las instituciones objeten a ciertos actos, no se admite la objeción de conciencia, ya que la conciencia se considera como esencial de la vida humana, no de las personas jurídicas, pero sí pueden ejercitar una objeción de ideario. Y es que se reconoce que las instituciones tienen derechos devengados de las personas que se asocian para conformarlas, que giran en torno a unos principios y fines que comparten. Si los individuos tienen derecho a asociarse⁴⁸² las asociaciones tienen reconocido el derecho de dirigir los actos de su vida pública conforme a unas directrices⁴⁸³. La *L. IVE Ur* reconoce la objeción de ideario en su art. 10⁴⁸⁴.

El Decreto 375/012 aprueba la reglamentación de la *L. IVE Ur* e incluye una serie de parámetros que acotan la posibilidad del ejercicio⁴⁸⁵. Los rasgos esenciales de la objeción de conciencia, regulada en los arts. 28 a 35 del Decreto son los siguientes:

a. Sólo es aplicable frente a la práctica del aborto, excluyendo el proceso de información a la usuaria. La información debe ofrecerse siempre, sin posibilidad de exención.

b. El ejercicio de la objeción de conciencia sólo es aplicable a las personas físicas. Las personas jurídicas ejercen la “objeción de ideario”.

c. El amparo se brinda al personal técnico y profesional que interviene de forma directa en el aborto.

(grave riesgo para la salud de la mujer)”. En: Uruguay. Ley número 18987 de 17 de octubre de 2012, Interrupción voluntaria del embarazo, *ob. cit.*

⁴⁸² Art.16 Pacto San José de Costa Rica. Libertad de Asociación:

“1. Todas las personas tienen derecho a asociarse libremente con fines ideológicos, religiosos, políticos, económicos, laborales, sociales, culturales, deportivos o de cualquiera otra índole

2. El ejercicio de tal derecho sólo puede estar sujeto a las restricciones previstas por la ley que sean necesarias en una sociedad democrática, en interés de la seguridad nacional, de la seguridad o del orden públicos, o para proteger la salud o la moral públicas o los derechos y libertades de los demás.

3. Lo dispuesto en este artículo no impide la imposición de restricciones legales, y aun la privación del ejercicio del derecho de asociación, a los miembros de las fuerzas armadas y de la policía”. En: Organización de Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), *ob. cit.*

⁴⁸³ ASIAÍN PEREIRA, Carmen. «Comentarios al proyecto de ley de reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario», *ob. cit.*, p. 15.

⁴⁸⁴ *Vid.* Art.10 Ley 18987:

“Podrán acordar con el Ministerio de Salud Pública, dentro del marco normativo que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, la forma en que sus usuarias accederán a tales procedimientos” En: Ley número 18987 de 17 de octubre de 2012, Interrupción voluntaria del embarazo, *ob. cit.*

⁴⁸⁵ Uruguay. Real Decreto 375/012 de 22 de noviembre de 2012, reglamentación de la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo. Ley de aborto, *Diario oficial de la República oriental de Uruguay*, de 29 de noviembre de 2012.

d. La objeción debe presentarse por escrito ante la Dirección Técnica de todos los centros e instituciones para los que el objetor trabaje.

e. El objetor puede revocar su decisión en cualquier momento. El desistimiento puede ser expreso, o tácito, mediante la simple ejecución del acto objetado (arts. 34 y 35 del Decreto 375/012)⁴⁸⁶.

f. El médico tiene “la obligación de derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma” (art. 29 Decreto 375/012)⁴⁸⁷, al igual que prevé el art. 27 para las personas jurídica que ejercen la objeción de ideario).

A raíz de la publicación del Decreto, surgieron algunas controversias en la interpretación conjunta de estos instrumentos jurídicos – Ley y Decreto— con el resto del ordenamiento jurídico uruguayo. El más importante afecta al ámbito subjetivo del derecho a la objeción de conciencia. Según el art. 11 de la *L. IVE Ur* pueden ser objetores “los médicos ginecólogos y los profesionales de salud”. El art. 30 Decreto 375/012 especifica que “Queda excluido del derecho de objetar de conciencia el personal administrativo, operativo y demás personal que no tenga intervención directa en el acto médico respectivo. No se podrá invocar objeción de conciencia en actos posteriores a la realización de la interrupción del embarazo”. No hay que olvidar que esta restricción puede ser contraria al art. 54 CUr, que reconoce la objeción de conciencia a todos los trabajadores de Uruguay, y la Carta Magna prevalece sobre la Ley y el Decreto que la implementa. El reconocimiento no sólo del personal administrativo, sino de todo aquel personal que tenga o no intervención directa en la IVE, sabiendo que esa es la finalidad de su acción, y la no participación en actos que desembocan en IVE corresponde a la protección constitucional de la conciencia moral y cívica del trabajador uruguayo. Entiendo que los preceptos de la *L. IVE Ur*, y del Decreto

⁴⁸⁶ Art. 34 Ley 18987:

“Del desistimiento tácito a la objeción de conciencia: si una institución constatare que quien haya declarado ser objetor de conciencia realiza alguna de las actividades que dieron lugar a su objeción en ella o en cualquier otra institución en donde trabaje o preste algún tipo de servicio en ese sentido, se tendrá como desistido de su objeción de conciencia.

No se configura desistimiento tácito el caso de que el médico deba intervenir a efectos del cumplimiento del literal a, del artículo 6° de la Ley 18.987”. En: Ley número 18987 de 17 de octubre de 2012, Interrupción voluntaria del embarazo, *ob. cit.*

Art. 35 Ley 18987:

” Quienes no hayan presentado objeción de conciencia o hayan desistido de la misma no podrán negarse a realizar los procedimientos a efectos de la interrupción del embarazo”. En: Ley número 18987 de 17 de octubre de 2012, Interrupción voluntaria del embarazo, *ob. cit.*

⁴⁸⁷ Art. 29 Decreto 375/012:

“Solo podrán objetar de conciencia el personal médico y técnico que deba intervenir directamente en una interrupción de embarazo de acuerdo al inciso quinto del artículo tercero y el artículo seis literales B y C de la ley 18987. El ejercicio de la objeción de conciencia obliga al médico a derivar personalmente a la paciente a otro médico de manera de asegurar la continuidad de la atención inmediata de la misma.” En: Uruguay. Real Decreto 375/012 de 22 de noviembre de 2012, reglamentación de la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, *ob. cit.*

que la desarrolla, pueden resultar contrarios a la CUr por introducir una distinción entre profesionales.

En este sentido, el reconocimiento explícito de la objeción de conciencia sólo a los que intervienen directamente en la acción abortiva crea una división entre la participación directa y la indirecta. Así, se clasifican como actos de participación directa y formal aquellos que realicen actos de IVE, incluyendo quien entrega el medicamento que provoca la IVE; y serán actos de participación indirecta las tareas auxiliares previas cuando se sabe en qué acto van a derivar. Éstos son actos de cooperación formal y son, por lo tanto, voluntarios. En este tipo de actos indirectos suelen producirse objeciones de conciencia que no corresponden⁴⁸⁸, y son aquellas que van más allá de una tarea auxiliar y que, pese a que el acto acabe en una acción no deseada, el ejercicio de la objeción de conciencia en ningún caso puede eximir al trabajador de realizar la prestación (el ejemplo más claro, quizás, es la limpieza de los quirófanos donde se realizan las intervenciones). Merece la pena reiterar que la distinción es ilegítima, pues la Constitución de Uruguay reconoce la posibilidad de objetar a todos los trabajadores, sin clasificaciones entre el tipo de trabajo que desempeñan o el tipo de acción que realizan (directa o indirecta).

Esto llevó a más de cien médicos, no solo ginecólogos, a plantear la nulidad del Decreto, por entender que por vía reglamentaria se había restringido ilegítimamente la objeción de conciencia. Estos médicos alegan que las condiciones del Decreto son tan restrictivas que les es imposible ejercer la objeción de conciencia y, si lo hacen, lo harán de forma ilegítima e ilegal, pues el perímetro de actuación es casi inaccesible. Por ello, se reclama la suspensión de 11 de los 42 artículos del Decreto 375/2012⁴⁸⁹. Entienden los demandantes que estos once preceptos suponen:

1. La restricción de la objeción de conciencia solo a actos ejecutivos (recetar el fármaco o hacer el legrado), excluyendo los preoperatorios o postoperatorios, que también son objetable, cuando la Ley no establece tal limitación.
2. La restricción a los médicos y al personal técnico involucrados de forma directa, a diferencia de lo que establece la Ley.

⁴⁸⁸ JUVENAL, Javier. «La objeción de conciencia. Su régimen jurídico vigente en Uruguay, con especial referencia a su ejercicio por los funcionarios públicos», *Revista de Derecho*, 2015, vol. 14, núm. 28, pp. 181-317. Idea desarrollada por el autor, en términos generales en su artículo JUVENAL, Javier. «Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 y 18.473», en *Revista de Derecho Público*, 2013, núm. 43, pp. 33-56.

En la misma línea ASIAÍN PEREIRA, Carmen. Objeción de conciencia y libertad de conciencia: Normativa vigente en la salud en Uruguay. *Revista de Derecho (Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga, Facultad de Derecho)*, *ob. cit.*, pp. 11-64.

⁴⁸⁹ Véanse arts. 7, 8, 12, 13, 16, 28, 29, 30, 31, 32 y 35. En: Uruguay. Real Decreto 375/012 de 22 de noviembre de 2012, reglamentación de la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, *ob. cit.*

3. La eliminación del calificativo de “grave” en el riesgo para la salud de la mujer embarazada, creando una sobreprotección al deseo de interrumpir el embarazo, restringiendo la posibilidad de objetar.
4. El recorte a la libertad de informar del médico según su conciencia.

Se solicita la suspensión del Decreto, por los “los susceptibles daños graves que pueden sufrir los profesionales de la salud”, daños que superan los que la organización y el funcionamiento de las instituciones sanitarias pueden sufrir en caso de aplicarse la suspensión solicitada⁴⁹⁰.

El Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA), en la sentencia 297/2014, de 14 de agosto, “Alonso, Justo y otros vs. Poder Ejecutivo. Suspensión de la ejecución”⁴⁹¹, acuerda la suspensión provisional parcial del Decreto. En concreto, suspende diez de los once artículos solicitados –excluyendo el art. 32⁴⁹²–, con base en los siguientes argumentos: (i) la objeción de conciencia deriva de un derecho fundamental del individuo, ya sea libertad de conciencia o la dignidad humana; (ii) la aplicación de las disposiciones expresadas en la demanda resultan una limitación para el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales que impugnan el Decreto; (iii) la aplicación de los artículos mencionados pueden provocar daños irreparables. Por tanto, se acuerda la suspensión transitoria como una medida cautelar que, por el momento, protege a los trabajadores de la profesión – ginecólogos en su mayoría– para que no sufran daños irreparables hasta que la pretensión de los demandantes se resuelva de manera definitiva.

El 11 de agosto de 2015, el TCA, en sentencia 586/2015, anula, con efectos generales y absolutos, varios preceptos del Decreto. Ello permite revertir la restricción que había introducido el Decreto al ejercicio de la objeción de conciencia. Este fallo representa una protección de vanguardia de los derechos fundamentales⁴⁹³, al reconocer el ejercicio de la objeción de conciencia como un derecho humano fundamental evaluándolo dentro de la protección de la vida humana, donde se demuestra “la enorme importancia que tiene la objeción de conciencia (...); y más, si cabe, para quienes luchan día a día por salvar vidas humanas y se ven enfrentados a la enorme violencia de intervenir en acciones que atentan

⁴⁹⁰ Razonamiento expreso en el texto de la Demanda original, expuesto por las autoras GODAY CARDILLO, Karina y VERGARA GALLO, Victoria. «Objeción de conciencia: Reconocimiento de derechos versus cuestionamientos institucionales», *Revista de Derecho Público*, 2014, núm. 46, p. 89.

⁴⁹¹ *Sentencia 297/2014*, Tribunal Contencioso Administrativo, de 14 de agosto de 2014.

⁴⁹² Art.32 Decreto 375/2012:

“Solo serán válidas las objeciones de conciencia que sigan los procedimientos establecidos en la presente reglamentación”. *Vid.* Uruguay. Real Decreto 375/012 de 22 de noviembre de 2012, reglamentación de la Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo, *ob. cit.*

⁴⁹³ BLENGIO VALDÉS, Mariana. *La dignidad humana en la Constitución Nacional*. Montevideo: Publicación de la Cátedra UNESCO Universidad de la República. 2003, pp.73 y ss.

contra la vida del más inocente de los seres humanos”⁴⁹⁴.

La situación, por tanto, queda del siguiente modo:

- La posibilidad de ejercer la objeción de conciencia en los cuidados pre y post operatorios devengadas de un aborto. Ya no sólo estarán exentos los profesionales que realizan acciones directas en la interrupción de la gestación, sino que siguiendo todo el panorama legal Uruguayo –empezando por el reconocimiento en el articulado de su Constitución, y sobre todo, en la norma que regula exclusivamente la materia 18.987– se considera la posibilidad de ejercer la objeción de conciencia por parte de “todos” los trabajadores que puedan ver afectada su conciencia, siempre y cuando los actos que realiza estén verdaderamente relacionados con una paciente en concreto. El único personal excluido, a nivel de centros sanitarios, son los que desempeñan tareas generales que no se individualizan (el ejemplo más claro son los operarios de mantenimiento del centro o el personal de limpieza).
- Se elimina la obligación de firmar la petición de IVE si se es objetor de conciencia. La petición de IVE inicial es la que empieza el trámite de interrupción de la gestación. No se considera lógico que esta petición se firme, a toda costa, pese a que el profesional luego derive en otro para conseguir el fin de la usuaria del sistema de salud. Si el médico es objetor, no firmará esta petición pues lo hará el médico que se encargue de la paciente de principio a fin.
- La objeción de conciencia de los profesionales no se debe presentar por escrito desde el inicio de la relación contractual entre profesional y centro. Se presentará en el momento en que se tenga que ejercer por primera vez, pues prima la confidencialidad y la preservación de la intimidad del médico, para que su contratación no se vea condicionada al ejercicio o no de su condición de objetor. De hecho, cabe la remota posibilidad de que la objeción no se ejerza nunca y su condición de objetor (si no se quiere) jamás sea revelada.
- Pese a que la usuaria del sistema de salud solicite la interrupción del embarazo, el profesional puede mostrar las ecografías realizadas dentro del primer trimestre del embarazo (hechas dentro del período legal para el aborto) e informar de diferentes alternativas a su voluntad de abortar.

En agosto de 2015, el Ministerio de Salud Pública de Uruguay (MSP), a través de su

⁴⁹⁴ VERGARA, Victoria y GUTIÉRREZ, Gianni. «Objeción de conciencia: todavía hay jueces en Berlín... y también en Uruguay», *Revista de derecho y tribunales*, núm. 26, 2014, pp. 87-108.

ministro Jorge Basso, anunció la creación de un registro de profesionales médicos a nivel estatal⁴⁹⁵, para incluir a todos profesionales, médicos ginecólogos, objetores al aborto. La Sentencia del TCA que anula algunos preceptos del Decreto reglamentario de la *L. IVE Ur*, lleva a un concepto amplio de la objeción de conciencia, al permitir que los profesionales se abstengan de realizar cualquier actividad que “por naturaleza o propósito contribuya a la realización del aborto”. Por ello el Ministro de Salud en Uruguay se ve en la tesitura de responder a la necesidad de desarrollar medidas de reestructuración de personal para que se puedan atender las necesidades médicas en el territorio nacional. A día de hoy, no se ha creado un registro de objetores en Uruguay⁴⁹⁶.

6.2.1.d). Proyecto de Ley: Reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario. Recurso *hábeas conscientiam* (2015).

Tras la sentencia 586/2015, la senadora Carmen Asiaín presentó, en fecha 15 de septiembre de 2015, el Proyecto de Ley: Reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario. Recurso *hábeas conscientiam* (2015). Este proyecto de ley nace de la necesidad impostergable de contemplar la objeción de conciencia mediante leyes generales, habida cuenta de la dispersión de normas regulatorias y sus contradicciones, y la falta de un tratamiento general mínimo. El proyecto incluye un recurso *hábeas conscientiam*, que permitirá asegurar el ejercicio de la objeción de conciencia, entendido como una disposición de derecho interno, previsto por el art. 2 y 25 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y de conformidad con la sentencia TCA 586/2015.

La necesidad de introducir un recurso jurisdiccional urgente, sencillo y eficaz como

⁴⁹⁵ Más información en la siguiente nota de prensa: “MSP hará lista de ginecólogos que aleguen objeción de conciencia”, *Uy.press*, 22 de agosto de 2015, disponible en: <https://www.uypress.net/Secciones/MSP-hara-lista-de-ginecologos-que-aleguen-objecion-de-conciencia-uc62495> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁴⁹⁶ Sin embargo existen datos, que corroboran que el 30% de los ginecólogos en el país son objetores de conciencia, aunque por la inexistencia de Registro, se tildan los datos recabados como poco claros. Véase: A cinco años de la aplicación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, *la diaria salud*, 7 de mayo de 2018 disponible en <https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2018/5/a-cinco-anos-de-la-aplicacion-de-la-ley-de-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Asimismo, la ONG MYSU presentó una petición pública de información ante el Ministerio de Salud, con referencia 1/1693/2018 “Dar seguimiento al funcionamiento de los Servicios Legales de Aborto creados por Ley 19897/2012”, al amparo de: Uruguay. Ley núm. 18381 de 17 de octubre de 2008, sobre el derecho a la información pública, *Diario Oficial de La República oriental de Uruguay*, 7 de noviembre de 2008. El resultado de dicha consulta, por parte del Ministerio de salud, fue la entrega de una lista incompleta con los porcentajes de objeción de 47 entidades médicas públicas y privadas. Pese a ser una respuesta incompleta, destacan datos interesantes como *p.ej.*: que ocho entidades presentaron un porcentaje del 80-100% de objetores de conciencia, y otras 14 revelaron un porcentaje de 50-67%. *Vid.* CARIBONI, Diana. “Cómo los objetores de conciencia amenazan los derechos sobre el aborto recién conseguidos en Latinoamérica”, *Democracia abierta*, de 19 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.opendemocracy.net/es/c-mo-los-objetores-de-conciencia-amenazan-los-derechos-sobre-el-abo/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020); TRUONG, Michelle y WOOD, Susan Y. *No es conciencia. Cuando los proveedores niegan la atención al aborto*, Uruguay: Mujer y salud Uruguay, 2018, p.10

mecanismo de tutela de la conciencia, el recurso *hábeas conscientiam*, está justificado, como explica la senadora, por el siguiente razonamiento: “ Del mismo modo que la persona “*hábeas corpus*” (posee su cuerpo), la persona humana “*hábeas conscientiam*” (posee su conciencia). De la misma manera como el Derecho, por reconocer el derecho de toda persona sobre su cuerpo, lo protege mediante los recursos de *hábeas corpus*, procede el reconocimiento del derecho a la conciencia de toda persona y su protección mediante el instituto que se ejercita como objeción de conciencia”.

Existen muchas similitudes con el proyecto de ley presentado en 2010, en hasta tal punto que algunos artículos se transcriben exactamente igual, sin modificación alguna. Pero es distinta la estructura y distribución. Me referiré aquí solo a estas diferencias, así como aquellas cuestiones nuevas, no incorporadas en el proyecto de ley de 2010.

El segundo proyecto de ley, de 2015, a mi parecer, está mejor orientado, y parece mejor terminado. De los tres títulos y catorce artículos del proyecto anterior, de 2010, el proyecto de 2015 pasa a la división en cuatro capítulos, no títulos, y diecisiete artículos.

El primer capítulo del segundo proyecto, bajo el título: Reconocimiento de la objeción de conciencia e ideario y previsión de su amparo, contiene los artículos 1 a 5 del proyecto anterior, con la salvedad de la creación de un único artículo (art. 6), el cual mejora los art. 6 y 7 del anterior proyecto por ser más específico, en que se recogen las obligaciones del objetor al declararse como tal, bien sea persona jurídica o persona física.

El segundo capítulo, Disposiciones para el ámbito sanitario en particular, recoge los mismos artículos que el proyecto de 2010, aunque la numeración cambia porque en el capítulo anterior se suprimió un artículo, y se añaden dos precisiones muy adecuadas. La primera, una nueva obligación al Estado:

“c) no podrá hacer recaer sobre los objetores la carga de encontrar su reemplazo, ni las tareas implicadas en la derivación de pacientes”.

La anterior es una previsión que normalmente pasa desapercibida, pero que es muy relevante. La obligación de derivar y no obstaculizar la prestación supone, de manera casi obvia, el encontrar un reemplazo. Según el proyecto de ley, la tarea del objetor es únicamente apartarse y no obstaculizar el proceso sanitario, para que otro profesional pueda continuar con las prestaciones objeto de objeción. Sin embargo, estoy en desacuerdo con esta idea. El objetor debe tener un papel activo en la relación asistencial del paciente, y no puede reducirse a informar de su condición objetora a su jefe de servicio. El profesional, pese a objetar a una determinada prestación, debe formar parte de la derivación y verificar

que los pacientes no quedan desamparados en el sistema. Cabe precisar que el objetor no puede escoger al profesional al que deriva los pacientes, dado que no es competencia cuya la gestión del personal, pero podría realizar un seguimiento sobre el curso clínico del paciente. Y por tanto, a mi entender, la comunicación al gestor es una tarea fundamental, pero no la única a realizar por parte de los objetores, pues cerciorarse de que existe un reemplazo no está incluido entre las tareas de derivación, si no en el principio de no maleficencia hacia el paciente.

La segunda precisión consiste en añadir:

“Lo mismo aplicará para cualquier institución fuera del ámbito sanitario”.

Con este apunte, el proyecto de 2015 crea una esfera proteccionista amplia, hacia el respeto a la libertad ideológica, de conciencia de los profesionales, personal sanitario y de todo aquel que se halle en una relación de trabajo o servicio dentro de las instituciones de salud, sin ser propiamente las anteriores. Con esta frase, el proyecto de ley, amplifica la posibilidad de declararse objetor al estar vinculado de forma directa o indirecta a la institución sanitaria. Con vinculación directa, me refiero a todos aquellos profesionales que realizan propiamente la prestación objetable, es decir, principalmente profesionales sanitarios, tales como médicos, enfermeras, anestesistas...etc. Sin embargo, con vinculación indirecta, ya no sólo tiene cabida cualquiera de los anteriores profesionales, que realizan la acción directa en el momento de objetar, sino que se incluye toda persona que tenga un contrato laboral en y con la institución sanitaria. Podrán objetar auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería dedicados a las curas pre y post operatorias, e incluso el personal de limpieza de los quirófanos. Toda persona vinculada, por su relación laboral y su contrato, a una institución sanitaria, tiene reconocido el derecho a ejercer la objeción de conciencia.

La diferencia más importante entre el proyecto de 2010 y el de 2015 es la referencia al recurso *hábeas conscientiam*, incluido en el título. El tercer capítulo, que incluye tres artículos, se ocupa de este recurso. El art. 12 es una cláusula de protección para todos aquellos objetores que creen que su derecho a ejercer la objeción de conciencia no ha sido reconocido. En estos supuestos, el objetor puede optar por la vía administrativa o la acción de amparo, prevista en la Ley núm. 16011 de 19 de diciembre de 1988⁴⁹⁷, con independencia de la existencia de otros medios jurídicos de protección, para el

⁴⁹⁷ Uruguay. Ley núm. 16011 de 19 de diciembre de 1988, se dictan normas para que cualquier persona física o jurídica, pública o privada, pueda deducir la acción de amparo contra todo acto, omisión o hecho de las autoridades estatales o paraestatales, así como particulares que lesionen con ilegitimidad manifiesta sus derechos y libertades, *Diario oficial de la República oriental de Uruguay*, de 29 de diciembre de 1988.

reconocimiento de este derecho El art. 13 regula el recurso *hábeas conscientiam*, del proyecto de 2015, y establece los criterios que ha de seguir el juez para estimar el recurso: debe revisar que el objetor ha cumplido los requisitos del art. 6 del proyecto⁴⁹⁸, ponderar la posibilidad de adaptar de forma razonable la objeción de conciencia, y buscar el modo de aplicar la norma objetada de un modo menos lesivo. Cabe destacar que el juez debe, según el art. 13 apartado b):

“Ponderar la posibilidad de que el objetor cumpla prestaciones sustitutivas de las que objeta, o actos alternativos en reemplazo de lo obligado en la norma que objeta”.

Esta es una de las cuestiones candentes en la objeción de conciencia sanitaria, quién debe ocuparse y qué tareas se pueden asignar al objetor de conciencia a modo de prestación sustitutoria. Corresponde al juez evaluar la situación y proponer esas medidas alternativas. A mi entender, dichas prestaciones o actos alternativos siempre deben realizarse en horario laboral, sin causar perjuicios al objetor ni, por supuesto, a los pacientes.

El art. 14 del proyecto de 2015, expone el objetivo principal del recurso *hábeas conscientiam* “interpretar la norma del modo más favorable a los derechos del objetor, teniendo en cuenta el ordenamiento jurídico en su conjunto que tutela y garantiza el ejercicio de la objeción de conciencia e ideario”.

Por último, el Capítulo cuarto concluye este proyecto, al igual que el título III del proyecto anterior, bajo el título: aplicación e interpretación de la presente ley. A diferencia del anterior proyecto de ley, el de 2015 clarifica el ámbito de actuación y a qué leyes se supedita.

Este último proyecto de ley, reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario. Recurso *hábeas conscientiam*, se encuentra desde el 22 de abril de 2020 en la Comisión Parlamentaria del Estado de Uruguay. Al parecer, y a diferencia del proyecto de ley anterior, la novedosa regulación acerca del ejercicio de la objeción de conciencia, será aprobada, aportando parámetros beneficiosos que podrían trasponer y utilizar el resto de los países preocupados por esta cuestión.

⁴⁹⁸ Lo que incluye la necesidad de “demostrar que el rechazo a su cumplimiento responde a un imperativo religioso, ético, moral o axiológico sincero, grave e ineludible para el obligado objetor, o a otro orden de principios”.

6.2.2. Aplicación práctica de la objeción de conciencia.

La cantidad de profesionales sanitarios que ejercen la objeción de conciencia en Uruguay resulta alarmante. En Uruguay son admisibles todo tipo de justificaciones para ejercer la objeción de conciencia, que no son estrictamente razones éticas o filosóficas. La objeción se puede plantear no sólo frente al acto directo de aborto, sino que también se permite frente a actos relacionados con la prestación, como dar información o curas pre y post operatorias. Tal y como muestra el informe de MYSU. “No estar de acuerdo con la norma, o no sentirse capacitado para escuchar y asesorar a las mujeres sobre otras alternativas al aborto, o el hecho de que participar de estos servicios les quita tiempo para otras prestaciones que sí tienen compensación económica, son algunas de las manifestaciones esgrimidas por profesionales que han hecho objeción para brindar el servicio”⁴⁹⁹. Ambas opciones no podrían ser planteadas en España por su falta de conexión con la moral y la conciencia. La justificación de estos casos parece estar más ligada a la capacidad económica del profesional que a su propio recato ideológico o moral. Uruguay acepta, de una manera muy peligrosa, esta eximente al deber profesional amparada en argumentos excesivamente abiertos.

La objeción de conciencia se convierte en una barrera para el correcto disfrute de los derechos, en concreto para las mujeres, pues no existen profesionales suficientes dispuestos a realizar la IVE⁵⁰⁰. Esta situación colapsa los servicios sanitarios⁵⁰¹; los profesionales que no se niegan a realizar este tipo de prestaciones sufren estigmatización y sobrecarga de trabajo. Si Uruguay decide ser tan permisible en el reconocimiento del ejercicio de la objeción, con un catálogo tan abierto de justificaciones y profesionales que pueden optar por su ejercicio, debe prever unos mecanismos de garantía para los usuarios de la prestación asistencial.

Pese a existir datos, no existen informes estadísticos publicados de libre acceso, que

⁴⁹⁹ Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), *Información para la acción. Acceso a la información pública sobre Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay*, diciembre de 2015, p. 20.

⁵⁰⁰ MYSU fue la organización que detectó el 100% de profesionales objetores en Salto al momento de la implementación de la ley en el 2013 y esto sólo se ha podido subsanar en la actualidad enviando a una ginecóloga una vez por semana. Ante esta situación optamos por ver qué pasaba en el resto de los departamentos del litoral del país. Hicimos el monitoreo en Paysandú, Río Negro y Soriano, y ahí también encontramos una situación muy preocupante. Paysandú tiene más del 80% de objetores de conciencia, en concreto sólo hay dos profesionales que implementan la ley; en Río Negro hay un 40% de profesionales, pero tienen dos ciudades importantes: Young, con 100% de objetores por lo que las mujeres deben ser trasladadas a Fray Bentos; y lo que respecta a Soriano, su capital Mercedes tiene también 100% de objetores”. Entrevista a Lilián Abracinskas, directora de Mujer y Salud en Uruguay. *Vid.* MYSU Revista Furias, Dossier Especial núm. 25, Septiembre 2015 (uruguay).

⁵⁰¹ Hay que tener en cuenta que en algunos departamentos, como Río Negro, Paysandú y Soriano la gestión sanitaria realizada por el Estado es ya deficiente e incluso nula. Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), *Información para la acción. Acceso a la información pública sobre Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay*, ob. cit., p. 19.

expongan el número de profesionales sanitarios que ejercen su derecho a objetar en conciencia a determinadas prácticas sanitarias, lo que lleva a plantear un doble interrogante. En primer lugar, ¿qué tipo de profesionales ejercen la objeción de conciencia, y qué prestaciones son las objetadas?; y, en segundo lugar, ¿la objeción de conciencia es un obstáculo en la asistencia sanitaria pública o también en las instituciones privadas o incluso en el ejercicio privado de la profesión? A la primera cuestión, cabe remarcar la dificultad de obtener datos veraces, por falta de un registro de objetores. A la segunda cuestión, se presume una coherencia en el ejercicio por parte de los trabajadores del sector sanitario, pero no hay un organismo ni una información accesible facilitada por los centros de trabajo para que los usuarios del sistema de salud se sientan protegidos y con libre acceso a las prestaciones garantizadas por su país.

El reconocimiento legal de la objeción de conciencia sanitaria debe suponer un control riguroso por parte de las autoridades estatales y sus instituciones de salud, además de la necesidad de exponer datos accesibles para los ciudadanos del Uruguay, como garantía de trato igualitario entre profesionales y usuarios de salud. Los mecanismos de control, tales como datos estadísticos o registros de profesionales de la salud objetores de conciencia, no constan y su necesidad se ha visto agravada por la Sentencia del Tribunal contencioso administrativo.

En relación con el aborto, el MSP de Uruguay se encuentra con el conflicto entre la negativa profesional y el derecho de las mujeres al acceso al aborto legal, y debe proteger los intereses de ambos. El MSP, como primera medida tras la comunicación de la resolución definitiva del TCA en agosto de 2015, solicitó un listado de médicos objetores de conciencia a todos los prestadores de salud del país y un registro por escrito para poder sistematizar los datos y crear un registro central de profesionales de la salud objetores de conciencia. Sin embargo, sólo existen datos previos, en formato *Power point*, que el viceministro de Salud Leonel Briozzo presentó en febrero de 2014⁵⁰². No existe ningún, registro, lo que impide conocer la incidencia de la objeción de conciencia en el Departamento de Salud de Uruguay, e incumple lo previsto en la legislación uruguaya.

Debería entenderse, en mi opinión, que la declaración de objetor de conciencia sirve para que la organización del Sistema Nacional de Salud tenga constancia de aquellos profesionales que tienen manifiestan objeciones éticas a ciertas prácticas, y a su vez,

⁵⁰² La nota de prensa del acto de balance del primer año de vigencia de la ley de interrupción del embarazo, realizada el 25 de febrero de 2014, y la presentación *power point* está disponible en *presidencia de Uruguay*, “Casos de interrupción voluntaria del embarazo disminuyeron tras implementación de la Ley”, 24 de febrero de 2014. Disponible en <https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/interrupcion-voluntaria-embarazo-disminuye-implementacion-ley> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

respetarse su condición siempre que sea posible.

Los datos sobre el porcentaje de objetores en el ámbito de la salud serían recabados y centralizados por la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), mediante la interrelación entre la Dirección de Sistemas de Información de ASSE y la dirección de todas las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud del país. La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, es un indicador asistencial y podría compilarse en el *Sinadi Asistencial ASSE*, publicado por el Ministerio de Salud Pública⁵⁰³. Así como, y en el Catálogo de metadatos y microdatos realizado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Uruguay⁵⁰⁴. Todo ello, amparado por la Ley núm. 18381 relativa al Derecho de acceso a la información pública⁵⁰⁵, la cual permite solicitar información, en este caso sobre objeción de conciencia de los profesionales de salud, a ASSE y al Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

La legalización de la IVE en Uruguay y la regularización progresiva de la objeción de conciencia demuestran que ésta es una opción legal en constante progresión. Uruguay es, a mi entender, el “país modelo” a seguir para normativizar la objeción de conciencia sanitaria. Es consecuente con los derechos reconocidos, tanto de profesionales como de usuarios del sistema sanitario, y además resulta ser un país innovador en busca de soluciones adecuadas. El ordenamiento jurídico de Uruguay reconoce la objeción de conciencia a nivel legal, deontológico y bioético. Para ello, ha utilizado todo tipo de instrumentos, desde su máxima legalidad (Ley) hasta de menor rango (Códigos éticos), e incluso ha presentado una alternativa innovadora, el Proyecto de Ley sobre la libertad de conciencia e ideario (en 2010 y 2015). De no haberse estancado el proyecto, ésta hubiese sido la opción con mayor seguridad jurídica para el ejercicio de la objeción de conciencia.

⁵⁰³ Este procedimiento se ha respaldado con la *Sentencia T-209/08*, Corte constitucional colombiana, *ob. cit.*, (párrafo 4.17) : “Tomándose como primera medida del Ministerio de Salud, solicitar a cada prestador del país el listado de médicos objetores de conciencia y el registro por escrito de objeción, información que aún se encuentra en proceso de sistematización”.

⁵⁰⁴ Actualmente, el INE, únicamente publica una Base de Datos de los prestadores de salud donde se contiene información tal como: sexo, edad, cargo o profesión, actividad, horas y remuneración. La información se presenta de manera encriptada, con un diccionario de variables para poder interpretar la información. El último de 2019. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/microdatos/bases-datos-prestadores-publicos-salud> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁵⁰⁵ Uruguay. Ley núm. 18381 de 17 de octubre de 2008, sobre el derecho a la información pública, *ob. cit.*

6.3. Argentina.

Concluyo este capítulo dedicado a otras regulaciones nacionales con la imprescindible mención de la República Argentina. Existen, a mi juicio, dos grandes logros por parte de la República Argentina, que hacen indispensable su inclusión en esta tesis doctoral. El primero, la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria a través de una serie de Protocolos, con la voluntad de “dotar a los equipos de salud de instrumentos que les permitan dar respuesta a las necesidades de salud de la población, desde una perspectiva integral y centrada de los derechos de los pacientes que les toca asistir⁵⁰⁶”. Estos instrumentos vienen representados por la creación de una herramienta de gestión de libre uso para las instituciones de salud, quienes regulan el ejercicio de la objeción de conciencia en la atención sanitaria en forma de *Protocolo*. En segundo lugar, la creación de un registro de objetores sanitarios, informatizado y de acceso público, que en Santa Fe es una realidad desde mayo del 2014⁵⁰⁷.

El debate sobre la objeción de conciencia en el ámbito sanitario se centra, como ocurre en otros países, en la práctica del aborto. Al igual que en el caso de Colombia, hasta hace muy poco, en Argentina no existía un “derecho al aborto” aunque se reconocían supuestos de interrupción no punibles, y su aplicación (aún “autorizada”⁵⁰⁸) generó un debate en el que las leyes provinciales han seguido caminos divergentes⁵⁰⁹. En la actualidad, desde el 30 de diciembre de 2020 a falta de su promulgación, la interrupción voluntaria del embarazo es una realidad en el contexto argentino. Sin embargo, la IVE no es la única práctica frente a la que se puede ejercer la objeción de conciencia, sino que cabe también frente a otros supuestos, reconocidos igualmente en el registro de objetores del país con la anticoncepción (incluida la de emergencia).

⁵⁰⁶ MACIAS, Andrea y OLIVERO, Marcela (coords.). *Documento sobre la objeción de conciencia en el contexto de la atención de la salud en la provincia de Neuquén*, Red de Comités de Bioética Asistencial: octubre 2015, pp. 8-33.

⁵⁰⁷ “Santa Fe publicó un registro de médicos objetores para realizar abortos legales”, *Telam*, 28 de mayo de 2015, disponible en: <http://www.telam.com.ar/notas/201405/65024-santa-fe-objetores-medicos-aborto-legal.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁵⁰⁸ Utilizo el entrecomillado pues esta autorización es relativa. Una vez digerida la normativa y los supuestos en los que la despenalización del aborto está vigente los profesionales de salud deben poder actuar sin solicitar a los jueces que faculden la intervención. Pese a ello, se sigue solicitando la dispensa judicial para la actuación, para evitar posibles represalias.

⁵⁰⁹ NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio. «Objeción de conciencia a la práctica del aborto en la República Argentina». *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 23, 2010, p. 20. El autor expresó esta idea con anterioridad en *La objeción de conciencia: Argentina*. En: NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio y MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro (coords.). *La libertad religiosa en España y Argentina*, Madrid: Fundación Universitaria Española, 2006.

6.3.1. Reconocimiento legal de la objeción de conciencia sanitaria.

6.3.1.a). Leyes estatales.

La Constitución de la Nación Argentina (CNA) garantiza la libertad religiosa (“de culto”, dice aún el art.14 de la CNA)⁵¹⁰, así como la autonomía y la libertad individual (art. 19 de la CNA)⁵¹¹. Estos preceptos garantizan la autonomía de las personas a seguir con un plan de vida libremente elegido. También resulta relevante, en la regulación de la objeción de conciencia argentina, el art. 1071 del Código civil⁵¹², que reconoce el respeto a la dignidad humana en cualquier circunstancia, y obligan al Estado a su tutela.

La legislación estatal en Argentina no reconoce la objeción de conciencia con carácter general, pero sí cuenta con algunas previsiones normativas respecto de algunos sectores específicos. Varias leyes reconocen la posibilidad de negarse a realizar o colaborar con la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño en el paciente. Así, la Ley núm. 24004 de 26 de junio de 1991, sobre las normas para el ejercicio de enfermería⁵¹³; la Ley núm. 24317, de 4 de mayo de 1994, sobre el ejercicio profesional del kinesiólogo, kinesiólogo fisiatra, licenciado kinesiólogos fisiatras, licenciado en kinesiología y fisioterapia, fisioterapeuta y terapeuta físico⁵¹⁴, y la Ley núm. 24301, 5 de enero de 1994, sobre el ejercicio profesional del licenciado en nutrición⁵¹⁵.

⁵¹⁰ Art. 14 CNA:

“Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio; a saber: de trabajar y ejercer toda industria lícita; de navegar y comerciar; de peticionar a las autoridades; de entrar, permanecer, transitar y salir del territorio argentino; de publicar sus ideas por la prensa sin censura previa; de usar y disponer de su propiedad; de asociarse con fines útiles; de profesar libremente su culto; de enseñar y aprender”. Argentina. Constitución Nacional Argentina de 1853. Texto oficial vigente según ley núm. 24430 sancionada el 15 de enero de 1994.

⁵¹¹ “Las acciones privadas de los hombres que de ningún modo ofendan al orden y a la moral pública, ni perjudiquen a un tercero, están sólo reservadas a Dios, y exentas de la autoridad de los magistrados. Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe”

⁵¹² Art. 1047 Código Civil y Comercial de la Nación:

“El ejercicio regular de un derecho propio o el cumplimiento de una obligación legal no puede constituir como ilícito ningún acto. La ley no ampara el ejercicio abusivo de los derechos. Se considerará tal al que contraríe los fines que aquélla tuvo en mira al reconocerlos o al que exceda los límites impuestos por la buena fe, la moral y las buenas costumbres”.

Argentina. Código Civil y Comercial de la Nación, última modificación, *Boletín Oficial de Argentina*, de 30 de junio de 2020.

⁵¹³ Argentina. Ley núm. 24004 de 26 de junio de 1991, Enfermería - Normas para su ejercicio - Aprobación - Derogación de los arts. 58 a 61 de la ley 17132, *Boletín Oficial de Argentina*, de 28 de octubre de 1991. Reconoce la objeción en su art. 9 apartado c).

⁵¹⁴ Argentina. Ley núm. 24317, sobre el Ejercicio Profesional del kinesiólogo, kinesiólogo fisiatra, licenciado kinesiólogos fisiatras, licenciado en kinesiología y fisioterapia, fisioterapeuta y terapeuta físico, de 4 de mayo de 1994, *Boletín Oficial de Argentina*, de 23 de mayo de 1994. Reconoce la objeción en su art. 9 apartado b).

⁵¹⁵ Argentina. Ley núm. 24301 de 5 de enero de 1994, sobre el Ejercicio Profesional del Licenciado en Nutrición, *Boletín Oficial de Argentina*, de 10 de enero de 1994. Reconoce el ejercicio de la objeción en su art. 10 apartado b).

Posteriormente, y de manera explícita, la objeción de conciencia se regula en la Ley núm. 25673, de 30 de marzo de 2002⁵¹⁶, sobre salud sexual y reproductiva, cuyo art. 10 reconoce la objeción de conciencia institucional: “las instituciones privadas de carácter confesional que brindan por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley”, que se refiere a la prescripción y suministro de métodos y elementos anticonceptivos no abortivos. La legislación argentina reconoce que una institución jurídica confesional se puede declarar objetora por razones religiosas. Actualmente, el debate se centra en si otras instituciones no confesionales pueden declararse objetoras de conciencia. Se plantea la posibilidad de que la objeción de conciencia no sea puramente religiosa, sino amparada en razones filosóficas o ético-morales⁵¹⁷.

Y su reglamento, aprobado por Decreto núm. 1282 de 23 de mayo de 2003⁵¹⁸, reconoce la objeción de conciencia a las personas físicas, al decir en su art. 10 que “se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el Programa nacional de salud sexual y procreación responsable previa fundamentación”. Señala el precepto que la objeción cabe “tanto en la actividad pública institucional como en la privada”. Eso sí, “los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros Centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley”⁵¹⁹.

La Ley núm. 26130, de agosto de 2006, que regula el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía)⁵²⁰, incluye, en el perfil de los objetores de conciencia, tanto a los médicos como a los auxiliares sanitarios. Tal y como expone el art 6 de dicha Ley: “Toda persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia sin consecuencia laboral alguna con respecto a las prácticas médicas enunciadas en el artículo 1° de la presente ley. La existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad,

⁵¹⁶ Argentina. Ley núm. 25673, de 30 de marzo de 2002 programa de salud sexual y procreación responsable en el ámbito el Ministerio de la Salud. Objetivos, *Boletín Oficial de Argentina*, de 22 de noviembre de 2002.

⁵¹⁷ DE CASAS, Carlos Ignacio; TOLLER, Fernando M.; BOTERO MARINO, Catalina. *Los derechos humanos de las personas jurídicas: titularidad de derechos y legitimación en el sistema interamericano*. México: Editorial Porrúa, 2015.

⁵¹⁸ Argentina. Decreto núm. 1282 de 23 de mayo de 2003 sobre la reglamentación de la Ley núm 2563 de 30 de marzo de 2002, *Boletín Oficial de Argentina*, de 25 de mayo de 2002.

⁵¹⁹ Son muchas las provincias Argentinas que no presentan un Protocolo de reglamentación del Programa Nacional De Salud Sexual Y Procreación Responsable. Véase Asociación por los Derechos Civiles. *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de la Situación*. Buenos Aires: Asociación por los Derechos civiles. 2015.

⁵²⁰ Argentina. Ley núm. 26130, régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, de 9 de agosto de 2006, *Boletín Oficial de Argentina*, de 28 de agosto de 2006.

respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata.”

Cabe destacar las previsiones que el Proyecto de Ley sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo⁵²¹. Ley que ha sido recientemente aprobada por la Cámara de Diputados Argentina y el Congreso a la espera de su promulgación⁵²². Según el art. 11 del Proyecto del ejecutivo, que presumiblemente se mantendrá en la Ley argentina:

“El/la profesional de la salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción voluntaria del embarazo tiene la obligación de garantizar el acceso a la práctica y no puede negarse a su realización. El/la profesional mencionado/a en el párrafo anterior sólo puede eximirse de esta obligación cuando manifestare su objeción previamente, de manera individual y por escrito, y la comunicará a la máxima autoridad del establecimiento de salud al que pertenece. La objeción puede ser revocada en iguales términos, y debe mantenerse en todos los ámbitos, públicos o privados, en los que se desempeñe el/la profesional. El/la profesional no puede objetar la interrupción voluntaria del embarazo en caso de que la mujer o persona gestante requiera atención médica inmediata e impostergable. Cada establecimiento de salud debe llevar un registro de los profesionales objetores, debiendo informar del mismo a la autoridad de salud de su jurisdicción. Queda prohibida la objeción de conciencia institucional y/o de ideario.”

Gracias al anterior artículo, tras la aprobación de la ley, la objeción de conciencia presenta unos nuevos parámetros. De sus rasgos característicos cabe destacar que debe estar manifestada previamente, de manera individual (prohibiéndose explícitamente la objeción de conciencia institucional y/o ideario, derogando el art. 10 de Ley núm. 25673, de 30 de marzo de 2002) por escrito, pudiendo ser aplicable a ámbito público y privado de salud. La objeción puede ser revocada de forma expresa o tácita. Además, el Proyecto establece que cada establecimiento de salud gestiona su propio registro de objetores al aborto, con obligatoriedad de informar sobre el mismo a la autoridad competente en materia de salud de la jurisdicción dónde está situado el centro sanitario. En mi opinión, la Ley del aborto Argentina recién aprobada avanza notablemente hacia una regulación de la cuestión de forma admirable, pues incluye los registros de objetores como una obligación para los

⁵²¹ Puede consultarse el proyecto de Ley en: Expediente Diputados: 2810-D-2019, ver en https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/textoCompleto.jsp?exp=2810-D-2019&tipo=LEY.<#L_INE> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁵²² Ley aprobada el 30 de diciembre de 2020, a la espera de su publicación oficial. *Vid.* “Derechos Reproductivos. “Es ley” y es oficial: el aborto será legal en Argentina, *el Salto*, de 30 de diciembre de 2020. Disponible en: <https://www.elsaltodiario.com/derechos-reproductivos/es-ley-el-aborto-sera-legal-en-argentina-voto-senado> (Última consulta 30 de diciembre de 2020).

centros sanitarios con objetores ejercientes. Faltaría especificar algo más sobre la cesión de los datos de este registro hacia la autoridad de salud de su jurisdicción; concretamente sobre que usos, y cuál es la finalidad de esa transmisión de datos.

6.3.1.b). Leyes provinciales.

Algunas provincias argentinas también reconocen la objeción de conciencia a algunos profesionales sanitarios, como Chaco⁵²³, Río Negro, Buenos Aires⁵²⁴, Entre Ríos⁵²⁵. Varias provincias contemplan el ejercicio de la objeción de conciencia para el colectivo de enfermería, como Buenos Aires⁵²⁶, Catamarca⁵²⁷, Chubut⁵²⁸ y Salta⁵²⁹, donde de manera explícita en su art. 13 c) se reconoce “ejercer la objeción de conciencia, siempre que ello no resulte un daño inmediato o mediato para el paciente”.

La normativa de Río Negro⁵³⁰ merece ser destacada ya que reconoce la objeción de conciencia de forma extensa, a los profesionales de la salud (entre los que se puede incluir así no solo a los médicos, sino a los enfermeros y auxiliares). Su Ley núm. 3448 de 23 de octubre del 2000, sobre el ejercicio de las profesiones de la salud y sus actividades de apoyo, regula esta cuestión de forma pionera, pues no solo añade la figura de objetor, que antes no se contemplaba, sino que además regula el proceso para reconocer la condición. En su art. 24. f) expone que:

“Se reconocerá la objeción de conciencia de los/as profesionales mediante la firma de documento público que comprometa dicha objeción, tanto en la práctica asistencial como en la privada. La objeción de conciencia de los/as profesionales no quita responsabilidad a

⁵²³ Argentina. Chaco. Ley núm. 5409 de 26 de junio de 2004, modifica la Ley 4276 de Procreación responsable e incorpora la práctica de ligaduras de trompas y vasectomías, *Boletín Oficial de Chaco*, de 11 de agosto de 2004.

⁵²⁴ Argentina. Buenos Aires. Ley núm. 1831 de 3 de noviembre de 2005, sobre régimen legal para el ejercicio profesional de los técnicos de la salud de la ciudad de Buenos Aires, en su art. 10 c).

⁵²⁵ Argentina. Entre Ríos. Ley núm. 9680, de 27 de febrero de 2006, sobre el ejercicio profesional del instrumentador quirúrgico. *Boletín Oficial de Entre Ríos*, de 3 de marzo de 2006. En su art. 7 b) se especifica que dicho colectivo puede “Negarse a realizar o colaborar con la ejecución de prácticas que entren en conflictos con sus convicciones religiosas, morales o éticas siempre que de ello no resulte un daño al paciente”.

⁵²⁶ Art. 13 de Argentina. Buenos Aires. Ley núm. 298 de 5 de enero del 2000, sobre el ejercicio de la enfermería. *Boletín Oficial de Buenos Aires*, de 10 de marzo del 2000.

⁵²⁷ Art. 17. k) de Argentina. Catamarca. Ley núm. 5268 que crease el colegio profesional de enfermería en la provincia, *Boletín Oficial de Catamarca*, núm.15, de 20 de febrero de 2009.

⁵²⁸ Art. 7 de Argentina. Chubut. Decreto 319/1999, de 07 de abril de 1999 sobre enfermería. Reglamentación de la Ley 3498. Aprobación, *Diario Oficial de Chubut*, de 16 de abril de 1999.

⁵²⁹ Art. 13 c) de Argentina. Salta. Ley núm. 7351 de 28 de julio de 2005, ejercicio de la profesión de la enfermería y creación del colegio profesional de enfermeros de la provincia de salta. *Boletín Oficial de Salta*, núm. 17178, de 22 de julio de 2005.

⁵³⁰ Argentina. Río Negro. Ley núm. 3338 de 14 de diciembre de 1999, sobre el ejercicio de las profesiones de la salud y sus actividades de apoyo. Reglamentación del ejercicio profesional. *Boletín Oficial de Río Negro*, de 23 de diciembre de 1999. Modificado por Argentina. Río Negro. Ley núm. 3448 de 23 de octubre del 2000, sobre la modificación del art. 24 de la Ley núm. 3338 de 15 de diciembre de 1999, sobre el ejercicio de las profesiones de la salud y sus actividades de apoyo. Reglamentación del ejercicio profesional. *Boletín Oficial de Río Negro*, núm. 6831, de 6 de noviembre del 2000.

los servicios de la red de asistencia pública de la provincia de la prestación de la práctica, debiendo arbitrarse los medios para su realización”⁵³¹.

Cabe destacar, que la declaración de objetor se entiende como una declaración jurada y es exigible tanto en instituciones públicas como privadas. Aunque no se especifica en qué momento debe hacerse la declaración de objeción, en ningún caso se puede solicitar a los objetores de conciencia una declaración previa al ejercicio de la profesión⁵³². La manifestación de voluntad, por parte de los profesionales, se realiza una vez está programada la intervención, y será aceptada siempre que no cause impedimentos para que la misma se realice. La confidencialidad y estabilidad de los objetores se garantiza expresamente, aunque, si la cantidad de objetores fuese tan numerosa que impidiesen la realización de la prestación en un determinado centro, la autoridad puede tomar las medidas necesarias —tales como el traslado de un hospital a otro— para garantizar el servicio.

El artículo 24. f) de la Ley núm. 3448 de Río Negro exige que la declaración de la objeción de conciencia conste en un documento público, sin que sea suficiente rellenar un simple formulario o declaración proforma en el propio centro. La declaración debe ser consignada ante Notario o funcionario público que acredite los hechos que describe y su fecha. Considero que esta exigencia formal es un acierto, que daría un plus de seriedad e implicación por parte del profesional.

Es necesario hacer referencia al hecho de que algunas provincias argentinas han regulado la objeción de conciencia y contemplan un aspecto organizativo esencial como es el registro de objetores, como San Luis, La Pampa y Santa Fe.

La provincia de San Luis cuenta con una ley general sobre el derecho a la objeción de conciencia, Ley I-0650-2008, de 17 de diciembre de 2008⁵³³, que incluye referencias al ámbito sanitario, educativo, y tributario (prohibiendo ésta). El art. 1 reconoce “el derecho fundamental a no actuar en contra de la propia conciencia personal”; el art. 2 define la objeción de conciencia como “el derecho subjetivo a desobedecer una norma jurídica que imponga acciones u omisiones contrarias a las convicciones religiosas, morales o éticas indubitadamente acreditadas, aceptando cumplir prestaciones sustitutivas, cuando éstas correspondieran.” Tanto el personal médico como el paramédico (art. 11) tienen reconocido ese derecho, aunque, como ocurre con todos los casos, no se aceptará cuando dañe a un

⁵³¹ Art. 24 f) de Río Negro. Ley núm. 3448 de 23 de octubre del 2000, *ob. cit.*

⁵³² Cfr. PADILLA, Norberto. «Objeción de conciencia frente al aborto», *Forum: Anuario del Centro de Derecho Constitucional*, núm. 4, pp. 40-41. Y, del mismo autor PADILLA, Norberto. «Aborto y “muerte digna” en la Argentina.(objeción de conciencia según la corte suprema y protocolos de aplicación)», *Revista Latinoamericana de Derecho y Religión*, vol. 1, núm. 1, 2019, p.17.

⁵³³ Argentina. San Luis. Ley I-0650-2008, de 17 de diciembre de 2008, *Boletín Oficial de Argentina*, de 31 de diciembre de 2008.

tercero (art. 3).

Es preciso destacar que uno de los aspectos más significativos de la Ley general sobre el derecho a la objeción de conciencia de la provincia de San Luis es la creación de un Consejo Consultivo para la Objeción de conciencia. Aparte de otras funciones consultivas y asesoras, deben “dictaminar en los conflictos que se presenten acerca del alcance de la Objeción de Conciencia o del derecho a la Objeción de Conciencia establecido en esta Ley” (art. 12). Las autoridades administrativas, los jueces, antes de resolver sobre una petición de objeción de conciencia, deberán pedir un dictamen no vinculante a este Consejo Consultivo para la Objeción de Conciencia. Además, el Consejo Consultivo está integrado “por representantes de los cultos religiosos registrados de la provincia de San Luis; de las asociaciones de defensas de los derechos y creencias de los pueblos originarios argentinos; y de personalidades con experiencia y compromiso en la materia” (art. 13). De modo que, San Luis, ha creado de este modo un mecanismo judicial para validar la objeción.

En La Pampa, la Ley núm. 2079 de 26 de noviembre de 2003⁵³⁴ reconoce el ejercicio de la objeción de conciencia en dos de sus preceptos. En el art.7 d) “Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica. El ejercicio de este derecho sólo ser reconocido cuando se concrete tanto en el ámbito público como en el privado”; y en su art. 21, f). 5 “Aceptar la negación por parte del profesional médico, en el caso que éste plantee objeciones de conciencia”.

Años más tarde crea un registro de objetores privado, mediante el Decreto 279/2012⁵³⁵. Se trata de un aspecto problemático, pues estipula la confidencialidad del registro de objetores de conciencia, lo que implica que la mujer no puede conocer de antemano si el profesional que la atenderá se declarará objetor⁵³⁶.

Finalmente, la provincia de Santa Fe se ha pronunciado en diversas ocasiones sobre el tema que nos ocupa. La primera vez, mediante Resolución núm. 843/2010 de 28 de abril de 2010⁵³⁷, por el que crea el registro de objetores de conciencia. El Ministerio de Salud de Santa Fe, siguiendo las indicaciones de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia, con

⁵³⁴ Argentina. La Pampa. Ley núm. 2079 de 26 de noviembre de 2003, sobre el ejercicio de las actividades de la salud. Derogación del Decreto ley núm 504/69 y modificación e diversas normas vigentes. *Boletín Oficial de la Pampa*, de 9 de enero de 2004.

⁵³⁵ Argentina. La Pampa. Decreto 279/2012 de 30 de abril de 2012, *Boletín Oficial de la Pampa*, núm. 2995 de 4 de mayo de 2012 y Resolución 656 de 30 de abril de 2012, *Boletín Oficial de la Pampa*, núm. 2995, de 4 de mayo de 2012.

⁵³⁶ Asociación de Derechos Civiles.« Aborto no punible. El fallo “F. A.L. S/medida autosatisfactiva” ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?», *Revista Cuestión de Derechos de la ADC*, agosto 2012, p. 24.

⁵³⁷ Argentina. Santa Fe, Resolución núm. 843/2010 de 28 de abril de 2010, Registro de Objetores de Conciencia en todo el sistema sanitario de la Provincia de Santa Fe, *Boletín Oficial de la provincia de Santa Fe*, de 8 de junio de 2010.

el asesoramiento del Consejo en Salud Sexual y Reproductiva creado por Ley núm. 11888 de 21 de junio de 2001⁵³⁸, de salud reproductiva, solicita que “se arbitren los mecanismos para la creación y difusión de un Registro Provincial de Objetores de Conciencia, para todas o cada una de las prácticas en particular, con el objeto de resguardar el derecho de la población y respetar las convicciones de los trabajadores a través de medidas organizativas necesarias para garantizar en cada servicio las practicas establecidas por la Ley y acorde a los protocolos aprobados”. En esa misma Resolución, núm. 843/2010, el Ministerio de Salud de Santa Fe especifica la información que debe contener el Registro, quienes son los encargados de su gestión, así como un modelo proforma del formulario para declararse objetor de conciencia. Cuatro años más tarde, Santa Fe complementa esa resolución con su Resolución 267/2014 de 21 de marzo de 2014⁵³⁹, en la que trata los problemas que surgen ante las inadmisiones de las declaraciones, cómo subsanarlas y quién es el órgano de control en dichos casos.

Posteriormente, pese no haber obtenido el quorum necesario en la Cámara de diputados y, por tanto, no llegar a promulgarse, resulta interesante señalar que se intentó legalizar un registro de objetores de conciencia, especializado en profesionales que se oponían únicamente a la realización de abortos no punibles, siguiendo lo establecido en la Resolución núm. 612/2012 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe⁵⁴⁰. Lo remarcable de este proyecto legal es la previsión de que no permite el acceso del personal objetor como aspirante a agente o funcionario público en dichas áreas (art. 8).⁵⁴¹ Esto supone una discriminación⁵⁴² para los profesionales sanitarios.

6.3.1.c). Jurisprudencia.

La jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) ha sentado unas bases acerca de la objeción de conciencia considerándola una concreción de la libertad religiosa, y reconociéndola en el campo de la salud de forma progresiva. La CSJN reconoce que: “la libertad religiosa incluye la posibilidad de ejercer la llamada objeción de conciencia, que halla sustento en los arts.14 y 33 de la Constitución Nacional, entendida

⁵³⁸ Argentina. Santa Fe, Ley núm. 11888 de 21 de junio de 2001, Ley de Salud Reproductiva, *Boletín Oficial de la provincia de Santa Fe*, de 2 de julio de 2001.

⁵³⁹ Argentina. Santa Fe. Resolución 267/2014 de 21 de marzo de 2014, objetores de conciencia. Complementa la Resolución, núm. 843/2010, *Boletín Oficial de Santa Fe*, de 3 de abril de 2014.

⁵⁴⁰ Argentina. Santa Fe. Resolución núm. 612 de 17 de abril de 2012. Adhiere a la guía técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles. Reemplaza la Resolución 887/09. *Boletín Oficial de Santa Fe* de 26 de abril de 2012.

⁵⁴¹ DIDIER, María Marta; ROMERO, Esteban J.; PARINI, Nicolás F. «Registro de objetores de conciencia: implicancias de los derechos a la igualdad ya la protección de datos personales», *Revista Persona y Derecho*, núm. 73, 2015, p. 241.

⁵⁴² *Ibidem*, p. 257.

como el derecho a no cumplir una norma u orden de una autoridad que violente las convicciones íntimas de una persona, siempre que dicho incumplimiento no afecte significativamente derechos de terceros u otros aspectos del bien común⁵⁴³. Como es habitual, los casos planteados inicialmente giraban en torno a la objeción de conciencia al servicio militar obligatorio (Caso Portillo)⁵⁴⁴ y posteriormente se plantearon casos de objeción de conciencia en el ámbito de la salud, tanto del propio paciente (como posibilidad de rechazar el tratamiento médico) como del médico (frente a casos de aborto).

En relación con la objeción de conciencia del paciente, cabe destacar el caso Bahamondez (1993)⁵⁴⁵. En 1989, Marcelo Bahamondez, paciente del Hospital Regional de Ushuaia, ingresa a causa de una hemorragia digestiva para la que necesita una transfusión de sangre, a la cual se niega, por ser Testigo de Jehová. El equipo profesional que le atiende solicita autorización judicial para poder realizarla. Tanto el Juez de primera instancia como la Cámara Federal de Comodoro Rivadavia autorizan las transfusiones de sangre a pesar de la negativa del paciente, y el asunto llega finalmente a la CSJA. Este tribunal no entra en el fondo del asunto, por falta de interés actual, ya que el paciente obtuvo el alta hospitalaria, por lo que la autorización solicitada resulta innecesaria.

La sentencia cuenta con algunos votos particulares. En el primero de ellos⁵⁴⁶, se reconoce la objeción de conciencia al tratamiento médico por parte de los pacientes, que debe ser respetada, máxime cuando no hay otras personas afectadas. El voto se fundamenta en la libertad religiosa y en la dignidad de la persona, que prevalecen frente a los perjuicios que posiblemente cause la ausencia de tratamiento⁵⁴⁷. Los médicos que respetan esa voluntad no están realizando un acto de auxilio al suicidio, o de eutanasia, y el voto particular se preocupa en distinguir estas situaciones. La negativa al tratamiento puede parecer irracional o absurda a la opinión dominante de la sociedad, pero si se trata de una decisión hecha por una persona adulta, consciente y libre, no cabe imponerle un tratamiento que violente sus íntimas convicciones⁵⁴⁸. El segundo voto particular⁵⁴⁹ insiste en que la

⁵⁴³ Así lo determino el fallo del *Caso Sisto y Franzini s/información sumaria*, Corte Suprema de Justicia de la Nación, de 5 de febrero de 1998. En el caso se enjuiciaba una objeción de conciencia- que fue desestimada- al régimen civil de matrimonio con divorcio vincular. El art.33 que la corte cita se refiere a los derechos no enumerados, cuya falta de mención expresa en el texto constitucional no implica desconocimiento: uno de ellos sería el derecho al ejercicio de la objeción de conciencia, según la jurisprudencia de la CSJN argentina.

⁵⁴⁴ *Caso Portillo. Alfredo s/infracción*, Corte Suprema de Justicia de la Nación,, de 18 de abril de 1989.

⁵⁴⁵ *Caso Bahamondez, Marcelo s. medida cautelar*, Corte Suprema de Justicia de la Nación, de 6 de abril de 1993.

⁵⁴⁶ De los magistrados Mariano Augusto Cavagna Martínez y Antonio Boggiano.

⁵⁴⁷ El voto particular cita también el art. 33 CNA, según el cual los derechos enumerados en la constitución “no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados”.

⁵⁴⁸ “De lo contrario, bajo el pretexto de la tutela del orden público erróneamente concebido, podría violentarse la conciencia de ciertas personas que sufrirían una arbitraria discriminación por parte de la mayoría, con perjuicio para el saludable pluralismo de un Estado democrático” (párr. 18).

⁵⁴⁹ Que firman los magistrados Augusto César Belluscio y Santiago Enrique Petracchi.

libertad de tomar decisiones fundamentales que le conciernen a una persona directamente puede ser válidamente limitada cuando exista algún interés relevante en juego, pero en este caso no existe ninguno. En ambos votos, se hacen afirmaciones en el sentido de entender que la negativa al acto médico debe respetarse, teniendo en cuenta el marco constitucional de los derechos de la personalidad, entre los que destaca la intimidad, la conciencia, el derecho a estar a solas, el derecho a disponer del propio cuerpo, de manera que, más allá de ser o no creyente de un determinado culto, las personas tienen un “incuestionable poder jurídico para rehusar ser transfundidos sin su consentimiento”.

El caso Bahamondez marcó un antes y un después en la jurisprudencia argentina en relación con la objeción de conciencia del paciente⁵⁵⁰, entendido como derecho a rechazar un tratamiento⁵⁵¹. El impacto de la sentencia es que logró modificar la postura del país que culminó en la Ley 26529, de 21 de octubre de 2009, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud⁵⁵², que admitió el rechazo al tratamiento médico “con o sin expresión de causa” (art. 2.e)), así como las directivas anticipadas para expresar ese rechazo (art. 11).

Jurisprudencialmente, en relación con el ejercicio de objeción de conciencia en Argentina, destaca notablemente la casuística del aborto. Cabe recordar que en Argentina la IVE “libre”, entendida como la voluntad de interrumpir el embarazo sin necesidad de causales, no está aún permitida, y los supuestos de aborto legal— entendido como aborto no punible— son únicamente el aborto terapéutico, el aborto practicado después de una violación, y el eugenésico (regulados en los arts. 85 a 88 Código penal argentino). Y en este sentido, existen casos tanto de la CSJN como Sentencias de Tribunales inferiores. La

⁵⁵⁰ Para CHEVALIER, Mariela «Breve análisis del fallo Bahamondez como respuesta estatal, desde el punto de vista de la calidad institucional», *ob. Cit.*, p. 2, esta postura es una defensa iusnaturalista asentada en las libertades fundamentales, reconocida en el art. 19 de la CNA.

⁵⁵¹ PORTELA, Jorge Guillermo. «La justificación iusnaturalista de la desobediencia civil y de la objeción de conciencia», *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, vol. 36, núm. 105, 2006, p. 341-360; del mismo autor, la reflexión anterior «Hacia una justificación de la objeción de conciencia», *El Derecho*, núm.2, 1993.

El Dr. Jorge Guillermo Portela es un ferviente defensor de la legislación acerca de la muerte digna, y considera esta sentencia, con sus votos particulares, una solución alentadora, ya que esperaba que la sentencia fallase en el sentido de que la voluntad médica debía prevalecer sobre la autonomía del paciente, más cuanto mayor es el peligro para la vida del paciente. Señala que “lamentablemente en este caso la Corte ha decidido por mayoría que el derecho en juego ha devenido abstracto invocando a nuestro juicio con desacierto una mera cuestión fáctica y si se quiere, puramente “procedimental”. Dejando de lado esta cuestión que calificaremos como puramente ritual, el voto de los Dres. Cavagna Martínez y Boggiano, y con ligeras variantes el de Belluscio y Petracchi, nos parecen particularmente lúcidos: la conciencia habrá de protegerse puesto que así lo exige la libertad religiosa (para el creyente en particular) y el art. 19 de la Constitución Nacional (para quien invoque inconvenientes puramente morales). Tan firme debe ser esta defensa, que aunque la decisión individual pueda parecer irrazonable o absurda a la mayoría, la misma debe gozar aun en ese caso de la máxima garantía en torno al respeto. (...) Ello así, el fallo que nos ocupa debe ser aplaudido en cuanto reafirma a la objeción de conciencia como un derecho de la personalidad y como tal, tutelado por la Constitución Nacional”.

⁵⁵² Argentina. Ley 26529, de 21 de octubre de 2009, *ob. cit.*

autorización de los abortos no punibles (terapéuticos y eugenésicos⁵⁵³) en los centros hospitalarios han parcelado de forma expresa una objeción de conciencia en materia de aborto no punible, que no podrá obstaculizar el acceso a la práctica médica puntual, ni mucho menos traducirse en barreras que impidan o dilaten el aborto en los casos permitidos en cuyo caso la práctica médica debe estar disponible para las mujeres⁵⁵⁴ de forma “permanente, expeditiva e inmediata”⁵⁵⁵.

En 1995 el Comité de Bioética del Hospital de la Comunidad de Mar del Plata (Buenos Aires) debía resolver sobre una autorización de IVE en un caso de anencefalia. El Comité de Bioética Hospitalaria, los equipos de salud y el juez, Caso “G. de A., A. L. s/ Acción de Amparo”⁵⁵⁶, debían decidir e intervenir en el proceso de autorización a la práctica. Tanto Comité como equipo médico coincidían en el argumento de la “certeza de la inviabilidad de los fetos anencefálicos”. El juez no solo coincidió con el anterior diagnóstico, alego que existía un riesgo para la salud de la madre en caso de que el embarazo siguiese su curso, traducido en un grave daño psíquico, que causa un embarazo sin futuro. El Tribunal, resuelve favorablemente la solicitud de autorización de de aborto. Y lo destacable de esta sentencia es que, una vez autorizada la práctica, el juez prevé la posibilidad de que el profesional que trabaje en el hospital público sea reemplazado, en caso de manifestar ser objetor. De este modo, se permite el ejercicio de la objeción de conciencia, sin menoscabar los derechos de las pacientes.

Otro ejemplo de solicitud de aborto es el Caso *T.S. contra Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires* (2001)⁵⁵⁷, donde una mujer de 35 años, casada y embarazada por segunda vez de forma voluntaria, solicita a su hospital (Hospital Materno Infantil “Ramón Sardá”) que en su séptimo mes de embarazo se realizase un parto inducido, basándose en que el feto carecía de masa encefálica y carlota craneana, lo que implicaba inviabilidad fuera de su seno materno. El hospital, pese a ser público, se niega, primando el derecho a la vida del concebido. Ante la negativa, la demandante acude Juzgado núm. 7 Contencioso

⁵⁵³ Con relación a la temática anterior, en el Caso *C. P. de P. A. K.*, Suprema Corte de Justicia de la Nación, de 27 de junio de 2005.

Con relación al aborto terapéutico, la doctora de la gestante (la anterior, madre y embarazada de forma voluntaria), solicita la interrupción del embarazo de su paciente por una cardiopatía severa. En primera instancia el Tribunal de familia núm. 2 de Zamora a fecha 7 de junio de 2005, declara que autoriza la interrupción dado que se encuentran facultados los profesionales correspondientes para realizar la práctica médica más adecuada destinada a interrumpir el embarazo de la peticionante.

⁵⁵⁴ *Caso Frías/Natividad*, Cámara Nacional Criminal y Correccional de la Capital Federal, de 26 de agosto de 1966 (considerandos 29 y 30).

⁵⁵⁵ DEZA, Soledad. «Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas», *Revista Patagónica de Bioética*, año 3, núm. 4, 2016, p. 14. De la misma autora, DEZA, Soledad «Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas», *Revista Bioética y Derecho*, núm. 39, 2017, p. 51.

⁵⁵⁶ *Caso G. de A., A. L. s/ Acción de Amparo*, Juzgado en lo Criminal y Correccional núm. 3 de Mar del Plata, de 30 de diciembre de 1996.

⁵⁵⁷ *Caso T.S. contra Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires*, Juzgado núm. 7 Contencioso Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de 26 de diciembre del 2000.

Administrativo y Tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para obtener la autorización. El asesor tutelar solicita la prohibición de la práctica abortiva, entendiendo al concebido como una persona. En primera instancia, la jueza se declara incompetente. El fiscal apela la decisión de la juez, y esta última no concede el amparo solicitado por no quedar acreditado el grave peligro para la salud de la gestante. Ésta interpone un recurso de amparo ante el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que finalmente autorizó el aborto. Afirmó que la negativa del hospital era ilegítima al exigir innecesariamente a la mujer una autorización judicial. El Tribunal descartó que en el caso se dieran los elementos típicos de un delito de aborto, al entender que, en la colisión de derechos en juego, una vida indefectiblemente destinada a cesar y el daño psicológico que pueda sufrir la mujer, debe prevalecer el de la mujer⁵⁵⁸. Asimismo, aclara el Tribunal, que la autorización para la intervención se extiende a los médicos del hospital o a quienes el Gobierno de la ciudad autónoma determine, actuando con el mayor respeto hacia la vida embrionaria y que, de existir objeción de conciencia, ésta deberá ser respetada, más el hospital o el Gobierno provincial deberán disponer las sustituciones necesarias con carácter urgente.

Uno de los casos con mayor repercusión sobre el aborto de los últimos tiempos, es el asunto F.A.L. s/ Medida Autosatisfactiva (2012)⁵⁵⁹, resuelto por la sentencia CSNJ de 13 de marzo de 2012, sobre un aborto tras la violación de una menor de quince años. Dada la redacción de la ley⁵⁶⁰, algunos autores consideraban que el aborto solo podía ser practicado cuando la mujer violada fuera “idiota o demente”, aunque el tribunal consideró que esta era una interpretación errónea de la ley: en casos de violación, el aborto es legal sin importar la salud o capacidad mental de la mujer. Superado este escollo, el debate se centró en la necesidad de exigir, o no, autorización judicial previa a la práctica del aborto⁵⁶¹. Aunque la cuestión se había convertido en puramente abstracta, ya que la menor pudo abortar legalmente, la CSJN aclaró que no era necesario solicitar autorización judicial para abortar, pues ello obligaría a la mujer a exponer públicamente su vida privada; lo único exigible es que los médicos verifiquen que el embarazo es producto de una violación y que la víctima preste su consentimiento.

La CSJN exhorta a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y

⁵⁵⁸ Confirmada a posteriori por *Caso T.S. contra Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/amparo, Caso T.S.*, Corte Suprema de Justicia de la Nación, de 1 de noviembre de 2001.

⁵⁵⁹ *Caso F.A.L. s/ Medida Autosatisfactiva*, Corte Suprema de Justicia de la Nación, de 13 de marzo de 2012.

⁵⁶⁰ El art. 86 del Código Penal Argentino señala que no es punible el aborto practicado “Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”:

⁵⁶¹ En el presente asunto, el padre solicitó autorización judicial para la práctica del aborto de su hija de quince años. El juez penal que investigaba el delito de violación alegó que carecía de facultades durante la etapa de instrucción. La madre de la menor, solicitó la medida autosatisfactiva ante la jurisdicción de familia.

hacer operativos protocolos hospitalarios sobre la atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos. Y entre esos obstáculos menciona la objeción de conciencia al aborto⁵⁶². La sentencia indica que “deberá disponerse un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual” (Considerando 29).

Este fallo dio lugar a la sanción de protocolos de actuación ante el aborto en varias provincias argentinas⁵⁶³. Muchos de estos protocolos constituyen la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia— a los que me he referido en el epígrafe anterior—, permitiendo la objeción personal, pero impidiendo la objeción institucional. Pese a la promulgación de protocolos de acceso al aborto la situación actual es que la objeción de conciencia se ha convertido en una de las barreras más importantes para el acceso al aborto no punible⁵⁶⁴.

Por último, cabe destacar una de las últimas causas en las que el juez de forma preventiva se pronuncia ante la posible objeción de conciencia, bien institucional o profesional, ante el fallo emitido en un caso de limitación del esfuerzo terapéutico. En concreto, ante la petición de retirar el tratamiento de soporte vital de un paciente en estado vegetativo persistente e irreversible.

El sr. M.A.D se encuentra en estado vegetativo persistente e irreversible desde 1994, tras un accidente de tráfico. Sus hermanas y curadoras, tras veinte años y cuatro instituciones distintas, solicitan autorización para rechazar el tratamiento de soporte vital en representación de su hermano, al amparo de los arts. 2 e) y 5 g) de la Ley núm. 26742 de 9

⁵⁶² NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio. «Objeción de conciencia a la práctica del aborto en la República Argentina», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*. 2010, núm. 23, p. 12.

⁵⁶³ Asociación por los Derechos civiles. *Acceso al aborto no punible en Argentina: Estado de la Situación*, ob. cit.

⁵⁶⁴ Cfr. ARIZA NAVARRETE, Sonia y RAMÓN MICHELE, Agustina. «Objeción de conciencia y aborto». En: RAMOS, Silvina *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*. Cedex: Buenos Aires, 2015, p. 192. Estas autoras hicieron un estudio en el que revisaron 28 artículos sobre el tema publicados en América Latina y el Caribe en el período enero 2009 a marzo 2015.

de mayo de 2012⁵⁶⁵ que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud⁵⁶⁶. En primera instancia se deniega la autorización. En segunda instancia el TSJ de Neuquén alega que, tanto la Ley núm. 26742 como su precedente Ley núm. 26529, “procuran asegurar el goce del derecho a la autonomía personal en la etapa final de la vida y que este derecho se plasma en la posibilidad de aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos⁵⁶⁷”. En el ámbito provincial de Neuquén, la Ley núm. 2611 de 8 de octubre de 2008, sobre derechos y obligaciones del paciente⁵⁶⁸, persigue la misma finalidad. Por esa razón, acepta la petición de las hermanas y curadoras de M.A.D., pues se halla comprendida en las disposiciones de las leyes citadas, dejando sin efecto la sentencia apelada. Pero, al parecer, la institución en la que estaba el paciente o bien era confesional y por ende objetora, o bien contaba con profesionales que se acogían a la objeción de conciencia para negarse a retirar el tratamiento de soporte vital⁵⁶⁹.

Contra este pronunciamiento el curador *ad litem* y el Ministerio Público de incapaces interpusieron sendos recursos extraordinarios⁵⁷⁰. En el primero de ellos, sostiene que la sentencia es arbitraria, que no se valoraron las pericias médicas y que las leyes sobre derechos y obligaciones del paciente no son aplicables a este caso, dado que el Sr. M.A.D. no se encuentra en una fase terminal. Por lo que, a su entender, autorizar el fin de la alimentación, hidratación y la medicación es una práctica eutanásica⁵⁷¹. El Ministerio Público de incapacidades sigue la misma línea, enfatizando que el paciente, Sr. M.A.D, no se encuentra en estado terminal, pues más allá de la alimentación e hidratación no necesita de mecanismos para respirar. Alega, este último, que las leyes no se pueden aplicar con carácter retroactivo y que, por tanto, los anteriores jueces han incurrido en un exceso de jurisdicción. Por último, el Ministerio argumenta que el Sr. M.A.D no expresó voluntad alguna sobre retirar el tratamiento, pues no disponía en el momento del accidente, ni después, de un documento de voluntades anticipadas.

La CSJN inadmite los recursos planteados. Resuelve que el paciente se encuentra en un estado irreversible de la enfermedad, pues requiere atención permanente para sus

⁵⁶⁵ Argentina. Ley núm. 26742 de 9 de mayo de 2012. Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, *Boletín oficial de Argentina*, de 24 de mayo de 2012. Esta ley modificó la anterior Ley núm. 26529 de 19 de noviembre de 2009. Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud, *Boletín Oficial de Argentina*, de 20 de noviembre de 2009.

⁵⁶⁶ *Caso D. M.A. s/ declaración de incapacidad*, Corte Suprema de Justicia de la Nación, de 7 de julio de 2015.

⁵⁶⁷ *Ibidem* (Considerando 1).

⁵⁶⁸ Neuquén. Ley núm. 2611 de 8 de octubre de 2008, sobre derechos y obligaciones del paciente, *Diario oficial de Neuquén* de 24 de octubre de 2008.

⁵⁶⁹ Tal y como alude el considerando 33 de *Caso D. M.A. s/ declaración de incapacidad*, *ob. cit.*

⁵⁷⁰ En tribunal a quo. Fs. 1010/1030 y 1032/1063 expreso en el considerando 2 de *Caso D. M.A. s/ declaración de incapacidad*, *ob. cit.*

⁵⁷¹ *Ibidem*. (Considerando 2).

necesidades básicas y, al mismo tiempo, carece de conciencia de sí mismo o de lo que le rodea; por ello concluye que se trata de un paciente desahuciado en estado terminal⁵⁷². La ley prohíbe la eutanasia, en el art. 11 de la Ley núm. 26742; sin embargo, existen precedentes jurisprudenciales en los que se permiten prácticas de “abstención terapéutica” ante las solicitudes de los pacientes⁵⁷³. Admite que el paciente no cuenta con un documento de voluntades anticipadas, y tampoco puede manifestar su voluntad terapéutica o consentimiento en su estado, por lo que debe examinarse cuál sería la voluntad del paciente. La Ley núm. 26529 prevé que los pacientes incapacitados o imposibilidades de manifestar su consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, según su art. 6: “ podrá ser dado por las personas mencionadas en el art. 21 de la Ley 24193 de 24 de marzo de 1993, de trasplante de órganos y materiales anatómicos⁵⁷⁴, con los requisitos y el orden allí establecido (...)”. De acuerdo con estos términos y el orden de prelación, las hermanas se encuentran autorizadas para dar testimonio de la voluntad del paciente. Por lo que, finalmente, la CSJN, concluye que la petición de las hermanas del Sr. M.A.D. se enmarca en los supuestos legales, y debe darse cumplimiento al art.2 e) de la Ley núm. 26529 en cuanto precisa que “en los casos en que corresponde proceder al retiro de TSV es menester adoptar las providencias y acciones para el adecuado control u alivio del eventual sufrimiento del paciente”⁵⁷⁵.

Conviene destacar las precisiones que realiza la CSNJ respecto a cómo deberían tratarse, en el futuro, las situaciones en las que se pretenda hacer efectivo el derecho a la autodeterminación en materia de tratamientos médicos. Y concretamente, las precisiones sobre el ejercicio de la objeción de conciencia ante estos casos. La CSNJ manifiesta la necesidad de que las autoridades correspondientes e instituciones sanitarias contemplen en sus protocolos las vías por las que el personal sanitario pueda ejercer su derecho a la objeción de conciencia, sin que ello suponga demoras o derivaciones que comprometan la atención del paciente. También apunta que deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación de los protocolos o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente. De forma que la institución sanitaria debe contar con los recursos humanos suficientes para garantizar, de forma permanente, el ejercicio de sus derechos contemplados en la Ley núm. 26529.

⁵⁷² Argentina. Ley 24193 de 19 de abril de 1993, de trasplante de órganos y materiales anatómicos, *Boletín oficial de Argentina*, núm. 27625, de 26 de abril de 1993.

⁵⁷³ *Caso D. M.A. s/ declaración de incapacidad, ob. cit.* (Considerando 16).

⁵⁷⁴ Argentina. Ley 24193 de 19 de abril de 1993, de trasplante de órganos y materiales anatómicos, *ob. cit.*

⁵⁷⁵ *Caso D. M.A. s/ declaración de incapacidad, ob. cit.* (Considerando 29).

6.3.2. Protocolos de actuación médica y la función de la Red de Comités de Bioética Asistencial en relación con la objeción de conciencia.

Existen unos Protocolos de actuación profesional, algunos de alcance nacional y otros de alcance provincial, que se aplican para solucionar los conflictos del ejercicio de la objeción de conciencia en determinadas prácticas sanitarias.

A nivel nacional, es necesario destacar el «Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo»⁵⁷⁶ su última versión de 2019. Este Protocolo es de alcance nacional por lo que todas las entidades de salud del país deben aplicarlo. Aunque en realidad, se trata de una versión actualizada de dos protocolos que le preceden: por un lado, «Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo» de 2015⁵⁷⁷; y por otro, la «Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles» del año 2010⁵⁷⁸ y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable según Ley núm. 25673 de 2002. Llama la atención que este Protocolo presentado para su aplicación obligatoria en todo el territorio nacional no sea ni una resolución ni una disposición del Ministerio de Salud lo que lo hace carente de validez legal^{579 580}.

Es preciso destacar, que la CSJN argentina enunció de nuevo, la necesidad de implementar Protocolos de actuación médica, para que el profesional sanitario pueda ejercer la objeción de conciencia ante el LET, en el Fallo M.A.D. (2015)⁵⁸¹ expresando:

“La necesidad de que las autoridades correspondientes contemplen mediante un protocolo las vías por las que el profesional sanitario pueda ejercer su derecho a la objeción de conciencia sin que se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención del paciente. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción de conciencia sea manifestada en: el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el

⁵⁷⁶ MARIS SAPPA, Stella y MUSACCHIO, Ofelia (coords.). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo*, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2019.

⁵⁷⁷ RAMOS MEJÍA, Agustina (coord.). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo*, Argentina: Ministerio de Salud de la Nación, 2015.

⁵⁷⁸ OMERO, Mariana y BERGALLO, Paola (coords.). *Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos no Punibles*. Argentina: Gobierno de Salud de la Nación, 2010.

⁵⁷⁹ LAFFEIRE, Jorge Nicolas. «De F.A.L. a M.A.D.: el derecho a la vida en la Corte Suprema de Justicia de la Nación», *Prudentia Iuris*, núm. 80, 2015, p. 134.

⁵⁸⁰ La única ciudad que da plazo, tras la implementación del protocolo es Buenos Aires, 30 días y renovable cada 2 años. Véase la Ley 1174/2007 del Ministerio de la Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

⁵⁸¹ *Ibidem*. Texto del Considerando 15. Véase “La Corte Suprema reconoció el derecho de todo paciente a decidir su muerte digna”, *Centro de Información Judicial*, 7 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.cij.gov.ar/nota-16952-La-Corte-Suprema-reconoci-el-derecho-de-todo-paciente-a-decidir-su-muerte-digna.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Vid. PADILLA, Norberto. «Objeción de conciencia frente al aborto», *ob. cit.* p. 33-34.

establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a los pacientes que se encuentren en la situación contemplada en la ley 26529 [...]”⁵⁸².

Sin embargo hasta la fecha no existen protocolos nacionales o provinciales de cómo actuar al respecto⁵⁸³.

A nivel provincial, la Dirección Provincial de Calidad de la Gestión del área Bioética de la Red de Comités de Bioética Asistencial (CBA, en adelante) define los Protocolos como “una herramienta de gestión que contribuye a garantizar el ejercicio de la objeción de conciencia”⁵⁸⁴. Es remarcable el protocolo creado por la Red de CBA en Neuquén en relación con el ejercicio de la objeción de conciencia. Dicha Red posee un documento que recuerda a la declaración de objetor contenida como anexo en la Resolución núm. 843/2010 de 28 de abril de 2010, Registro de Objetores de Conciencia en todo el sistema sanitario de la Provincia de Santa Fe⁵⁸⁵, que analizo en el próximo apartado. La necesidad de este documento se justifica mediante la elaboración de un único protocolo de actuación como herramienta de gestión y los derechos de los pacientes a los que se refiere. Siguiendo la tónica informal del resto de países, a excepción del documento público de Río Negro, se parte de un escrito que manifiesta y justifica la objeción de conciencia, y que debe presentarse ante la autoridad competente desde el día que se inicia la actividad profesional en el centro de salud. Resulta necesario analizar el calado de este simple mecanismo que contiene una tímida e innovadora idea acerca de su procedimiento. De manera sintética:

1. Las declaraciones de los profesionales, entendidas como escritos que manifiestan y justifican la objeción de conciencia, se presentan ante la autoridad competente mediante un Registro Institucional de Objetores de Conciencia (en adelante RIOC).
2. El RIOC se crea como herramienta para los gestores sanitarios, es decir, para que la organización por parte de las autoridades institucionales sea fácil, y a su vez, sirva

⁵⁸² Argentina. Ley 26529, de 21 de octubre de 2009, *ob. cit.*

⁵⁸³ El único protocolo al respecto, sobre LET, es el “Protocolo nacional para el cese irreversible de las funciones encefálicas (certificación del fallecimiento”, aprobado mediante Resolución 716/2019, *Boletín Oficial de Argentina*, de 25 de abril de 2019. Su precedente es el “Protocolo de diagnóstico de muerte” bajo criterios neurológicos aprobado por Resolución núm 275/2010 (actualmente derogado).

LAFFEIRE, Jorge Nicolas. «De F.A.L. a M.A.D.: el derecho a la vida en la Corte Suprema de Justicia de la Nación», *ob.cit.*, p. 132-134; PADILLA, Norberto. «Aborto y "muerte digna" en la Argentina». (Objeción de conciencia según la Corte Suprema y Protocolos de aplicación), *Revista Latinoamericana de derecho y religión*, núm. 1, 2015, pp.18-20.

⁵⁸⁴ MACIAS, Andrea y OLIVERO, Marcela (coords.) *Documento sobre la objeción de conciencia en el contexto de la atención de la salud en la provincia de Neuquén*, Red de Comités de Bioética Asistencial: octubre 2015, *ob. cit.*, p. 8.

⁵⁸⁵ Argentina. Santa Fe, Resolución núm. 843/2010 de 28 de abril de 2010, Registro de Objetores de Conciencia en todo el sistema sanitario de la Provincia de Santa Fe, *ob. cit.*

como garantía para los pacientes que accedan a las prestaciones, pese a la objeción de algún/os profesional/es.

3. Propuesta de modelo que se publicita mediante las redes:

Modelo de declaración de objeción de conciencia en el ámbito sanitario .

Nombres y apellidos:

DNI N°

De profesión:

Matrícula profesional N°.....

Trabajador/a de esta institución con la categoría profesional/cargo de.....

SOLICITA que se atienda esta Declaración de objeción de conciencia a los siguientes procedimientos o actuaciones (especificar con la mayor precisión posible):

1.....

2.....

3.....

AUTORIZA a que dicha Declaración se incluya en el correspondiente Registro Institucional de Objetores de Conciencia de esta institución, con carácter estrictamente confidencial, de acuerdo con lo establecido en la Ley Nacional 25326/00 de Protección de Datos Personales, y únicamente para la mejor organización de los servicios asistenciales en la misma.

Imagen XII. Extraída de la pág. 10 del Documento sobre objeción de conciencia en el contexto de la atención de la salud en la provincia de Neuquén. (ob.cit)

En la nota al pie del documento oficial consta "Adaptado de: CASADO M y CORCOY M (2007). Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad. Elaborado por el Grupo de opinión del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona⁵⁸⁶.

Los anteriores aspectos, presentados de manera sintética, del Protocolo de Neuquén, aunque parezcan obvios, creo que resultan incompletos. Es digno de elogio que se haya publicado un modelo de formulario, y se hayan dado unas directrices claras, pero aún quedan algunas cuestiones que deben ser aclaradas. Se ha de reconocer la importancia de la publicidad, entendida como acceso público, expandiendo las formalidades contenidas en la Ley Nacional 25326 de 4 de octubre de 2000 sobre protección de datos⁵⁸⁷, yendo más

⁵⁸⁶ MACÍAS, Andrea y OLIVERO, Marcela. «Documento sobre la objeción de conciencia en el contexto de la atención de la salud en la provincia de Neuquén», Revista Patagónica de Bioética, núm. 4, 2016, pp. 5-6, explica que en la elaboración del documento se escucharon otras voces de instituciones y personas con experiencia en la temática: Comité Provincial de Bioética de Santa Fe, Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, el de la Colectiva Feminista La Revuelta, Soledad Deza y Eleonora Lamm abogadas de Tucumán y Mendoza respectivamente y Marta Aoki, docente de la Cátedra de Bioética de la Universidad Nacional del Comahue. También, durante más de cuatro meses se colocó a consideración pública en la página web de este ministerio.

⁵⁸⁷ Argentina. Ley núm. 25326 de 4 de octubre de 2000. Disposiciones generales. Principios generales

allá de la cláusula expuesta en la autorización mostrada con precedencia. Si bien es cierto que el modelo de la Red de CBA de Neuquén se inspira en el creado por el OBD, Santa Fe es el modelo que previsiblemente se adaptaría mejor a las necesidades que tanto el ejercicio de la objeción de conciencia como los usuarios del sistema sanitario requieren. A continuación expondré las características primordiales del Registro citado, que luego desarrollaré en epígrafe aparte, dada su importancia.

Así, la aplicación del protocolo creado por la Red de Comités de Bioética Asistencial (CBA) de la provincia de Neuquén, supone una portentosa forma de paliar lo que Deza⁵⁸⁸ describe como “un ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, con un dispar control estatal, que corre el riesgo de menoscabar la autonomía de las y los pacientes, más que apuntalar la autonomía profesional”.

Una vez explicado el uso y los objetivos del CBA, cabe destacar las deficiencias percibidas en este sistema de gestión sanitaria argentino, y para ello presento los argumentos principales que se alegan contra el Protocolo de actuación.

En primer lugar, se produce una discriminación en relación con los trabajadores por su condición de objetor. Gracias a los protocolos de actuación, se puede prescindir y substituir al objetor en los centros públicos, llegándose a postular su no contratación. La practicidad de los protocolos de actuación frente a la creación de equipos capaces de actuar en los abortos no punibles es indiscutible, en el sentido de que presumiblemente se excluye a los objetores de conciencia de esos equipos interdisciplinarios encargados de dictaminar en los casos de aborto. El Estado está obligado a prestar el servicio a la población y, aunque la posibilidad de objetar que tienen los profesionales es una postura garante de sus derechos, al mismo tiempo supone una exclusión discriminatoria por razones de conciencia de todo el personal de los centros públicos, resultando, por tanto, cuestionable.

En segundo lugar, existe la posibilidad de excluir a un trabajador objetor de conciencia del Comité de Ética de su hospital (en adelante CEH)⁵⁸⁹. La segunda de las discriminaciones negativas, relacionadas con la manifestación de la condición de objetor, es la posibilidad de dichos objetores de ser excluidos de los Comités de Ética de los hospitales, e incluso no permitirles formar parte de los equipos interdisciplinarios encargados de dictaminar los casos de “abortos no punibles”. Esto implica que ambas exclusiones sean una

relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales. *Boletín Oficial de Argentina*, de 2 de noviembre del 2000.

⁵⁸⁸ DEZA, Soledad. «Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas», *ob. cit.* p.14.

⁵⁸⁹ El Comité Hospitalario de Ética es en Argentina lo que un Comité de Ética Asistencial español, se utiliza diferente nomenclatura pues en Argentina un CEA es una Central de Emergencia de Adultos.

acción discriminatoria por razones de conciencia; para entender en que me baso para hacer esta afirmación debo, en primer lugar, hacer referencia nuevamente a la imprecisa legislación, centrándome en este caso en la terminología utilizada en la normativa, así como el ejercicio práctico de la misma.

La Ley 24742 de 18 de noviembre de 1996, sobre Comité hospitalario de Ética. Funciones, Integración⁵⁹⁰ dispone en su primer artículo la voluntad de que todas las provincias posean un CHE, alegando que “en todo hospital del sistema público de salud y seguridad social, en la medida en que su complejidad lo permita, deberá existir un CHE que cumplirá funciones de asesoramiento, estudio, docencia y supervisión de la investigación respecto de aquellas cuestiones éticas que surgen de la práctica en la medicina hospitalaria”. Las provincias, y el ejercicio de la objeción de conciencia dentro de las mismas, han condicionado esta creación, apreciándose –a mi entender y desde la perspectiva laica, que es la más laxa y neutral– una confusión ineludible entre la funcionalidad de los CHE y los Consejos de Bioética Provinciales, como veremos. Por otro lado, el uso condicionado de los mismos ante las cuestiones asistenciales suscita el debate del que es objeto esta tesis, con el fin de llegar a dilucidar una dudosa practicidad y un mal uso de los organismos consultivos del Ministerio de Salud.

6.3.3. El avance más significativo: Santa Fe y su Registro Público Provincial de Objetores de Conciencia (2010).

Como ya he apuntado con anterioridad, Santa Fe es la única provincia que ha legislado sobre la creación de un registro de objetores de conciencia público. De hecho, los registros sólo pueden ser públicos, lo que contrasta con las legislaciones provinciales de la Pampa y Mendoza⁵⁹¹ que contemplan el registro como un mecanismo privado⁵⁹².

⁵⁹⁰ Argentina. Ley 24742 de 18 de noviembre de 1996, sobre Comité hospitalario de Ética. Funciones, Integración, *Boletín Oficial de Argentina*, de 23 de diciembre de 1996.

⁵⁹¹ Algunos autores, como PADILLA, ARIZA o ARIZA NAVARRETE y RAMÓN MICHEL, exponen datos acerca de Mendoza. PADILLA alude “Donde existen registros obtenemos estos resultados. En Mendoza, hay cincuenta y un profesionales inscriptos, treinta y cinco de ellos tocoginecólogos, en Santa Cruz, cuarenta médicos, número apreciable dada la población comparativamente reducida de esa provincia patagónica. Tanto la más austral, Tierra del Fuego, como Santa Fe poseen registro” *vid.* PADILLA, Norberto. «Objeción de conciencia frente al aborto», *Anuario del Centro de Derecho Constitucional*, núm. 4, 2016, p. 43 y con anterioridad del mismo autor PADILLA, Norberto. «Aborto y "muerte digna" en la Argentina. (Objeción de conciencia según la Corte Suprema y Protocolos de aplicación)», *Revista Latinoamericana de Derecho y Religión*, núm. 1, 2015, p. 15. ARIZA NAVARRETE y RAMÓN MICHEL exponen que en Mendoza se establece un registro privado según Resolución 933/ 2018, de 28 de diciembre de 2018, *Boletín Oficial de Argentina*, de 2 de enero de 2019. Véase ARIZA NAVARRETE, Sonia y RAMÓN MICHEL, AGUSTINA. *Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia. Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina*, Buenos Aires: Cedes e Ipas, 2018, pp. 9-10.

⁵⁹² *Ibidem*, p. 10.

La Resolución núm. 843/2010, de 28 de abril de 2010⁵⁹³ crea un registro de objetores de conciencia y establece, como requisito para ser incluido en él, el deber de cumplimentar la declaración de objetor en el formato tipo que consta en su anexo. La declaración jurada incluye una serie de datos personales, el motivo por el cual objeta, las prácticas a las que objeta, no objeta o se objeta solo a veces (debiendo obligatoriamente cumplimentar una de las opciones). Se fechan y firman tres ejemplares de la declaración y se entrega a la dirección general de recursos humanos de su centro. En su exposición de motivos, la Resolución señala que los hospitales deben contar con equipos interdisciplinarios para evaluar cada caso que se presente⁵⁹⁴, y en su art. 6 dispone que, en casos difíciles, se remitirá el caso al Comité de docencia e investigación y/o de bioética para que formulen una recomendación. La declaración se inscribe en el Registro Público Provincial de Objetores de Conciencia (RPPOC), equiparable a la propuesta de la red de CBA de Neuquén (el RIOC).

En la Resolución 267/2014, de 21 de marzo de 2014⁵⁹⁵ se abordan los problemas que surgen ante las inadmisiones de las declaraciones, cómo subsanarlas y quién es el órgano de control en dichos casos. La resolución anterior, de 2010, mandaba crear un sistema web con el objetivo de concentrar en una base central los datos del registro de objetores, que tenían el carácter de información pública (art. 3). Esta resolución, de 2014, detalla algo más, y pone dicha base de datos a cargo de la Secretaría de Salud (art. 5), reiterando que es de libre acceso. Establece también cuáles son los canales de búsqueda que, como mínimo y con independencia de cómo se visualicen, son los siguientes: “a) por efector [centro sanitario o institución sanitaria]; b) por práctica en salud sexual y reproductiva; c) por nombre y apellido de quienes objetan la práctica; d) por matrícula o documento de identidad del objetor”. Cada centro de salud debe confeccionar, a partir de la información del registro, un listado de profesionales objetores, con indicación de las prácticas objetadas⁵⁹⁶

En la página web consta que los sujetos que pueden objetar son los trabajadores/as del territorio de la provincia de Santa Fe”, y se aclara que la declaración de objeción de

⁵⁹³ Vid. Anexo de Argentina. Santa Fe, Resolución núm. 843/2010, de 28 de abril de 2010, Registro de Objetores de Conciencia en todo el sistema sanitario de la Provincia de Santa Fe, *ob. cit.*

⁵⁹⁴ “La inscripción a estos registros debe seguir el modelo de trámite de las objeciones al servicio militar obligatorio. Sería conveniente que un cuerpo de profesionales de la salud y representantes del Estado, incluso de organismos que luchan contra la discriminación, entreviste al objetor a fin de garantizar, respecto de todos y cada uno de los deberes profesionales que se pretenden”. ALEGRE, Marcelo. *Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva*, CEDES: Argentina, 2009.

⁵⁹⁵ Argentina. Santa Fe. Resolución 267/2014, objetores de conciencia. Complementa la Resolución, núm. 843/2010, *Boletín Oficial de Santa Fe*, de 21 de marzo de 2014.

⁵⁹⁶ A este listado se accedía mediante <https://salud.santafe.gov.ar/objecion/index.php?action=mostrarConsulta> (Última consulta 29 de diciembre de 2020). Con anterioridad era una página web abierta, pero debo advertir que se podía visionar el listado únicamente en caso de que se rellase con certeza o por azar de forma afortunada los campos que aparecían. Era un listado consultable sin más información que la práctica y el centro (actualmente desabilitado).

conciencia –individual– es un “derecho y responsabilidad” de cualquiera que tenga alguna competencia en el equipo de salud, y ello incluye al “administrativo/a, trabajador/a social, psicólogo/a, enfermero/a, médico/a [cirujano/a, ginecólogo/a, anestesiólogo/a, etc.], obstétricas/os, admisionistas, etc.”. Esta es una delimitación detalladamente amplia.

El gobierno de Santa Fe describe en su web que la acción de objetar es “valiente y singular”. Define la objeción de conciencia como individual, lo cual es aplaudido por la doctrina (Navarro Floria⁵⁹⁷, Martín Sánchez⁵⁹⁸ y Piekarewicz⁵⁹⁹), aunque existen disonancias entre la teoría y la práctica como apuntan Macías⁶⁰⁰ o Vergés⁶⁰¹. La primera disonancia es que si todos los trabajadores de un centro o institución objetan (lo cual no está prohibido), eso equivaldría a una objeción institucional (lo cual está prohibido) La segunda disonancia, estrechamente ligada con la primera, es el comportamiento sumamente pasivo de las sociedades médicas argentinas frente a esta situación, debido a su conservadurismo⁶⁰².

Estas situaciones llevaron al surgimiento del *Movimiento Ana María Acevedo*⁶⁰³, iniciado en 2007 en Santa Fe, a raíz de una mala praxis en el Hospital de Iturraspe. Alegando incompatibilidad entre el tratamiento necesario para la paciente y la vida del feto, el hospital denegó el tratamiento de Ana María – a quien se tardó tres meses⁶⁰⁴ y medio en detectar un cáncer–, así como los cuidados paliativos y el aborto. A las veintidós semanas de embarazo, tras el empeoramiento de salud de la gestante, se practica una cesárea para intentar salvar al feto, que muere ese mismo día y la madre semanas después, en mayo de 2007. Motivadas por la injusticia se presenta una denuncia promovida por la familia

⁵⁹⁷ NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio. «La objeción de conciencia: Argentina». En: NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio y MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro (coords.). *La libertad religiosa en España y Argentina*. Madrid: Fundación Universitaria Española, 2006, pp. 314-216.

⁵⁹⁸ MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro. «La objeción de conciencia: España». En: NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio y MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro (coords.). *La libertad religiosa en España y Argentina*. Madrid: Fundación Universitaria Española, 2016, pp. 287-313.

⁵⁹⁹ PIEKAREWICZ SIGAL, Mina. «Bioética y aborto en América Latina». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia. *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, Pamplona: Civitas, 2012, pp. 157-172

⁶⁰⁰ MACÍAS, Andrea. «De la teoría a la práctica: disonancias entre la formación en bioética y la práctica de la atención en salud en Latinoamérica. Una perspectiva desde Argentina». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia. *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, Pamplona: Civitas, 2012, pp. 125-141.

⁶⁰¹ VERGÉS DE LÓPEZ, Claude. «Salud pública en América Latina». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia (coords.). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, Pamplona: Civitas, 2012, pp. 309-325.

⁶⁰² Situación denunciada por Gúezmes, al definir la Iglesia Católica como la institución con mayor reconocimiento social y poder, aunque sin legitimidad, demostrando así la debilidad de las instituciones públicas. ONU, Mujeres México, “Palabras de Ana Gúezmes, Representante de ONU Mujeres México, en la adhesión de la UNAM a la campaña HeForShe “ más sobre la crónica en: <http://mexico.unwomen.org/es/noticias-y-eventos/articulos/2016/08/ana-guezmes-en-adhesion-unam-heforshe> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁰³ Iniciado por las abogadas de la Organización Multisectorial de Mujeres de Santa Fe, quienes denunciaron el procedimiento médico ante la Corte. Esta organización es muy activa en las redes sociales, pero no dispone de página web como tal. Puede encontrarse información en el Portal de mujeres Argentinas, Iberoamericanas y MERCOSUR <http://agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=4023> (Última consulta el 29 de diciembre de 2020). O en la Campaña Nacional por Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito <http://www.abortolegal.com.ar/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁰⁴ En el mismo momento del diagnóstico, la paciente alega que posiblemente esté embarazada (aunque de poco tiempo).

Acevedo y las abogadas de la «Organización Multisectorial de Mujeres de Santa Fe».

El proceso penal finalizó con la condena del ex director del Hospital, los jefes de servicios de ginecología y oncología, y demás médicos intervinientes por delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionario público. Este fallo confirma que no practicar el aborto legal puede constituir un delito⁶⁰⁵. He destacado este asunto porque, aunque el texto de la sentencia no menciona expresamente la objeción de conciencia, cabe deducir que la falta de tratamiento a la madre responde a convicciones de los médicos⁶⁰⁶. La sentencia en el caso Acevedo, aunque no lo menciona, no impide afirmar, ni sería descabellado hacerlo, que existe una objeción de conciencia encubierta.

6.3.4. Consideraciones acerca del ejercicio de objeción de conciencia en Argentina.

El respeto a la negativa de los profesionales sanitarios a realizar acciones legalmente obligatorias por motivos de conciencia ha sido reconocido, como hemos visto, por algunas leyes argentinas y por la CSJN. La objeción de conciencia en Argentina es un derecho arraigado en la libertad religiosa, aunque no necesariamente tiene que estar fundada en bases religiosas para poder ejercerse. Sin embargo, existe una aplicación práctica *hiperconfesional*, ya que los argumentos religiosos, pese a no ser la única razón para ejercer la objeción de conciencia, tienen más aceptación que el resto de argumentos. No podemos dejar de tener presente que el art. 2 de la Carta Nacional de Argentina señala que “el gobierno federal sostiene el culto católico apostólico romano.” En Argentina parece que hay un panorama legal sin uso en la práctica, y una práctica ilegal, o contraria a la ley.

The Association for Women's Rights in Development (AWID) expone la realidad de lo que ocurre habitualmente en Santa Fe⁶⁰⁷: “a veces los hospitales públicos no cumplen su obligación de entregar anticonceptivos en forma gratuita, no proporcionan anticoncepción de emergencia, no realizan ligaduras tubarias, entregan los resultados de los Papanicolau sólo después de años de espera, obligan a las mujeres — aun a las parturientas — a larguísimas esperas pues no dan abasto con la atención, no denuncian la violencia contra las mujeres y

⁶⁰⁵ Movimiento Maria Acevedo contenido en Libro de fallos 187, Resolución 1576, Folios 692 y 693, de 11 de agosto de 2008. Se puede acceder a tal sentencia mediante el vínculo con World Wide Women's, pues tal comentario a la sentencia fue premiada con el Premio Garrote en 2010. [http://www.womenslinkworldwide.org/premios/interna-caso.php?lis=1\\$\\$-42BLXMn2etpPXMbVvgB&idi=es](http://www.womenslinkworldwide.org/premios/interna-caso.php?lis=1$$-42BLXMn2etpPXMbVvgB&idi=es) (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁰⁶ El código penal sanciona el aborto (art. 88) y lo despenaliza en dos supuestos: peligro para la madre y fruto de violación (art. 86); y no se requiere autorización judicial para abortar.

⁶⁰⁷ PUYOL, Lucía; CONDRAC, Paula; MANZUR, Mirtha. *La muerte de Ana María Acevedo: Bandera de lucha para el Movimiento de Mujeres*. Santa Fe: AWID women's rights, 2009, p. 6.

las retraumatizan en caso de violación”.

El sistema de objeción en Argentina es verdaderamente excepcional, muestra de ello es que no existe ni un solo caso, o no se conocen, casos de objeción de conciencia farmacéutica en toda la región. También puede considerarse insólito que los jueces se hayan extralimitado cuestionando la “sinceridad o validez de los principios alegados por los médicos para negarse a realizar la intervención”⁶⁰⁸ obligando, ya que a los profesionales sanitarios no podían, al hospital a realizar las intervenciones. Lo destacable no es la solución de la sentencia (que es la obligación de hospital a realizar la prestación), sino el juzgar la capacidad subjetiva, el binomio creencia-moral de los profesionales, insólito hasta la fecha.

Al igual que en España, la objeción de conciencia institucional no está permitida, pero ambos países comparten regiones que, en su casi totalidad, se declaran objetoras de conciencia, sin que sus pacientes puedan recibir la prestación que el Estado les debe garantizar como derecho. En España es el caso de Navarra y los abortos, en Argentina es Buenos Aires y las esterilizaciones (tanto masculinas como femeninas)⁶⁰⁹. En ambos casos, existen sentencias que urgen al Ministerio de Salud para que solucionen la situación, promoviendo sustituciones o reemplazos necesarios e incluso derivando pacientes a otros centros.

Me parece especialmente relevante, y así lo he destacado, la decisión de crear un sistema informático como fuente de datos del Registro Público Provincial de Objetores de Conciencia (RPPOC) en Santa Fe. Volveré sobre esta cuestión en la tercera parte de esta tesis doctoral.

⁶⁰⁸ *Caso BN y DJ vs recurso de amparo* Tribunal Criminal de Buenos Aires núm. 1 (Necochea expediente 3632) de 3 de septiembre de 2004. *Vid.* NAVARRO FLORIA, JUAN GREGORIO «Objeción de conciencia a la práctica del aborto en la República Argentina», *ob. cit.*, p. 24.

⁶⁰⁹ *Cfr.* La resolución emitida por la Defensoría del Pueblo de Buenos Aires en 2008 núm. 3169/08 donde se demostraba que la objeción de conciencia frente a los casos de esterilización se convertía en un problema, generalizando la condición de objetor ejerciente en toda la región e instituciones, instando a buscar los reemplazos pertinentes y necesarios para facilitar la prestación. Disponible en: <http://conders.feim.org.ar/pdf/r3169-08.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

SEGUNDA PARTE

Posturas deontológicas frente a la objeción de conciencia sanitaria.

Pese a que en el apartado de regulación de esta misma tesis se hacen numerosas referencias al procedimiento que siguen los profesionales sanitarios ante la práctica de la objeción de conciencia, parece oportuno adentrarme también en las normas deontológicas aplicables al ejercicio de la objeción de conciencia. Cabe analizar el entramado de recomendaciones (pues ya no hay aquí un respaldo legal que imponga una obligación) que previenen los distintos colectivos, ya sean organizaciones o sectores de trabajadores especializados en cualquiera de los ámbitos en que la objeción de conciencia actúa.

La línea bioética de este trabajo doctoral permite, y casi exige, que más allá del derecho –inevitable perspectiva por mi formación académica–, se amplíe y desarrolle la visión profesional médica en un asunto en el que es de suma importancia por su implicación directa en el tema. El análisis de la cuestión desde esta perspectiva permitirá encontrar argumentos desde la perspectiva profesional más cercana.

Esta segunda parte empieza con una visión de la deontología sanitaria a nivel internacional, interregional y nacional. Se analizarán los pronunciamientos, manifiestos y reivindicaciones de todos los involucrados activos de la problemática: desde organizaciones del ámbito sanitario hasta grupos de opinión, pasando por comités, profesionales médicos y autores que expresan su postura sobre la objeción. De este modo, el presente epígrafe alberga un análisis deontológico bastante acotado de la cuestión de estudio de esta tesis, la objeción de conciencia. El apartado finalizará con mi propia valoración, que justificará la razón de ser de un nuevo modelo – *mi modelo propuesta*, base de la tercera parte del trabajo doctoral– para mejorar la gestión de la cuestión.

Este apartado trata de plasmar la aproximación sociológica necesaria para poder evaluar la importancia del tema objeto de estudio. La objeción de conciencia no debería ser más que una situación excepcional frente al cumplimiento de los deberes del profesional, por sus convicciones, pero esta situación es perfectamente compatible con la atención sanitaria al paciente o usuario, que llevan a cabo otros profesionales. Ahora, si llegan a darse ciertos factores externos (p.ej. crisis en los derechos sociales de los países, nuevos mandatos de fe en los países extremistas, ataques al sistema sanitario por parte del sistema político) esta situación excepcional podría llegar a convertir la objeción de conciencia en el ámbito sanitario en un arma contra ciertas prácticas. Bajo el manto de la objeción de conciencia se puede ocultar una crítica, una oposición que, de ser colectiva, puede llevar a

convertir lo extraordinario o inusual en corriente o usual. En este caso, la línea entre objeción de conciencia y desobediencia se podría llegar a desdibujar. Estas reflexiones surgen frente a los sistemas jurídico-políticos actuales y su pasividad, traducida en permisibilidad del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud. Admitir supuestos concretos de objeción de conciencia, perfectamente legítimos, no pueden llevarnos a perder de vista que un ejercicio muy extendido de esta práctica podría tener consecuencias negativas para los pacientes o usuarios. Augurar el futuro es, tanto jurídica como bioéticamente, imposible, pero la descripción de la realidad actual que recoge este apartado me permite justificar las pretensiones de mejora, respetando sobre todo ambos derechos: el del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria y de no maleficencia hacia el paciente. En definitiva, se trata de garantizar el derecho del paciente o usuario a una prestación sanitaria de calidad y eficiente.

Capítulo VII

Deontología médica internacional y objeción de conciencia sanitaria

Los códigos deontológicos son la base escrita de la deontología, recopilando criterios profesionales, ligados a la deontología bajo normas y valores que asumen las personas que ejercen determinada profesión⁶¹⁰. Pese a la definición anterior, la deontología no solo se recoge en los códigos, también existen las recomendaciones y observaciones, que tienen la misma finalidad y valor que los anteriores. Las normas, reglas o, en definitiva, pronunciamientos, de los órganos u organizaciones sanitarias, no son normas jurídicas, aunque los profesionales asuman dichos códigos como normativa. Es decir, los argumentos que las sustentan no son de derecho⁶¹¹, aunque su objetivo es ofrecer una guía para la conducta y el comportamiento de los profesionales sanitarios, guía entendida como principios generales de la profesión. A su vez, la deontología va más allá de estos códigos de conducta, pudiéndose entender que dentro del concepto también existe la deontología aplicada, aquella que no recoge la ética normativa sino la descriptiva o prescriptiva (fruto de la casuística y el constante cambio), aquella que no está recogida en ningún lado, y que traducida al derecho sería la costumbre –está se encargará de averiguar cuáles son los bienes internos que cada una de estas profesiones sanitarias deben proporcionar a la sociedad, qué objetivos, valores y hábitos son preciso incorporar para alcanzarlos–, teniendo en cuenta la moral cívica de la sociedad donde se desarrolla, los valores y derechos compartidos por ella⁶¹².

El presente capítulo analiza la deontología médica a nivel internacional y nacional. Siguiendo con el criterio de orden de la tesis, partiré de un estudio internacional de la cuestión, hasta llegar al ámbito nacional. Con ello pretendo destacar la importancia de los Comités como órganos capaces de arbitrar y decidir sobre problemas éticos y prácticos, que el ejercicio de la objeción de conciencia supone dentro de la profesión sanitaria. Y a su vez

⁶¹⁰ Para saber más sobre los códigos de ética MICHELE, Roberto de. *Los códigos de ética en las empresas: instrucciones para desarrollar una política de reglas claras en su organización*, Buenos Aires: Granica, 1998, pp. 17-28.

⁶¹¹ Pues tal y como expone de MICHELE: “el concepto reglas puede tener varios significados: hablamos de reglas morales, reglas éticas, reglas jurídicas, reglas técnicas, etc”. *Ibidem*, p. 20.

⁶¹² CORTINA ORTS, Adela. *Ética de la empresa: claves para una nueva cultura empresarial*, Madrid: Trotta, 2005, p. 34.

intentaré dilucidar la situación actual del ejercicio de objeción de conciencia dentro de la profesión, exponiendo como han solucionado (o no) dicha cuestión, algunos de ellos, y como creo que debe avanzar el tema de manera consensuada y por igual en todos ellos.

Se analiza, en un primer término, los pronunciamientos deontológicos de organizaciones internacionales y Comités de ética. Respecto a las organizaciones internacionales se analizan la Organización Mundial de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo; la primera organización ha sido escogida, porque el ámbito donde se desarrolla la objeción de conciencia es el ámbito sanitario, y, la segunda, porque el ejercicio de la objeción lo desarrollan los profesionales.

En segundo término, se tratan los Comités Internacionales con mayor relevancia bioética. Se expondrán sus pronunciamientos (o la falta de ellos) acerca de la objeción de conciencia en la práctica sanitaria. Los tres Comités que analizo son el Comité de la Asociación Médica Mundial, el Comité Internacional de Bioética de la UNESCO y el Comité directivo de Bioética del Consejo de Europa, ahora Comité de Bioética (DH-BIO). Cada uno de ellos incide en un campo específico de acción, y se pronuncian de forma distinta dentro del ámbito profesional, político y/o cultural. Los destinatarios de sus declaraciones, recomendaciones, análisis, estudios o resoluciones, son los gobiernos y asociaciones profesionales — bien sea a nivel mundial, o de un determinado continente en particular—, que por último, incidirán sobre los profesionales, en el ejercicio de su profesión y en los pacientes y usuarios.

7.1. Las organizaciones internacionales.

7.1.1. Organización Mundial de la Salud (1948).

Centro el análisis de esta organización en tres aspectos nucleares. En primer lugar, me centraré en sus funciones, en concreto, en su hito principal que es la mejora de la salud; en segundo lugar, la concepción el contenido mínimo que debería tener el derecho a la salud; y por último, los pronunciamientos de la organización sobre la objeción de conciencia en materia sanitaria.

La carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) expone que dicha organización tiene la función nuclear en la cooperación internacional para alcanzar el objetivo de mejorar la salud mundial y combatir las desigualdades entre los Estados en materia de salud pública. Esta cooperación puede incluir elementos de carácter informativo, técnico y financiero. Existen cuatro instrumentos de carácter jurídico internacional para el

desarrollo de sus objetivos: recomendaciones, convenciones, acuerdos y reglamentos⁶¹³. En relación con la objeción de conciencia, se analizarán a continuación las recomendaciones y convenciones de dicha organización.

Todos sus pronunciamientos están relacionados muy estrechamente con los emitidos por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante CDESC). Recordemos que el CDESC es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del PIDESC en los Estados Parte. El CDESC tiene una larga trayectoria en la concreta defensa del derecho a la salud, que establece en su art.12.1 y, a su vez, el CDESC se retroalimenta de los instrumentos de la OMS. De esta relación entre la OMS y la CDESC cabe destacar, por un lado, la configuración del derecho mínimo a la salud sobreentendido en 1990 mediante la Obligación General número 3 del CDESC⁶¹⁴, aplicable a los EM:

“El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud”.

De otro lado, en el año 2000, la Observación General 14 de CDESC⁶¹⁵ incluye, entre las necesidades mínimas incluidas en el derecho a la salud, la planificación familiar, en base al apartado a) del párrafo 2 del art. 12 del PIDESC. Y en esta ocasión, la Observación del CDESC utiliza a la OMS como un indicador pertinente de la materia. Para Puyol, incluir la planificación familiar como una necesidad mínima derivada del derecho a la salud es una inclusión discutible, pero reconoce que, de este modo, permite reflejar una de las necesidades sociales de la población más apremiantes, el control de la natalidad⁶¹⁶.

La inclusión de la planificación familiar como una necesidad mínima incluida en los cánones del derecho a la salud, defendida tanto por OMS como por el CDESC, permite también estudiar como aborda la OMS la objeción de conciencia sanitaria.

⁶¹³ Para un mejor entendimiento de la cuestión de forma sintetizada, ver SAURA ESTAPÀ, Jaume. «La Organización Mundial de la Salud y la cooperación internacional frente a las grandes pandemias: el nuevo reglamento sanitario internacional». En: PONS RÀFOLS, Xavier (ed.). *Salud pública mundial y Derecho Internacional*, Madrid: Marcial Pons, 2010, pp. 165-192.

⁶¹⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general número 3* (General Comments). La índole de las obligaciones de los Estados Partes (pár. 1 del art. 2 del Pacto).

⁶¹⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. *Observación general número 14* (General Comments). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

⁶¹⁶ PUYOL GONZÁLEZ, Ángel. «Del derecho a la salud a la ética del racionamiento sanitario», *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 52, noviembre 2017, p. 46.

El debate sobre el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria en el plano de las organizaciones internacionales se inicia en 1979 con la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*⁶¹⁷, donde por primera vez se enuncia esta necesidad de planificar la familia, reconociendo la capacidad decisoria plena de la mujer. Años más tarde, en 1999, el Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su *Recomendación general número 24*⁶¹⁸, pone de manifiesto las necesidades e intereses propios de la mujer en torno a su salud, con una serie de recomendaciones. Entre ellas, dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación familiar, enmendar la legislación que castigue al aborto, y abolir las medidas punitivas a las mujeres que se hayan sometido a la interrupción voluntaria del embarazo. En esta misma *Recomendación* se enuncian los obstáculos para acceder al aborto, entre los cuales se encuentra la objeción de conciencia⁶¹⁹.

“Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, *si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.*” (La cursiva es mía).

La OMS se ha pronunciado, indirectamente, sobre la objeción de conciencia sanitaria en tres ocasiones en documentos que tienen en común un mismo objetivo, que es mejorar la asistencia sanitaria en relación con la salud sexual y reproductiva.

La primera ocasión en la que la OMS aborda la práctica de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios es en una guía de actuación de 2003 (actualizada en 2012) titulada *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*⁶²⁰. El concepto ‘objeción de conciencia’ aparece en numerosas ocasiones en el documento sin concreción alguna. Y destaca, de forma relevante, que se contempla el ejercicio de la objeción de conciencia por parte los proveedores de salud como una barrera adicional⁶²¹ a la

⁶¹⁷ Naciones Unidas. *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (también conocida por sus siglas en inglés CEDAW)*. Realizada en Nueva York, el 18 de diciembre de 1979. Ratificada por España, el 16 de diciembre de 1983.

⁶¹⁸ Naciones Unidas. Comité para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. *Recomendación General 24 «La mujer y la salud»*, 2 de febrero de 1999.

⁶¹⁹ *Ibidem*, p. 2

⁶²⁰ Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2ª edición, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.

⁶²¹ *Ibidem*, p. 87.

prestación de la IVE.

Esta misma guía también categoriza las razones más significativas por las cuales el ejercicio de la objeción de conciencia en la práctica sanitaria funciona de una manera invasiva en la asistencia sanitaria de las pacientes. En primer lugar, la incoherencia del panorama internacional regulador de la cuestión: “Mientras que las leyes de derechos humanos internacionales protegen el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, también estipulan que la libertad de manifestar la religión o las creencias propias podría estar sujeta a las limitaciones necesarias para proteger los derechos humanos fundamentales de otras personas”⁶²². Existe una bidireccionalidad legal, para pacientes y para médicos. En segundo lugar, las leyes y las regulaciones no deben facultar a los proveedores y las instituciones para impedir el acceso de las mujeres a servicios de salud legales⁶²³, debe reconsiderarse la situación actual y normativizarse, creando una regulación afín a las políticas reconocidas por parte de los EEMM.

Al parecer, pese a las opiniones discordantes⁶²⁴, la planificación familiar es una necesidad incluida en la lista de prestaciones mínimas que configuran el derecho a la salud, y así lo afirma la OMS cuando declara el “respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción, orientación y recomendaciones”⁶²⁵, catalogando la anticoncepción como un derecho humano. Lo cual me lleva a plantear la pregunta de si debe entenderse el aborto como medida de planificación familiar indispensable dentro de la asistencia sanitaria, siendo esta asistencia ‘universal’. Y es que cabe distinguir entre la asistencia sanitaria universal, que reconoce el acceso de todos los ciudadanos a los servicios sanitarios, sin discriminación, de las prestaciones sanitarias incluidas, que no han de ser, necesariamente, omnicomprensivas. El acceso universal a la atención sanitaria es incuestionable; sin embargo, la cartera prestacional incluida en la asistencia, puede ser objeto de debate.

En este sentido, la asistencia sanitaria, entendida como obligación de protección de la salud, no puede configurarse como comprensiva de todas las posibles prestaciones que se pueden ofrecer. Dados los recursos de los Estados, resulta obligado seleccionar aquellas prestaciones más necesarias, y beneficiosas, frente a las que no lo son. Todos los derechos llevan aparejados deberes positivos traducidos en prestaciones. Esta afirmación, defendida

⁶²² Organización Mundial de la Salud. *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, ob. cit., p. 96.

⁶²³ *Caso Kontakinformation-Therapie and Hagen contra Austria*, Consejo de Europa núm.12587/16, de 16 de junio de 1986.

⁶²⁴ Han sido expuestas en el epígrafe 1.5.1. de esta tesis doctoral, al que me remito.

⁶²⁵ Organización Mundial de la Salud. *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción. Orientación y recomendaciones*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.

por Pérez Luño, Ruiz Miguel, Prieto Sanchís, Peña y Ausín, entre otros, permite deducir que es positivo un derecho cuyo respeto por los demás requiere acciones y no meramente omisiones, necesitados de una justificación moral para actuar⁶²⁶. La fundamentación de los deberes positivos tiene dos vertientes, una general y una específica, y esto es aplicable al derecho a la asistencia sanitaria. Para Garzón, el derecho positivo general

“es aquél cuyo contenido es una acción de asistencia al prójimo que requiere un sacrificio trivial y cuya existencia no depende de la identidad del obligado ni del destinatario, ni es el resultado de una relación contractual previa”⁶²⁷.

Por tanto, el derecho positivo general de la asistencia sanitaria permitiría configurar una exigibilidad a todos los individuos bajo el deber de socorro, comprendido como “la existencia de un deber positivo de ayudar”⁶²⁸.

Sin embargo, el alcance de los deberes derivados del derecho de asistencia sanitaria como deber positivo específico (no general), o la vertiente negativa del derecho a la salud, no pueden consistir en una obligación que recaiga únicamente sobre el Estado y las instituciones. A nivel personal no recaerá universalmente sobre todos –como los deberes positivos generales–, sino que el deber positivo de asistencia médica exige una pericia y un conocimiento técnico especial. Es decir, el Estado debe disponer de mecanismos que garanticen servicios preventivos y curativos, mientras que los profesionales deben velar por la salud ajena⁶²⁹. Dentro de esta categorización, primaria y es responsabilidad de los Estados la planificación familiar entendida como medida preventiva del embarazo no deseado –empleo de medios para no concebir–, pero no está tan claro que la prestación del aborto deba formar parte del catálogo de prestaciones del Estado con recursos insuficientes, a no ser que exista alguna causa de justificación. Tal y como señalan Pablo de Lora y Alejandra Zúñiga, el objetivo principal de la asistencia sanitaria de un país no es garantizar más prestaciones, pero sí cumplir con los recursos disponibles”⁶³⁰.

El segundo Protocolo de la OMS al que hay que hacer referencia es el titulado *del*

⁶²⁶ Cfr. PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. «Las generaciones de derechos fundamentales», *Revista del centro de estudios constitucionales*, 1991, núm. 10, pp. 203-217; RUIZ MIGUEL, Alfonso. «Derechos liberales y derechos sociales», *ob. cit.*, pp. 651-674; PRIETO SANCHÍS, Luis. *Constitucionalismo y positivismo*, Fontamara, México: 1997; PEÑA, Lorenzo y AUSÍN, Txetxu (eds). *Los derechos positivos. Las demandas justas de acciones y prestaciones*, Madrid: Plaza y Valdés, 2006, p. 9.

⁶²⁷ GARZÓN VALDÉS, Ernesto. *Instituciones suicidas*, Estudios de ética y política, Biblioteca Iberoamericana de Ensayo, vol. 7, México: Paidós, 2000, p.140

⁶²⁸ FISHKIN, James S. «Las fronteras de la obligación», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 3, 1986, p.54

⁶²⁹ GARZÓN VALDÉS, Ernesto. *Instituciones suicidas*, *ob. cit.*, pág. 140 ; HANSON, Mark J. y CALLAHAN, Daniel. *The goals of medicine: the forgotten issues in health care reform*, Georgetown: Georgetown University Press, 2000, pp. 19-30.

⁶³⁰ MUÑOZ MACHADO, Santiago. *El derecho a la asistencia sanitaria: Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Madrid: Lustel, 2009, p.171.

*personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*⁶³¹, de 2015. En él, la objeción de conciencia se aborda desde una perspectiva ambigua y prudente, en forma de recomendación:

“La objeción de conciencia, allí donde se permita, debe estar regulada, y debe garantizarse la existencia de alternativas asistenciales para la mujer”⁶³².

No obstante, esta sugerencia de la OMS alude únicamente a aquellos países que permiten la objeción y, en ese caso, debe ser regulada. Lo que supone un reconocimiento genérico de la objeción de conciencia sanitaria y, la obligación de contemplar medios alternativos para llevar a término la prestación a la cual se objeta.

El tercer y último pronunciamiento de la OMS sobre la objeción de conciencia sanitaria tuvo lugar en mayo de 2016, nuevamente en conexión con el aborto, publicando los datos recabados en el estudio llamado *Prevención de aborto peligroso*, donde nuevamente se destaca la objeción de conciencia del personal sanitario como un obstáculo. Los pronunciamientos de la organización adoptan un matiz excesivamente conservador. Se parte de un problema real, como es el aborto ilegal como medida de planificación familiar recurrente en los países en los que la IVE está prohibida, o dónde los profesionales manifiestan reticencias significativas que impiden la técnica abortiva. En este estudio, no se adopta una recomendación sobre la regulación de la objeción de conciencia, aunque sí se hace referencia a que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales puede ser un obstáculo a la práctica del aborto en condiciones legales. De ahí, que este tercer informe no avanza en la cuestión, y puede verse como una regresión en el progreso hacia la normativización del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, en la medida en que no se propone legislar al respecto. Entiendo que la clandestinidad de los abortos, que es la consecuencia directa de la objeción de conciencia generalizada, es motivo más que suficiente para incidir y ampliar los objetivos del Protocolo OMS de 2015, en concreto, la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios.

⁶³¹ Organización Mundial de la Salud. Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto, *Organización Mundial de la Salud*, Ginebra: 2015.

⁶³² *Ibidem*, p. 68.

7.1.2. La Organización Internacional del Trabajo (1919).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, en adelante), creada en 1919, es un organismo especializado de la ONU que se ocupa de temas laborales. Sus objetivos principales son promover los derechos en el trabajo, fomentar las oportunidades de empleo decente, fortalecer la protección social y reforzar el diálogo sobre asuntos de la esfera laboral⁶³³. La OIT crea normas internacionales del trabajo respaldadas por un sistema de control, que es único en el ámbito internacional, y ayuda a garantizar que los países apliquen los convenios que ratifican. Este sistema de control permite la aplicación de los Convenios y Recomendaciones por ley, tras su aprobación por la Conferencia Internacional del Trabajo y su ratificación por los Estados. Una de las funciones de la OIT es examinar regularmente la aplicación de las normas en los EM y señalar áreas en las que se podría mejorar esa aplicación. Si existe algún problema en la implementación de las normas, la OIT presta colaboración a los países a través del diálogo social y la asistencia técnica.

Con relación al ejercicio de la objeción de conciencia conviene destacar dos de sus declaraciones: el Convenio 106 relativo al descanso semanal en el comercio y las oficinas y la Recomendación 157 sobre el personal de enfermería.

7.1.2.a). Convenio 106 relativo al descanso semanal en el comercio y las oficinas (1957).

La OIT fue el primer organismo internacional, según un criterio temporal, en reconocer el ejercicio de la objeción de conciencia en su *Convenio 106*⁶³⁴ OIT sobre el descanso semanal en el comercio y las oficinas de 1957. El art. 6.3 de dicho *Convenio* señala que:

“Las tradiciones y costumbres de las minorías religiosas serán respetadas, siempre que sea posible.”

Con este precepto se reconoce la libertad de conciencia de los trabajadores y, en

⁶³³ Puede consultarse su *Constitución* en el siguiente enlace https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:62:0::NO:62:P62_LIST_ENTRIE_ID:2453907:NO (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶³⁴ Organización Internacional del Trabajo. *Convenio núm. 106 de la OIT sobre el descanso semanal (comercio y oficinas)*, Ginebra :1957. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:12100:0::NO:12100:P12100_INSTRUMENT_ID:312251 (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Para consultar un análisis de la anterior cuestión véase NOGUEIRA ALCALÁ, Humberto. «La libertad de conciencia, la manifestación de creencias y la libertad de culto en el ordenamiento jurídico chileno», *Ius et Praxis*, vol. 2, núm. 12, 2006, pp. 13-41.

consecuencia, éstos pueden pedir adaptaciones en su trabajo acordes con sus creencias, aunque limitadas por el orden público. Ello incluye la posibilidad de solicitar cambios en el entorno laboral, en la jornada laboral de los trabajadores, y que incidan en el calendario laboral y festivo de éstos, no pudiendo ser estos cambios motivo de discriminación por parte del empleador. Aunque no existe un reconocimiento expreso a la objeción de conciencia, la solicitud de cambios puede interpretarse a modo de objeciones.

Este *Convenio* reconoce la importancia de modificar las condiciones laborales para que se facilite el ambiente y la ejecución de las tareas de un determinado trabajador que, por su condición –en este caso la reconocida es la religiosa– no puede cumplir de forma efectiva sus obligaciones expresas en la relación laboral acordada.

7.1.2.b). Recomendación 157 y el Convenio 149, sobre el personal de enfermería (1977).

Con posterioridad, la OIT aprobó en 1977 la *Recomendación 157*⁶³⁵ *sobre el personal de enfermería*, en la que se examina el ejercicio de la objeción de conciencia de los trabajadores del ámbito referido en el propio título. Esta *Recomendación*, junto al *Convenio 149 sobre el personal de enfermería*⁶³⁶ de la OIT, también del mismo año y tratando sobre empleo y condiciones de trabajo y vida del personal de enfermería, suponen unas herramientas importantes para mejorar las condiciones del personal de un determinado sector de trabajo.

El colectivo en cuestión acudió mediante el mecanismo del procedimiento de queja⁶³⁷ a la Conferencia Internacional de la OIT. Un sector del colectivo de enfermería expuso la incomodidad que supone para algunos el ejercicio de su profesión con las convicciones personales que ostentan, solicitando así una solución para compatibilizar su profesión con el ámbito privado del ejercicio de sus creencias religiosas. El proceso, iniciado por la demanda colectiva de los profesionales de enfermería, se resolvió en Ginebra en 1977 mediante la *Recomendación 157*. Este documento no es vinculante para los EEMM, ya que es el resultado del estudio de una problemática y ofrece una solución a la queja concreta de la

⁶³⁵ Organización Internacional del Trabajo. *Recomendación Núm. 157, Recomendación sobre el empleo y condiciones de trabajo y de vida del personal de enfermería*, Ginebra: OIT, 1977. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:R157 (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶³⁶ Organización Internacional del Trabajo, *Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería*, Ginebra: OIT, 1977. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C149 (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶³⁷ Véase Procedimiento de queja en Organización Internacional del Trabajo. *Guía sobre las buenas prácticas en el trabajo*, Ginebra: OIT, 2008, p. 286.

incompatibilidad de ejercicio. Dio lugar al *Convenio 149*⁶³⁸, y éste sí es un documento con validez jurídica, una vez ha sido ratificado por los Estados, constituyéndose como un tratado internacional.

Ambos instrumentos, *Recomendación y Convenio* de la OIT, guían a las autoridades, empleadores y trabajadores en la elaboración e implementación de buenas políticas de enfermería⁶³⁹. En ambos, se reconoce la “libre elección” del personal de enfermería en el ámbito sanitario, lo que supone el reconocimiento de la “práctica” de la objeción de conciencia dentro del colectivo.

7.2. Los Comités de Bioética/ética de ámbito internacional.

Los Comités de Bioética tienen como antecedente los Comités de ética médica, rectores de deontología innegables que existen desde hace más de 50 años (como por ejemplo, la Comisión de Ética de la Asociación Médica Mundial (AMM) o el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS). Estos Comités conviven con la práctica sanitaria desde la publicación del *Informe Belmont*⁶⁴⁰, con el objetivo de velar por el cumplimiento de la ética médica, protegiendo a ambas partes de la relación sanitaria (tanto médicos como pacientes). El carácter consultivo de los Comités de Bioética implica el carácter no vinculante de sus decisiones, por tanto no existe obligación de aplicación de sus decisiones y recomendaciones, ni de forma práctica ni en el ámbito judicial. A pesar de lo anterior, sus pronunciamientos, y en primera instancia los Comités en sí, son la muestra de la consolidación decisiva de la bioética como disciplina, consiguiendo incluso la participación y promoción de los mismos –Comités, y por ende sus pronunciamientos– en la elaboración de instrumentos jurídicos internacionales de referencia, como el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (CDHBM), iniciativa del Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa, o la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, propuesta por el

⁶³⁸ Organización Internacional del Trabajo. *Convenio núm. 149 sobre el personal de enfermería, ob. cit.*

⁶³⁹ NOGUEIRA ALCALÁ, Humberto. «La libertad de conciencia, la manifestación de creencias y la libertad de culto en el ordenamiento jurídico chileno», *ob. cit.*, p.36

Para una visión global del ejercicio de la objeción de conciencia por parte del colectivo de enfermería Cfr. HERRANZ RODRÍGUEZ, Gonzalo. La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias. *Scripta theologica: revista de la Facultad de Teología de la Universidad de Navarra*, 1995, vol. 27, núm. 2, pp. 545-563.

⁶⁴⁰ Comisión Nacional para la protección de los sujetos Humanos de investigación biomédica y comportamental. *Informe Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación*, de 18 de abril de 1979. Para entender el impacto de dicho informe en la investigación clínica, ver EMANUEL, Ezekiel Jonathan. «¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos». EN: Pellegrino Filho A. y Macklin R. (eds.). *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional* Santiago de Chile: *Programa Regional de Bioética OPS/OMS*, vol. 39, 1999, pp.83-95.

Comité Internacional de Bioética de la UNESCO⁶⁴¹.

Existen cuatro tipos de comités de bioética creados en tres niveles de la administración pública –nacional, regional y local–, que son los siguientes: los Comités, Comisiones o Consejos de Bioética de carácter normativo o consultivo a nivel nacional (CNC); los Comités de Bioética de Asociaciones Médicas Profesionales (AMP); los Comités de Ética Médica u Hospitalaria (CEH o CEA) y los Comités de Ética en Investigación Clínica (CEI).

Todos ellos, de una manera u otra, deben abordar el ejercicio de la objeción de conciencia en la profesión sanitaria. Por ello, analizo el contexto de los Comités exponiendo sus virtudes y carencias en relación con la objeción de conciencia, pues todo Comité de Bioética

“se encarga de abordar sistemáticamente y de forma constante la dimensión ética de: ciencias de la salud, ciencias biológicas y políticas de salud innovadoras (...), sus miembros adoptan distintos planteamientos con ánimo de resolver cuestiones y problemas de orden bioético, en particular dilemas morales relacionados con la bioética”⁶⁴².

En relación con la definición anterior, valoro que el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales sanitarios, implicados directamente en la acción objetable, como uno de los mayores dilemas éticos dentro de la profesión. Tanto es así que este ejercicio, en muchos casos, de traba en el servicio sanitario, hace que se incumpla la segunda de las metas de estas entidades bioéticas, siendo esta

“b) Mejorar la atención dispersada al paciente en todos los centros de asistencia médica”⁶⁴³.

Y pese a que la obligación de los Comités es reflexionar, debatir, deliberar y por último, actuar⁶⁴⁴, generalmente sus Informes se limitan, a pesar de tener el compromiso de divulgación hacia la ciudadanía, a publicaciones con pronunciamientos indirectos, formularios estandarizados –en el caso de los CEH o CEA– privados y, de haberlos, decisiones resolutorias a puerta cerrada sobre este impedimento y excepción a la práctica

⁶⁴¹ Los instrumentos jurídicos anteriores (CDHBM y DUBDH) se han analizado en la parte de regulación de esta tesis (parte I) epígrafes 3.1.3 y 1.3 respectivamente. Vid. *LECUONA RAMÍREZ, Itziar de*. «Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español», *ob. cit.*, pp. 63-68; y de la misma autora, *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, Navarra: Civitas, 2011.

⁶⁴² Naciones Unidas. *Guía núm. 1 de Creación de comités de Bioética. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*. París: UNESCO, 2005, p. 9.

⁶⁴³ *Ibidem*, p. 8.

⁶⁴⁴ *Ibidem*.

sanitaria.

El pilar fundamental de este segundo apartado, de entre todos los Comités anteriores, son los Comités de Bioética. Diversos autores, entre los que cabe citar a Buxó⁶⁴⁵, Lecuona⁶⁴⁶, Herranz⁶⁴⁷ o Royes⁶⁴⁸, comparten su admiración y reconocimiento por los Comités de (Bio)ética. En primer lugar, todos ellos coinciden en que las cuestiones bioéticas, y su posible regulación jurídica, debe abordarse desde la interdisciplinariedad⁶⁴⁹, mediante un debate propiciado por los Comités, en los que participan asociaciones profesionales, de pacientes y organizaciones no gubernamentales –e incluso grupos especialmente afectados mediante representación– para exponer sus opiniones, experiencias y dudas. En segundo lugar, coinciden en que dentro del objetivo/resultado de dicho debate, los Comités son el ente que *hace* bioética en base al trabajo y la colaboración de todos sus integrantes – especialistas, juristas e interesados– al reflejar sus opiniones y posiciones frente a una consulta, y que posteriormente, cabe la posibilidad que sea recogida y difundida en un Informe⁶⁵⁰.

7.2.1. La Asociación Médica Mundial (1947) y su Comisión de Ética.

La Asociación Médica Mundial (AMM) es la institución bioética más antigua⁶⁵¹, ya que el pasado 2017 se conmemoraron los 70 años de su constitución. En su propio estatuto se define como “un foro mundial apolítico, libre y abierto, para la discusión de los asuntos éticos y sociales de la medicina⁶⁵²”.

La AMM podría clasificarse como una Asociación Médica Profesional (AMP), con la salvedad de que tanto su composición como los miembros que la integran no representan a los profesionales de un Estado o región, sino a las asociaciones nacionales afiliadas. Ello permite deducir que la AMM representa la opinión experta de los médicos de setenta

⁶⁴⁵ BUXÓ REY, María Jesús. «La conjunció aplicada dels' co': comités, col. laboracions, col. legues, co-operacions, co-generació i co-gestió de dades i problemes», *Revista d'etnologia de Catalunya*, 2002, núm. 20, pp. 130-140.

⁶⁴⁶ LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob. cit., pp. 125-170; de la anterior, «Per una bioètica en acció: recursos formatius en obert desenvolupats per la UNESCO», *Butlletí Bioètica*, núm. 12, 2014.

⁶⁴⁷ HERRANZ GONZÁLEZ, Gonzalo. «Conflictos de intereses y Comités Éticos de Investigación», *Invest. Clin. Bioét.* 1998, pp. 231-247.

⁶⁴⁸ ROYES QUI, Albert. «Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico». *Revista de calidad asistencial*, vol. 20, núm. 7, 2005, pp. 391-395.

⁶⁴⁹ LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob. cit., p. 291.

⁶⁵⁰ O en cualquier tipo de formato y/o recurso de difusión.

⁶⁵¹ RICHARDS, Thomas Martin. «The World Medical Association: can hope triumph over experience?». *BMJ: British Medical Journal*, vol. 308, núm. 6923, 1994, p. 262.

⁶⁵² Definición contenida en la página web de la organización, Asociación Médica Mundial (AMM) disponible en el apartado de historia, <http://www.wma.net/es/60about/70history/index.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

asociaciones nacionales que tienen el objetivo de defender los intereses de sus miembros, y en menor grado, los intereses de los pacientes tratados por estos. Uno de los objetivos de la AMM es poner de manifiesto las carencias legislativas que afectan al ejercicio de la profesión, de modo que la Comisión Ética de la AMM no sólo asesora y ayuda a los profesionales afiliados, sino que además adopta medidas concretas que reformulan las obligaciones de los profesionales.

En cuanto al ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, la AMM y su Comité se han pronunciado en dos ocasiones mediante sendas declaraciones: una, sobre el aborto terapéutico (*Declaración de Oslo de la AMM sobre el aborto terapéutico*)⁶⁵³ y otra, sobre los derechos del paciente (*Declaración de Lisboa de la AMM sobre los derechos de los pacientes*)⁶⁵⁴. No existe ninguna Declaración que trate exclusivamente de la objeción de conciencia como una cuestión independiente. La AMM aborda la cuestión desde la perspectiva de una determinada práctica clínica (el aborto, Oslo) o de la profesión médica en general (Lisboa).

En la *Declaración de Oslo de la AMM sobre el aborto terapéutico de 1970*, se incluye, entre otros pronunciamientos, el reconocimiento de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. De esta *Declaración* cabe destacar dos ideas. En primer lugar, la objeción de conciencia está reconocida como un derecho del médico. En efecto, su apartado cuarto señala que entre los derechos reconocidos al profesional figura la objeción de conciencia. En segundo lugar, establece como debe ser ejercido este derecho, y acentúa las responsabilidades que corresponden al ejercicio de este derecho en el caso del aborto terapéutico cuando expone “si las convicciones del médico no le permiten aconsejar o practicar un aborto, éste puede retirarse, siempre que garantice que un colega calificado continuará prestando la atención médica”⁶⁵⁵. El ejercicio de este derecho, ejercer la objeción de conciencia, conlleva una responsabilidad indirecta: el no poder desvincularse de la paciente hasta que no se cerciore de que el servicio lo prestará un tercero, es decir, un profesional no objetor.

⁶⁵³ Asociación Médica Mundial. *Declaración de Oslo de la AMM sobre el aborto terapéutico*. Adoptada por la 24ª Asamblea Médica Mundial Oslo, Noruega, agosto 1970; y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983; y la 57ª Asamblea General de la AMM, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre 2006. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/a1/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁵⁴ Asociación Médica Mundial, *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos de los pacientes*. Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre/Octubre 1981; y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995; y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, Octubre 2005. Enlace web: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/l4/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁵⁵ *Ibidem*, punto 6 de la Declaración. En la misma línea se ha pronunciado la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), en fecha 7 de noviembre de 2005. Enlace web: <http://www.figo.org/Codeofethics> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

En la *Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos de los pacientes* de 1981 se pone de relieve los cambios surgidos en la relación médico-paciente en los últimos años, dándose una mayor protección a la autonomía del paciente. No se habla de la objeción de conciencia como figura autónoma, pero se deduce la posibilidad de su existencia cuando expone, en su introducción: “el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente”. La interpretación del texto de esta Declaración permite entender que pese a ejercer la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, el profesional tiene el deber de actuar como garante de la salud, puesto que el derecho a la salud es un derecho fundamental. Debe haber una ponderación entre la objeción de conciencia del profesional sanitario y las consecuencias que el paciente sufre a modo de vulneración de su derecho fundamental. Con base en el principio de proporcionalidad, se debe solucionar el conflicto garantizando, en cualquier caso, la prestación sanitaria que el paciente necesita.

Las declaraciones de la AMM gozan de un prestigio singular de reconocimiento universal, e incluso ha sido definida como

“la lanzadera que ha entretejido la ética médica con los derechos humanos”⁶⁵⁶.

Por ello, que se haya pronunciado, aunque indirectamente, sobre la objeción de conciencia expone una situación recurrente, conocida, y por tanto digna de especial atención ya que “el cuerpo normativo de la AMM podría ejercer, si encontrará eco en los Códigos y la práctica disciplinaria de las Asociaciones Médicas Nacionales, una acción elevadora de la sensibilidad ética de los médicos”⁶⁵⁷.

7.2.2. Comité Internacional de Bioética de la UNESCO (1993).

La División de Ética de la de Ciencia y Tecnología, cuyos ámbitos principales son la Bioética y la Ciencia y la Tecnología, tiene a su cargo la preparación y ejecución de las actividades enmarcadas en el Programa de Bioética de la UNESCO⁶⁵⁸, y fue creada en 1993

⁶⁵⁶ HERRANZ RODRÍGUEZ, Gonzalo. “La Bioética, asunto público: presente y futuro de los Comités Internacionales y Nacionales de Bioética”, *Bioética web*, de 12 de mayo de 2004. Disponible en: <http://www.bioeticaweb.com/la-bioactica-asunto-paublico-presente-y-futuro-de-los-comitacs-internacionales-y-nacionales-de-bioacti/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁵⁷ Cfr. Para situar el CIB en la lista de satélites (entendidos como equipos de trabajo) que tiene la ONU, consúltese: FEINHOLZ-KLIP, Dafna. *La Bioética en la UNESCO*, París: Organización de las Naciones Unidas, 2015; LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob. cit., pp. 64-66.

⁶⁵⁸ División de Ética de la de Ciencia y Tecnología tiene a su cargo la preparación y ejecución de las actividades enmarcadas en el Programa de Bioética de la UNESCO, los dos ámbitos principales de la División son la Bioética y la Ciencia y la Tecnología. Vid. LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob. cit., pp. 68-71.

como un “ámbito de reflexión pluridisciplinario, pluralista y multicultural en materia de bioética a través de sus distintos órganos estatutarios y mediante la organización en todo el mundo de actividades sobre el tema y la participación en las mismas”⁶⁵⁹. La UNESCO tiene dos órganos estatutarios en materia de bioética, a los que la División sirve de Secretaría: el Comité internacional de bioética (CIB)⁶⁶⁰ y el Comité Intergubernamental de Bioética (CIGB).

El CIB se constituye en 1993, con el objetivo de “asegurar el respeto por la libertad, la dignidad humana con relación al progreso de las ciencias de la vida y sus correspondientes aplicaciones”⁶⁶¹. Está formado por 36 expertos independientes designados por el Director General de la UNESCO. Es considerado como el único foro global para la reflexión bioética, encargado de la sensibilización bioética tanto del público en general como de grupos especializados y políticos⁶⁶². Asimismo, el CIB se pronuncia sobre cuestiones, comprendidas en la DUBDH⁶⁶³ emitiendo dictámenes y recomendaciones, donde analiza e interpreta los principios de la mencionada declaración. Estas pautas éticas tienen una gran relevancia en los Comités de Ética Nacionales, que inciden en la priorización de los temas destacados por el CIB y realizan las correspondientes mejoras en su sistema bioético estatal⁶⁶⁴.

El CIGB se crea en 1998⁶⁶⁵. Está integrado por 36 EEMM, elegidos por la Conferencia General de la UNESCO, cuyos representantes se reúnen al menos una vez cada dos años para examinar los dictámenes y las recomendaciones del CIB. La tarea principal del CIGB es analizar los pronunciamientos del CIB, emitiendo unas opiniones: que se transmiten al CIB y las someten al Director General, junto a las propuestas del CIGB sobre el seguimiento de las tareas al CIB a fin de que se transmitan a los EEMM, al Consejo

⁶⁵⁹ UNESCO. *La ética de la Ciencia y Tecnología en la UNESCO*, División de Ética de la Ciencia y la Tecnología Sector de Ciencias Sociales y Humanas Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), París: UNESCO, 2008, p. 3. Disponible en línea en:

<http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001600/160021s.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁶⁰ Pueden consultarse sus estatutos constituyentes en el siguiente enlace: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001382/138292E.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁶¹ UNESCO. *La ética de la Ciencia y Tecnología en la UNESCO*, *ob. cit.*, p. 3.

⁶⁶² LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, *ob. cit.*, pp. 64-66.

⁶⁶³ De hecho incluso la DUBDH emana de una de sus recomendaciones, como se verá más adelante. Para información sobre DUBDH, véase el apartado 1.3 de la Parte I de la presente tesis doctoral.

⁶⁶⁴ Ejemplo de lo explicado en el cuerpo de la tesis es el impacto del Informe del CIB sobre el consentimiento, que inevitablemente alertó al CB de España haciendo las apreciaciones oportunas y derivando en una modificación de ley (LAP, 2002). *Vid.* España. 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, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

⁶⁶⁵ Para saber más acerca del CIGB, puede consultarse <https://en.unesco.org/themes/ethics-science-and-technology/igbc> (Última consulta 29 de diciembre de 2020); LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, *ob. cit.*, p. 66.

ejecutivo y a la Conferencia General de la UNESCO⁶⁶⁶.

Al hilo del análisis, y con relación a la posible implementación de la objeción de conciencia en alguno de los instrumentos bioéticos de especial relevancia por su alcance, es conveniente destacar el informe más relevante del CIB, el *Informe del CIB sobre la posibilidad de crear un Instrumento Universal de Bioética* (2003)⁶⁶⁷. En él se destaca y apoya la iniciativa de crear un instrumento universal sobre bioética que serviría a los intereses de la comunidad internacional, nacional y de las personas desfavorecidas en particular. El CIB recomienda que el Informe adopte la forma de una Declaración, en la que se incluyan no sólo los principios básicos en bioética, sino que estos se orienten específicamente a los dilemas actuales. El CIB destaca en este Informe dos preocupaciones internacionales: a) los valores morales que guían la conducta de los individuos y las comunidades; y b) los valores morales y las prioridades que deberían guiar las políticas públicas. El CIB señala la necesidad de establecer guías éticas universales para cubrir todas las cuestiones bioéticas. Y lo cierto, es que este primer Informe, se trabajó intensamente durante dos años para se el firme antecesor de la promulgación de la DUBDH de la UNESCO. De ese período, conviene destacar que entre los ámbitos planteados que la DUBDH debía abordar, para definir su ámbito de aplicación pese a incluir aspectos y dilemas sanitarios en los que la objeción de conciencia se ejerce, la objeción de conciencia jamás se incluyó como un ámbito exclusivo a tratar⁶⁶⁸. Tras 4 borradores, por parte del CIB con sus revisiones del CIBC e Informes del Director General pertinentes, así como numerosas contribuciones de organismos e entidades interesadas⁶⁶⁹, el 25 de octubre de

⁶⁶⁶ UNESCO. *La ética de la Ciencia y Tecnología en la UNESCO*. ob. cit., p. 4.

⁶⁶⁷ Una vez más, véase el apartado 1.3 de la Parte I de la presente tesis doctoral, para más detalles.

⁶⁶⁸ En su primera etapa, el Director General en un primer informe, de 2003, expone: la atención médica, reproducción humana y comienzo de la vida, mejora genética, terapia génica y modificación genética, final de la vida, trasplante de órganos y tejidos humanos, datos genéticos humanos y los demás datos personales relativos a la atención médica, investigaciones con sujetos humanos, derechos de propiedad intelectual, utilización de células madre embrionarias para la investigación terapéutica, genética del comportamiento y organismos genéticamente modificados. Puede consultarse con mayor detalle en UNESCO. Informe del Director General relativo a la posibilidad de elaborar normas universales sobre la bioética. Disponible en línea: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001316/131636s.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

También conviene destacar, el punto de vista de los EEMM, para ellos la temática relavate que la DUBDH debía contener versaba, para todos ellos, en los principios de : dignidad humana, confidencialidad, consentimiento, transparencia. Y para algunos de esos EEMM, además se debía incluir: el respeto al derecho a la vida, los derechos del niño, igualdad y equidad. Y es interesante también destacar, que existían posturas contrarias, en ciertos puntos como: aborto, eutanasia, propiedad intelectual e investigación clínica. Muy probablemente por ello, los EEMM optaron por que la DUBDH se centrara en hacer referencia a dilemas bioéticos genéricos. Para más información puede consultarse: UNESCO. IBC. 27-29 de abril de 2004. *Towards a Declaration on Universal Norms on Bioethics*. Outline for the preparation of the written contribution of organizations and institutions on the posible scope and structure of a declaration on universal norms on bioethics. Disponible en línea: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/bioethics_declaration_jan2005.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁶⁹ 27 contribuciones de EEMM, 4 de Organizaciones Intergubernamentales, 14 de organizaciones no gubernamentales, 13 de Comités de Bioética nacionales y 10 contribuciones a título personal de individuos interesados. Cfr. UNESCO. IBC. *Results of the written consultation on the third outline of a declaration on universal norms on bioethics*. Agosto de 2004. Disponible en:

2005 en la Conferencia General de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) se adopta la DUBDH.

El CIB, tras ese gran hito, sigue trabajando en los dilemas bioéticos, ahora, a la luz de la DUBDH. No existe ningún informe del CIB que aluda a la objeción de conciencia en la práctica sanitaria, al igual que tampoco lo hay sobre el aborto o la eutanasia. Y es que el CIB no se ha pronunciado sobre problemas aislados y clasificados en un solo concepto bioético, a excepción del *Consentimiento Informado* (2008)⁶⁷⁰. Desde mi punto de vista, el CIB perdió la oportunidad de incluir en este completo informe, que se puede relacionar de forma indirecta con la objeción de conciencia profesional, incluir dicho ejercicio como un parámetro a tener en cuenta. Pues ante la necesidad de consentimiento informado, se pueden plantear casos donde los pacientes, o representantes legales se nieguen a determinados tratamientos como por ejemplo: la transfusión de sangre a testigos de Jehová o el tratamiento a neonatos con enfermedades graves, y en los que la objeción de conciencia, por parte del profesional, puede suponer un impedimento más para la asistencia del paciente⁶⁷¹.

Dentro de los niveles genéricos, o de los informes del CIB con una temática más amplia, me gustaría destacar otros dos informes que también suponen una ocasión para mostrar a nivel internacional la importancia que supone el ejercicio de la objeción en la práctica sanitaria por parte de los profesionales. Siguiendo con el análisis jurídico que inicié en uno de los primeros epígrafes de este trabajo doctoral –análisis de la DUBDH–, es preciso recordar los siguientes artículos y el tema del cual se ocupan: la protección a los derechos fundamentales (art. 2), el reconocimiento y protección de las libertades fundamentales (art. 3) y la no discriminación y no estigmatización (art. 11). Los dos primeros conceptos se incluyen en la mayoría de los informes⁶⁷², y el último de ellos es la base del

http://portal.unesco.org/shs/fr/files/7190/11062332491Consultation_en.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Así como el cuarto borrador, y último previo a la DUBDH, en UNESCO. *Preliminary Draft Declaration Universal Norms on Bioethics*, 9 de febrero de 2005.

http://portal.unesco.org/%20shs/en/ev.php%2%80%90URL_ID%2%80%8A=%E2%80%8A1883&URL_DO%2%80%8A=%E2%80%8A%20DO_TOPIC&URL_SECTION%2%80%8A=%E2%80%8A201.html (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁷⁰ UNESCO. *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on consent*, 2008 <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001781/178124e.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁷¹ *Ibidem*. En la p. 27 de este informe tratan como afrontar la negativa de transfusión de sangre de los testigos de Jehová o como tratar a un neonato sin consentimiento paterno en la p. 30, en ninguna de las dos casuísticas se plantea la objeción del profesional como situación a valorar.

⁶⁷² Se debe diferenciar entre el primer informe, o primer borrador de la CIB, y el informe definitivo, es decir su publicación, una vez se aprueba por el CIB. En relación con los borradores del CIB, puede consultar p. ej: El informe de la UNESCO. *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity*, 2013. <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002194/219494E.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

*Informe del CIB sobre el principio de no-discriminación y no-estigmatización (2013)*⁶⁷³. Como base de este informe aparecen cuatro perímetros de actuación necesaria: enfermedades tropicales desatendidas, SIDA/VIH, donación, trasplante y tráfico de órganos y problemas emergentes donde se concentran Biobancos, Nanotecnología y Neurociencia. Es entendible que estos temas, ya sea por su novedad o por su continuo cambio, o simplemente por su aún no-posible tratamiento o erradicación formen parte de esta lista cada uno de los anteriores. No obstante, no es entendible que la una práctica sanitaria recurrente como la IVE no forme parte de él. Desde la perspectiva del CIB, el aborto es una cuestión normalizada, que puede entenderse como superada o sin especial relevancia. De ser cualquiera de las dos anteriores, no tendría sentido – como tiene– que en la mayoría de los supuestos, el ejercicio de la objeción de conciencia está relacionado con la posibilidad o no del acceso a la IVE de las pacientes. Así es como el aborto también está relacionado y bioéticamente conectado a la estigmatización y discriminación que sufre tanto paciente como profesional.

El CIGB se reúne en la Sede UNESCO (París) los días 5 y 6 de septiembre de 2013, para celebrar la octava sesión del CIGB. Entre sus tareas, el CIGB tiene pendiente la aprobación del borrador del *Informe del CIB sobre el principio de no-discriminación y no-estigmatización (2013)*. El CIGB emite unas conclusiones en las que destaca el buen hacer del CIB sobre este tema, destaca la necesidad de que la cuestión siga estudiándose a medida que surjan nuevas situaciones, pero destaca que el CIB puede realizar un Informe final a fin de reunir los puntos clave sobre la cuestión e invita a los EEMM a tenerlo en cuenta en relación con las personas socialmente vulnerables, incluyendo a su vez a las personas con diversidad funcional⁶⁷⁴.

Para finalizar el presente apartado conviene destacar, como parte del trabajo del CIB, su papel como encargado de promocionar y exponer interpretaciones distintas con relación a los valores éticos de relevancia internacional, como por ejemplo el consentimiento (libre, previo e informado)— el cual posteriormente se estudiará en un informe del CIB exclusivo, *Consentimiento Informado (2008)*⁶⁷⁵—, la confidencialidad, la no discriminación y la solidaridad. Se abre de nuevo una puerta hacia la concreción, y una nueva oportunidad

⁶⁷³ UNESCO. *Report of the IBC on the Principle of Non-discrimination and Non-stigmatization*, 2014. En él tras un análisis del art.11 DUBDH se hace una exposición de la definición, o los supuestos que pueden incluirse dentro, del concepto: discriminación y estigmatización. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002211/221196E.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁷⁴ Pueden consultarse las conclusiones de la CIGB, de 20 de septiembre de 2013, en: https://wayback.archive-it.org/10611/20170524061824/http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/SHS/pdf/8igbc_final_conclusions.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Debo aclarar que en informe se habla de “personas con discapacidad”, pero considero oportuno traducirlo por “diversidad funcional”.

⁶⁷⁵ UNESCO. *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on consent, ob. cit.*

para la objeción de conciencia en sanidad. Posiblemente, no es un tema bioético que pueda tratarse de forma exclusiva a nivel internacional, pero si estuviese conectado con una de las recomendaciones del CIB de manera secundaria, facilitaría la inclusión y la consideración de los EEMM y por tanto, resultaría más difícil obviar una acción dentro de la práctica sanitaria por parte del colectivo profesional, en el que no existe un modelo claro a seguir más allá de su reconocimiento (en caso de haberlo). El CIB podría estudiar al hilo de otro dilema bioético de mayor magnitud y a la luz de la DUBDH la objeción de conciencia como una probabilidad excepcional dentro de temas como: la salud sexual y reproductiva, de las voluntades anticipadas, del fin de la vida, etc. – siempre respetando la cláusula expuesta en el art.1 DUBDH para lo que fue fundado el CIB–. Esperando de este estudio algo más que la cláusula genérica que otras declaraciones o Códigos éticos han brindado, y teniendo en cuenta que este pronunciamiento (del que esperaría una definición detallada junto a límites y opciones dentro del ejercicio) se realizaría en el campo deontológico internacional, este sería un primer paso para la armonización de la legislación de los EEMM⁶⁷⁶.

7.2.3. Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa (1992), ahora Comité de Bioética del Consejo de Europa (2012).

El Consejo de Europa constituyó en 1985 el primer Comité ad hoc de expertos sobre el progreso de ciencias biomédicas (conocido como CAHBI) al que se encomendó, bajo la autoridad directa del Comité de Ministros, las actividades intergubernamentales del Consejo de Europa en el ámbito de Bioética. El cual se convertiría en 1992 en el Comité Directivo de Bioética del Consejo de Europa (CDIB) era el encargado de coordinar las actividades gubernamentales del Comité de Ministros del Consejo de Europa en el ámbito de la Bioética⁶⁷⁷. A través de este órgano, el Consejo de Europa es el encargado de observar y promover la reflexión bioética de manera internacional. Su principal objetivo que es fundamentalmente aconsejar y promover la elaboración de instrumentos jurídicos internacionales sobre las ciencias de la vida, las nuevas tecnologías y sus aplicaciones⁶⁷⁸. Los documentos promovidos por el CDIB están orientados a la protección y promoción de

⁶⁷⁶ Tal y como se expone en el art. 11 de los Estatutos del CIB, se crea dentro del mismo el Comité Intergubernamental de Bioética dónde se representan los intereses de los Estados y que tiene como función emitir su opinión al respecto si lo consideran oportuno y adoptar una declaración o un instrumento jurídico, en este sentido puede consultarse la página del IGBC: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/bioethics/intergovernmental-bioethics-committee/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020). Esta es una característica que también resalta LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob cit., p. 66.

⁶⁷⁷ Puede verse la definición del CDIB en: <http://www.coe.int/en/web/bioethics/home> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁷⁸ Promulga instrumentos jurídicos y elabora resoluciones recomendaciones para que sean adoptadas por los EEMM a través de la Asamblea Parlamentaria y el Consejo de Ministros (formado por los ministros de asuntos exteriores de los EM- y del que depende el CDIB).

los derechos de las personas respecto de los avances de la biología y la medicina y sus aplicaciones. En 2012, el Comité de Bioética (conocido como DH-BIO) asumió las responsabilidades del CDBI derivadas del Convenio de Oviedo⁶⁷⁹ y se le encargaron también las tareas intergubernamentales para la protección de los derechos humanos en el ámbito de la Biomedicina⁶⁸⁰.

Con relación al ejercicio de la objeción de conciencia en sanidad, debo destacar el trabajo de los dos últimos Comités del Consejo de Europa, el CDIB y el DH-BIO. La lista de publicaciones de ambos Comités es escasa⁶⁸¹, focalizando todos sus esfuerzos en dos publicaciones: en el caso de el CDIB (1) *Guía para los miembros de los CEIC* (2010)⁶⁸² y, en el caso de DH-BIO (2) *Guía para la toma de decisiones para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida* (2014)⁶⁸³.

Al hablar con anterioridad en el apartado de normativa sobre el Consejo de Europa entre los mandatos emitidos por el mismo, se incluía la *Recomendación sobre los derechos de los pacientes y de los moribundos* (1999), promulgada por la Asamblea parlamentaria del mismo. Esta recomendación es el paso previo a la *Guía de toma de decisiones* de 2014, en la que la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios aparece de forma muy sutil. En ella no se define, se delimita o se describe el ejercicio de objeción de conciencia en los tratamientos de soporte vital (TSV), en el límite del esfuerzo terapéutico (LET) o en los documentos de voluntades anticipadas (DVA), aunque al tratar cada uno de los temas anteriores en el apartado “controversias”, se incluye la posibilidad de considerar los *debates éticos de los médicos* frente a cada una de las técnicas anteriores⁶⁸⁴.

Resulta nuevamente decepcionante que una guía tan completa y explícita no contemple verdaderamente la incidencia de este *debate ético*, traducido en ejercicio de

⁶⁷⁹ Para más información sobre el Convenio de Oviedo, *vid.* Capítulo III de la presente tesis, en concreto al punto 3.1.2.

⁶⁸⁰ Se configura al DH-BIO como un órgano subordinado del Comité Director de Derechos Humanos (CDDH). Las tareas derivadas del Convenio de Oviedo las desarrolla bajo la autoridad del Comité de Ministros.

⁶⁸¹ Consistiendo sus publicaciones en: dos dossieres informativos sobre bioética (1. Bioética dentro del Consejo de Europa; 2. Herramientas educativas sobre bioética), un dossier informativo sobre los test genéticos en el ámbito de salud y dos completas guías (a. Pautas para miembros del CEIC; b. El proceso de toma de decisiones al final de la vida). Puede accederse a todas ellas a través de la página web del Consejo de Europa. <http://www.coe.int/en/web/bioethics/Publications> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁸² Consejo de Europa. *Guía para los miembros de los Comités de Ética en Investigación Clínica*, 2010. Disponible en: <http://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-for-research-ethics-committees-members> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁸³ Consejo de Europa. *Guía para la toma de decisiones para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida*, 2014. Disponible en: <http://www.coe.int/en/web/bioethics/guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁸⁴ *Vid.* AZULAY TAPIERO, Armando. «Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?», *Anales de Medicina Interna*, vol. 18, núm. 12, 2001, pp. 650-654; ROYES QUI, Albert. «El consentimiento informado y los documentos de voluntades anticipadas». En: CASADO GONZÁLEZ, María (comp.). *Nuevos materiales de bioética y derecho*. Ciudad de México: Fontamara, 2007, pp. 159-176.

objección de conciencia por parte de los profesionales sanitarios, que supone una polémica dentro de los dilemas éticos al final de la vida y una traba en la asistencia del paciente. Según el propio Consejo de Europa la finalidad de esta guía es:

“(…) servir como una herramienta útil de información para el público en general y la formación de los profesionales. Está dirigida a profesionales de la salud, pacientes, familiares y todos aquellos que se enfrentan a decisiones problemáticas con respecto al tratamiento médico en situaciones del final de la vida. La guía es también una fuente de material para el debate social sobre el proceso de toma de decisiones con respecto al tratamiento médico en situaciones del final de la vida ya que propone puntos de referencia relativos tanto a las prácticas como a los principios que se pueden aplicar en este contexto”⁶⁸⁵.

Sin lugar a dudas, como herramienta y fuente de debate no debería faltar un apartado que tratase la objeción de conciencia sanitaria frente a estas tres técnicas (TSV, LET y DVA) por su carga ética en el proceso de toma de decisiones, y clarificando la línea divisoria entre la autonomía del paciente, la buena praxis médica y lo que realmente es una objeción de conciencia frente al paciente al final de la vida. El CDBI, como promotor del debate informado sobre las dimensiones éticas de la salud, tiene la responsabilidad de promover instrumentos jurídicos, resoluciones y recomendaciones, para que posteriormente estos se implementen dentro de los EEMM⁶⁸⁶. En este sentido cabe destacar el Convenio de Oviedo (1997)⁶⁸⁷ o los Protocolos adicionales al Convenio⁶⁸⁸. No parece que sea posible analizar todas estas cuestiones desde un punto de vista ético-jurídico, con la protección especial que debe brindarse a los Derechos Humanos, sin incluir la objeción de conciencia. Sin embargo, este hecho tiene explicación: la CBI, dependiente del Consejo de Europa, no es más que una Comisión que navega en las aguas de la ética, el derecho y la política⁶⁸⁹. Sus textos, desde recomendaciones hasta la propia *Convención*, son precedidos por numerosos borradores que atestiguan la dificultad de consenso⁶⁹⁰. De esta manera se reconoce la importancia de incluir la objeción de conciencia en los documentos aplicables a

⁶⁸⁵ *Ibidem*, p. 33

⁶⁸⁶ LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob. cit., p. 68.

⁶⁸⁷ Consejo de Europa. *Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina*, ob. cit.; Vid. apartado 3.1.3. de este trabajo doctoral.

⁶⁸⁸ Entre los que destaca el *Protocolo adicional sobre investigación biomédica*, de 25 de enero de 2005, por su evidente relevancia en el tema que nos aborda en este apartado, y su incidencia en los Comités y la investigación.

⁶⁸⁹ DABOVE, Maria Isolina. «Human rights of older people in the new american convention and its bioethical implications», *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 16, núm. 1, 2016, pp. 38-59

⁶⁹⁰ BYK, Christian. «The European Convention on bioethics», *Journal of medical ethics*, vol. 19, núm. 1, 1993, pp. 13-16; WACHTER, Maurice A. M. de. «The European convention on bioethics», *Hastings Center Report*, vol. 27, núm. 1, 1997, pp. 13-23.

su ejercicio. Cabe destacar, en este sentido, la que la objeción de conciencia en el *Convenio de Oviedo* pasó de incluirse en un apartado no exclusivo (en su art.4) a finalmente ser una mención directa y genérica que pasaba a reconocer su ejercicio a nada (pues esa frase se excluyó del texto final, obviando la existencia de la objeción de conciencia dentro de la investigación). De ahí el asombro de que años más tarde esta antigua discusión se haya olvidado, habiéndola podido rescatar –aunque no solucionar– y haber brindado un nuevo análisis a la misma, a lo cual seguramente precedería una nueva exposición del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, y quizás, por fin, una tipología exclusiva para la misma.

Capítulo VIII

Comités de Bioética/ética nacionales desde una perspectiva comparada

Antes de entrar en el análisis de las recomendaciones realizadas por los comités de bioética existentes a nivel estatal es preciso hacer una observación metodológica previa. Para realizar este apartado he consultado noventa y seis comités de bioética constituidos a día de hoy en diferentes países y me he centrado en sus pronunciamientos⁶⁹¹, acerca de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Para ello, he creado una tabla – puede consultarte dicha tabla en el anexo II de la presente tesis doctoral- fijándome en cinco parámetros: (a) país de procedencia, (b) denominación del comité de bioética, (c) página web, (d) pronunciamientos sobre objeción de conciencia y (e) observaciones relevantes. Es preciso incidir en los parámetros d y e, dado que son los temas clave, entendidos como los más relevantes, a tratar por los comités estudiados. El primero de ellos, (d), corresponde a un pronunciamiento o publicación directa sobre la cuestión, es decir, se trata la objeción de conciencia como un tema o subtema. El segundo, (e), corresponden las cuestiones que el comité ha tratado de manera relevante, o el no haber tratado ningún tema en concreto, y que no es objeción de conciencia. A su vez, también he creado dos gráficos que recogen datos sobre el parámetro (d), es decir, en qué porcentaje de pronunciamientos existen sobre objeción de conciencia.

Este capítulo pone de manifiesto la importancia tanto del uso práctico de los pronunciamientos de los Comités. Sus valoraciones y recomendaciones, sobre el ejercicio de la objeción de conciencia, en ocasiones mejoran la legislación actual de la cuestión, y pueden ser el motor para que las normas cambien. Cabe recordar que el objetivo principal de los comités es el de cumplir con

“Una necesidad, pues el tratamiento de las ciencias de la vida, de los avances científicos y tecnológicos no parece concebirse sin la reflexión y el debate que propugnan y el asesoramiento que proporcionan dichos comités de carácter interdisciplinar, e incluso en

⁶⁹¹ Ello me ha obligado a traducir, por un tercero, aquellos informes de los comités de bioética en los que su idioma original no es inglés, español, francés o italiano.

determinadas situaciones su intervención se considera obligatoria, como ocurre en el ámbito de la investigación biomédica en la que participen seres humanos”⁶⁹²,

Si bien, en un inicio, históricamente los comités se encargaban de manera casi exclusiva, de evaluar y permitir (o no) los ensayos clínicos. Entre otras tareas, actualmente se centran en analizar los principios bioéticos y su manera de aplicarlos en las regiones o países, analizando por ejemplo la biotecnología o los recursos sanitarios afectan a la población. He intentado reflejar distintas realidades, y quizás debo alertar de la confusión a la que se prestan los términos comités de ética o de bioética, que se usan indistintamente en la tabla de análisis. Comparto y clarifico dicha confusión con la idea que expone Lecuona sobre el tema:

“Bioética y Comités de ética o bioética constituyen en mi opinión términos inseparables. Son dos caras de una misma moneda, principalmente por la aportación que los segundos realizan a la primera, porque efectivamente éstos ponen en práctica una forma de hacer bioética que (...) parte del respeto por los derechos humanos internacionalmente reconocidos y de los principios bioéticos consensuados y que hoy es innegable que han sido aceptados universalmente”⁶⁹³.

Puede hablarse de dos estructuras: una bioética más teórica contenida en los Comités de Bioética y la aplicación práctica de esa teoría en los Comités de Ética, que a su vez vuelve a dividirse en ámbito asistencial (CEA) o investigación clínica (CEIC).

Sea cual fuere la legislación del Comité, su rasgo más universal es su carácter consultivo. Funcionan como asesores bioéticos, exponen recomendaciones y conclusiones sobre determinados temas pero no pueden incidir directamente en la creación de una nueva legislación. Aunque eso sí, sus sugerencias funcionan en numerosas ocasiones como impulsores indirectos de cambios en la regulación legal de un país.

A continuación, una vez expuestos lo resultados obtenidos en la tabla de Comités⁶⁹⁴, y en virtud de sus pronunciamientos sobre objeción de conciencia sanitaria, dando lugar a los siguientes gráficos::

⁶⁹² LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de ética como mecanismo de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob. cit., p. 43.

⁶⁹³ *Ibidem*, p. 39.

⁶⁹⁴ *Vid.* Anexo II de esta tesis doctoral.

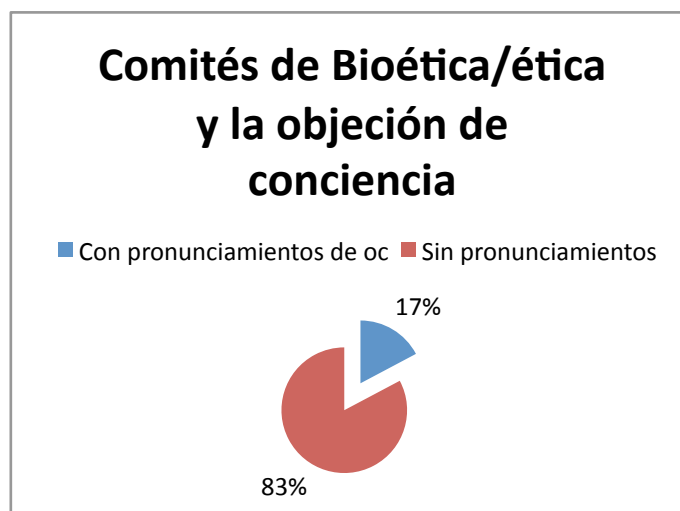


Imagen XIII. En base al estudio de los pronunciamientos de los Comités, contenido en formato de tabla contenido en el Anexo II de este trabajo doctoral. Gráfico de elaboración propia.

En virtud de la observación de Comités realizada puedo adelantar las siguientes deducciones:

- De los noventa y seis comités estudiados, integrados en ochenta y seis países, existen pronunciamientos acerca del ejercicio de la objeción de conciencia, únicamente en catorce países.

- La objeción de conciencia se trata como tema central en recomendaciones emitidas por los comités de: España, Italia y Polonia.

- En el resto de países la objeción de conciencia, es un parámetro, una de las pautas que integran la recomendación en un tema relacionado como: la eutanasia, la experimentación humano-animal, el aborto, la objeción de conciencia y las vacunas, la Ley de autonomía del paciente y el suicidio asistido.

Para un mejor entendimiento del tema, y basándome en la importancia que dichas recomendaciones tienen en la práctica de la profesión médica a nivel deontológico, paso a exponer a continuación, algunos ejemplos que me parecen especialmente destacables, En concreto España, Italia y Polonia, por sus informes exclusivos sobre objeción de conciencia, y Bélgica por la inclusión de la cláusula de conciencia en varios informes de prácticas objetables, los cuales merecen atención. Sin embargo, debo recordar que no volveré a hacer referencia a los comités de algunos países latinoamericanos mencionados en la primera parte (Colombia, Uruguay, Argentina), a la que me remito para su consulta. Eso sí, dedico atención específicamente, a pesar de ser ya mencionado en la primera parte de este

trabajo doctoral, al Comité de Bioética español, que es el país de referencia de este trabajo doctoral. En definitiva, no vuelvo aquí a mencionar a Uruguay, ya que Colombia y Argentina no disponen de pronunciamientos sobre objeción de conciencia sanitaria emitidos por los comités incluidos en la tabla.

El presente capítulo se divide en dos apartados. El primero de ellos, entendiéndose como tal 8.1., trata de los pronunciamientos de los Comités con relación a la objeción de conciencia. El segundo, 8.2., expone recomendaciones expresas sobre datos informatizados en el ámbito de salud, dado que más adelante el *modelo propuesta* que defiende anida la objeción de conciencia profesional en la historia clínica compartida, utilizada en el ámbito y por el sistema sanitario, y por tanto, conviene tener en cuenta los pronunciamientos de los Comités.

8.1. Recomendaciones expresas sobre la objeción de conciencia sanitaria emitidas por comités de bioética nacionales.

Para comprender la realidad actual de la objeción de conciencia dentro de la práctica sanitaria, y sintetizar las argumentaciones de los Comités nacionales al respecto, en la tabla estudio (véase de nuevo el anexo II), tras el nombre original del comité, traducido al español, se incluye una pequeña descripción de los logros y actos destacables de los mismos, al margen o con relación a la objeción de conciencia sanitaria de ser el caso. A continuación analizo en detalle los pronunciamientos de Francia, España, Italia, Bélgica y Polonia como países que consideran de una importancia tal el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, que han formulado informes individualizados (o relacionados con una materia exclusiva) sobre el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Para la exposición de los países sigo un orden cronológico, en función de la fecha de publicación del informe que centra nuestro interés.

8.1.1. Francia. Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud (1983). El reconocimiento genérico de la cláusula de conciencia en los Avis del Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud frente a su supresión.

El Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y la Salud (en su original CCNE, *Comité Consultatif National d'Éthique pour les sciences de la vie et de la santé*), se creó en 1983 con la finalidad de resolver los problemas éticos planteados por los

progresos del conocimiento en los ámbitos de la biología, la medicina y la salud. Problemas que afectan al ser humano, ya sea de forma exclusiva, a grupos sociales o a toda la sociedad, dándoles la visibilidad que la bioética reclama.

Cabe destacar las *Jornadas anuales de ética* que celebra anualmente y la producción de numerosos dictámenes que el CCNE ha dictado en los tres lustros de funcionamiento, llegando a más de cincuenta⁶⁹⁵, y sus informes de oficio. El CCNE muestra en sus dictámenes un estudio actual, constante y amplio sobre problemas bioéticos que pueden surgir entorno al ámbito clínico. Dentro de sus resoluciones se observa por un lado prudencia y actitud moderada, mientras que por otro algunos de sus dictámenes se han desaprobado por pragmáticos y por estar en sintonía a la mínima legislación del país, sobre temas concretos. A pesar del prestigio de los dictámenes del CCNE, no le han faltado críticas. Por ejemplo, Jonathan Moreno⁶⁹⁶, el tildó al CCNE de resolver las cuestiones problemáticas a puerta cerrada y sin debate público, problema que en 2011 se subsanó con lo estipulado en la nueva legislación.

La Ley del 7 de julio de 2011 relativa a la bioética confiere al CCNE la facultad de convocar una asamblea general antes de proceder a cualquier proyecto de reforma sobre cuestiones éticas o sociales. El ahora art. L-1412-1-1 del Código de salud pública dispone que “todo proyecto de reforma sobre los problemas éticos y sociales planteados por los avances de los conocimientos en los ámbitos de la biología, la medicina y la salud debe ir precedido de un debate público”. En el marco de la organización del debate público, la ley aboga por el uso de las conferencias de ciudadanos elegidos de manera que representen a la sociedad en su diversidad. Después de recibir formación previa, discuten y redactan una opinión y recomendaciones que se hacen públicas. Los expertos que participan en la formación de los ciudadanos se eligen según criterios de independencia, pluralismo y multidisciplinariedad.

La objeción de conciencia se menciona en los pronunciamientos del CCNE como uno de los factores a considerar en determinadas prácticas clínicas. Entre ellas la interrupción

⁶⁹⁵ Ha respondido a consultas sobre experimentación clínica, técnicas de reproducción asistida, registros de datos médicos para estudios epidemiológicos y de prevención, diagnóstico prenatal y perinatal, experimentación sobre sujetos en estado vegetativo crónico y en estado de muerte cerebral, uso de la mifepristona, prevención de la infección por el VIH, detección de toxicomanías en la empresa, injerto de células nerviosas para tratar la enfermedad de Parkinson, técnicas de identificación mediante el análisis del ADN, diagnóstico preimplantatorio en el embrión humano, donación de gametos y sus consecuencias, no comercialización del cuerpo humano, terapia génica, genoma humano, transfusión sanguínea, sobre varias formas de drogodependencia, aplicación de antiandrógenos en agresores sexuales, investigación de la conducta humana, contracepción de incapaces, o contracepción en mujeres con deficiencia mental. Visítase su página web para más información: <www.ccne-ethique.fr> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁹⁶ MORENO, Jonathan. «Do Bioethics Commissions hijack public debate?», *Hastings Cent. Rep.*, vol. 3, núm. 26, 1996, p. 47.

voluntaria del embarazo (en francés siglas IVG)⁶⁹⁷, la investigación con embriones⁶⁹⁸ y sin duda, uno de los temas más tratados por el CCNE, el final de la vida (eutanasia)⁶⁹⁹.

La objeción de conciencia, en Francia, consta reconocida en dos instrumentos normativos. En primer lugar, mediante la cláusula de conciencia de la *Ley Veil* (1975)⁷⁰⁰. En ella consta que la IVE es una prestación pública, que debe realizarse en clínicas públicas y privadas, previendo en la misma Ley, un porcentaje de interrupciones con relación a los alumbramientos anuales del país. Se prevé la objeción de conciencia como un derecho de los profesionales sanitarios y se subraya la titularidad preferentemente individual de dicho derecho⁷⁰¹. En 2016, el Alto Consejo para la igualdad de hombres y mujeres⁷⁰², realizó una petición para suprimir el reconocimiento a la objeción de conciencia, dado que, según los anteriores, la cláusula implica una amenaza a corto plazo para la IVE en el país⁷⁰³. En segundo lugar, el art.162-8 del Código de salud pública reconoce el derecho a la objeción de conciencia de médico, matrona, enfermero, auxiliar médico y “quienquiera que sea”. En ambos preceptos, tanto en la Ley como en el Código, se regula el ejercicio — la posibilidad de ejercer— la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, pero no sus características.

⁶⁹⁷ CCNE. *Avis Núm. 66 del CCNE: Réponse du CCNE aux saisines du Président du Sénat et du Président de l'Assemblée nationale sur l'allongement du délai d'IVG*, de 23 de noviembre de 2000. Disponible en: <<http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/reponse-du-ccne-aux-saisines-du-president-du-senat-et-du-president-de-lassemblee#.WOvwd9KLTcs>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁹⁸ CCNE. *Avis Núm. 19 del CCNE: Avis sur les recherches sur l'embryon soumises à moratoire depuis 1986 et qui visent à permettre la réalisation d'un diagnostic génétique avant transplantation*, de 18 de julio de 1990. Disponible en: <<http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/avis-sur-les-recherches-sur-l'embryon-soumises-moratoire-depuis-1986-et-qui-visent#.WOvx79KLTcs>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Avis Núm. 122 del CCNE. Une réflexion éthique sur la recherche sur les cellules d'origine embryonnaire humaine, et la recherche sur l'embryon humain in vitro, de 21 de octubre de 2011. Disponible en: <<http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/une-reflexion-ethique-sur-la-recherche-sur-les-cellules-dorigine-embryonnaire-humaine#.WOvypdKLTcs>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁶⁹⁹ Existen 12 comunicaciones (pronunciamientos) del CCNE francés acerca de la voluntad de morir, eutanasia o final de la vida. Distintos nombres y debates dan lugar a diversas recomendaciones acerca de esta casuística. No en todos ellos se expone el ejercicio de la objeción de conciencia, pero si en el último de ellos: *Avis Núm. 121: Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*, de 13 de junio de 2013. Disponible en: <<http://www.ccne-ethique.fr/fr/publications/fin-de-vie-autonomie-de-la-personne-volonte-de-mourir#.WOvzatKLTcs>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁰⁰ Francia. Ley núm.75-17, relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, de 17 de enero de 1975, *Journal officiel de la République française*, de 18 de enero de 1975.

⁷⁰¹ Francia. Decreto número 75-352 de 13 de mayo de 1975, sobre la aplicación del art.9 de la Ley 75-17 del 17 de enero de 1975, relativa a la interrupción voluntaria del embarazo, *Journal officiel de la République française, de 15 de mayo de 1975*.

⁷⁰² Esta proposición se incluye en: Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Prácticas para la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad materna evitables*, de 2 de julio de 2012 (párr. 30.).

A propósito del caso, cabe destacar una noticia de prensa que hace eco precisamente de la posible desaparición de la objeción de conciencia en el sistema de salud francés, sobre todo con relación a la IVE. *Vid.* “Cláusula de conciencia para los médicos: un tema tabú en Francia”, *Aleteia*, de 11 de abril de 2017. Disponible en: <<http://es.aleteia.org/2017/04/09/clausula-de-conciencia-para-los-medicos-un-tema-tabu-en-francia/>>. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

En esta misma dirección, COLLIN, Thibaud. «L'objection de conscience, un manque de professionnalisme?», *Généthique*, 2016. Disponible en: <<http://genethique.org/fr/thibaud-collin-l'objection-de-conscience-un-manque-de-professionnalisme-65523.html#.WOx5BdKLTct>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁰³ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Prácticas para la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad materna evitables*, *ob. cit.*

La CCNE reconoce la cláusula de conciencia de los profesionales del ámbito de salud mediante una proposición genérica del ejercicio; siguiendo la definición del Consejo Nacional de Médicos “la cláusula de conciencia es, para el médico, el derecho a negarse a realizar un acto médico, por lo demás autorizado por la ley, pero que el médico estima contrario a sus propias convicciones personales, profesionales o éticas”⁷⁰⁴. Las circunstancias muestran que profesionales y estudiantes, por un lado, sufren presiones por parte del medio si son pro-objeción; por otro, se niegan a participar y ejecutar alguna acción (tanto aborto como eutanasia de forma manual), pero acceden a la técnica medicalizada, es decir, están a favor de la ayuda farmacológica a los pacientes.

Ante el final de la vida, el CCNE actúa una vez más de forma más cautelosa. Al igual que en la IVE, se incluye un reconocimiento genérico de la cláusula de conciencia, esta vez no hacia todos los profesionales implicados, sino únicamente hacia los profesionales farmacéuticos pues, aunque sea el médico quien decida el compuesto farmacológico mediante el cual se va a poner fin a la vida, es el farmacéutico quien proporciona los medicamentos y, por consiguiente, es el ejecutor de la práctica. Se contempla que no sea necesariamente el médico quien suministre los fármacos, en el momento de poner fin a la vida, es el paciente, por sí mismo, quien se los administra.

La cláusula de objeción de conciencia, tanto en los Informes de IVE como de fin de la vida, exponen un modo genérico de abordar la cuestión. Únicamente se reconoce el ejercicio de la objeción de conciencia ante determinadas situaciones sanitarias, mientras que lo esperable, con relación a otros Comités, es que el CCNE promoviese la adopción de una figura — de objeción— con características y parámetros propios.

8.1.2. España. Comité de Bioética de España (2008).

La creación del Comité de Bioética de España (CBE) parte de la promulgación de la

⁷⁰⁴ Texto del Art. 47 del Código de Medicina del Consejo Nacional de Médicos francés (la traducción es propia). Cfr. la recopilación de textos vinculantes y la reflexión, así como la conclusión del organismo colegial acerca de la cláusula de conciencia del médico en: Conseil national de l'ordre des médecins. *Clause de conscience du médecin*, de 16 de noviembre de 2011. Disponible en: <<https://www.conseil-national.medecin.fr/article/clause-de-conscience-du-medecin-1160>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Conviene saber que existe un acuerdo de colaboración, desde 2011, entre distintos Consejos de Médicos de Europa. De entre sus muchas puestas en común, intuitivamente la objeción de conciencia habrá tenido cierto protagonismo dada la sucesión de hechos expuesta en este trabajo doctoral. Vid. “Los Consejos de médicos de España, Francia, Italia y Portugal renuevan acuerdo de colaboración”, *Consejo General de Colegios Oficiales de médicos*, de 12 de septiembre de 2012. Disponible en: <http://www.cgcom.es/noticias/2012/09/12_09_12_consejos_medicos> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica⁷⁰⁵. Gonzalo Herranz se muestra sorprendido por la tardanza en la instauración del Comité en comparación con otros países europeos y atribuye este retraso a

“la fuerte prevención que nuestros políticos, en general, sienten hacia los organismos independientes que, aunque sólo tengan funciones asesoras, puedan de algún modo criticar o contrariar sus proyectos. Ese recelo contrasta con la tendencia que esos mismos políticos manifiestan a rodearse de asesores ideológicamente afines y que ellos mismos se escogen”⁷⁰⁶.

La creación del CBE tuvo lugar el 22 de octubre de 2008 y se erige como un órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, que desarrollará sus funciones, con plena transparencia, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la biomedicina y ciencias de la salud⁷⁰⁷. A su vez, delega las tareas relacionadas con la ética en la investigación clínica en un organismo análogo creado por la anterior ley, el Comité Español de Ética de la Investigación (CEEI, art.10)⁷⁰⁸.

Las funciones del CBE son, fundamentalmente, tres. La primera de ellas consiste en emitir informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos de ámbito estatal y autonómico sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud. Lo hará sin consulta previa, actuando de *motu proprio* frente a cuestiones que le parezcan relevantes. En este sentido, la tarea del CBE consiste en tratar sistemáticamente de manera continua las dimensiones éticas de las ciencias de la vida, de la salud y las políticas innovadoras en esta materia. El Comité se plantea una situación conflictiva y propone soluciones en forma de Informes, propuestas y recomendaciones para los poderes públicos. La segunda función del CBE es la de establecer los principios generales para la elaboración de códigos de buenas prácticas en la investigación científica, dejando la potestad de estos centros al CEEI. Y, finalmente, tiene como función representar al Estado en los foros y organismos supranacionales e

⁷⁰⁵ España. Ley 14/2007, 3 de julio, de Investigación Biomédica, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 159, de 4 de julio de 2007, pp. 28826 a 28848. *Vid.* LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica». *Revista de bioética y derecho*, núm. 11, 2007, p. 88.

⁷⁰⁶ HERRANZ, GONZÁLEZ, Gonzalo. «Comités Nacionales de Bioética». *Título de Experto en Ética Médica*. Fundación Ortega-Marañón: Fundación para Formación y Organización Médica Colegial, 2012, p. 20.

⁷⁰⁷ Sus atribuciones originales han sido parcialmente modificadas por la Ley 14/2011, de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 131, de 2 de junio de 2011, pp. 54387 a 54455. Véase LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, *ob. cit.*, pp.171-192.

⁷⁰⁸ De este modo se crea una especialización correspondiente al campo de la ética en investigación, instaurando dicho Comité como representante estatal de la materia salvo en materia bioética correspondiente al CBE (art.10.c) de la Ley 14/2011 de 1 de junio, de la Ciencia, la Tecnología y la Innovación, *ob. cit.*

internacionales implicados en bioética⁷⁰⁹.

Veamos ahora los tres documentos que se han ocupado de la objeción de conciencia sanitaria.

8.1.2.a). Opinión del Comité de Bioética a propósito del proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2009).

El CBE reconoce la existencia de la objeción de conciencia en sanidad por primera vez en octubre de 2009 mediante la publicación de la Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo⁷¹⁰. Este documento dedica a la objeción de conciencia un apartado específico, reconociendo así que es un tema lo suficientemente importante como para merecer este tratamiento particular. El CBE considera que la falta de referencias constitucionales expresas no debe llevarnos a concluir que la práctica de la objeción esté prohibida. Por un lado, reconoce el carácter legal del ejercicio de la objeción de conciencia dentro de la profesión sanitaria haciendo un alegato convincente en favor de las posibilidades reguladoras que brinda la Constitución. Por otro, del hecho de que la objeción de conciencia solo esté contemplado en el ámbito militar (art. 30.2 CE) no cabe deducir ni que existe una prohibición de su incorporación al ordenamiento jurídico español ni que tal ausencia deba determinar en todos los supuestos su infra protección constitucional. Cabe destacar que, según el CBE,

“Una determinada conducta individual, aún no reconocida expresamente en la Constitución como derecho autónomo, puede estar comprendida dentro del contenido propio de un derecho constitucional, tenga o no, en razón de sus garantías, el carácter de derecho fundamental. Por otro lado, puede hablarse también de la existencia de derechos con fundamento constitucional, es decir, derechos que aun no estando expresamente reconocidos en el texto constitucional encuentran en otro derecho contemplado expresamente en la Constitución la base de su existencia y de su reconocimiento legal”⁷¹¹.

El CBE critica el pronunciamiento *obiter dictum* sobre la objeción de conciencia que

⁷⁰⁹ Para un análisis en profundidad *vid.* LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, *ob. cit.*, pp. 171-192.

⁷¹⁰ Comité de Bioética de España. *Opinión del Comité de Bioética de España a propósito del proyecto de Ley Orgánica de Salud Sexual y Reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*, 2009. Disponible en: <http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/es/consenso_interrupcion_embarazo_comite_bioetica_0ct_2009.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷¹¹ *Sentencia 53/1985*, Tribunal Constitucional, de 11 de abril de 1985.

hizo la STC 53/1985 de 11 de abril⁷¹². El CBE respalda el argumento de que la objeción de conciencia forma parte del derecho fundamental a la libertad ideológica y religiosa (art. 16.1CE). Más adelante esta *Opinión* plantea una problemática que años más tarde, y pese al artículo de la Ley Orgánica 2/2010, sigue ocurriendo, y es

“una distorsión en el funcionamiento del sistema que deja de atender a personas que acuden legítimamente al mismo y se ven obligadas a recurrir a centros privados especializados, lo que a su vez pone en cuestión el principio de equidad según el cual el Estado debe garantizar todas las prestaciones a que los ciudadanos tienen derecho”.

Dada la situación anterior, el CBE propone potenciar la investigación y sanción disciplinar de las alegaciones de conciencia fraudulentas o simuladas.

Para finalizar, la Opinión del CBE incluye unas conclusiones, la última de las cuales, la décima, es del siguiente tenor:

“La mujer que solicita la interrupción de su embarazo deberá ser atendida de manera compatible con la libertad de los profesionales para actuar de acuerdo con sus convicciones en los términos que determine el ordenamiento jurídico. La objeción de conciencia a la interrupción del embarazo encuentra fundamento constitucional, por lo que es urgente regular expresamente su ejercicio como afirma el artículo 10.2 de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea”.

En esta última reflexión se manifiesta la verdadera importancia del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud. Se certifica su existencia, y se expresa la preocupación del CBE por su ejercicio –fraudulento o simulado, al que yo añadiría creciente, – frente a una prestación sanitaria aprobada e incluida en la cartera prestacional sanitaria en todo el Estado. De modo que la necesidad de su regulación no es discutible, ya que, además, viene impuesta por un instrumento jurídico internacional de la Unión Europea (la CDFUE).

Se puede pensar que, tras la aprobación de la Ley Orgánica 2/2010, del 3 de marzo, de la Salud Sexual Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley orgánica 2/2010), la preocupación por el ejercicio de la objeción de conciencia del CBE debería haber ido en aumento. Pero desgraciadamente, como veremos enseguida, no ha sido así. La cuestión, pese a que el CBE ha emitido una nueva Opinión al respecto, sigue estancada en la cláusula genérica que únicamente reconoce el ejercicio de la objeción de conciencia ante

⁷¹² Vid. GÓMEZ, Yolanda. «Reflexiones jurídico-constitucionales sobre la objeción de conciencia y los tratamientos médicos», *Revista de derecho político*, 1997, núm. 42, p. 64.

determinadas prácticas sanitarias⁷¹³.

8.1.2.b). Objeción de conciencia en sanidad (2011).

Una vez promulgada la Ley orgánica 2/2010 en España, el CBE presenta un documento titulado *Objeción de conciencia en sanidad*⁷¹⁴ de 2011, con el objetivo de mediar en el conflicto entre profesionales sanitarios y pacientes (sobre todo ante las IVE) teniendo en cuenta la libertad, el principio de justicia y la obligación del Estado de realizar la prestación.

Este documento del CBE parte de una descripción básica del derecho a la objeción de conciencia concretando con especial énfasis la argumentación explicativa de porqué afecta al ámbito sanitario. Para ello, divide las objeciones de conciencia sanitarias en dos grupos. El primero de ellos está referido al incumplimiento de un deber por parte del profesional que debe actuar porque el usuario tiene derecho a una prestación y la solicita (bajo mi punto de vista, aquí cabría incluir los casos de IVE, dispensación de anticonceptivos, diagnóstico prenatal, uso de técnicas de reproducción asistida, reanimación de neonatos con malformaciones graves y esterilización de incapaces). El segundo grupo incluye aquellos casos en los que respetar las decisiones autónomas de un paciente puede conllevar un dilema ético para el profesional pero que no son casos de objeción de conciencia (y aquí el documento menciona el derecho a rechazar un tratamiento en términos de cuidado paliativo, el tratamiento a los pacientes Testigos de Jehová, y las intervenciones en casos de huelga de hambre).

El documento de opinión del CBE concluye poniendo de manifiesto, una vez más, la necesidad de regulación, por lo menos en aquellos casos en que la objeción de conciencia es más habitual, con el propósito de dar una seguridad jurídica a los objetores y a los centros sanitarios, así como de garantizar de forma más contundente los derechos de los usuarios y pacientes en el sistema público.

Finalmente, el CBE propone una serie de recomendaciones para la regulación de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. En mi opinión, con dichas recomendaciones, se avanza notablemente en la categorización de dicho ejercicio, ofreciendo un perfil basado en las características de las que ejercientes y centros sanitarios deben respetar. De todas

⁷¹³ CASADO GONZÁLEZ, María y LÓPEZ BARONI, Manuel Jesús. *Manual de Bioética laica (I). Cuestiones clave*, Colección de Bioética, Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 2018, pp. 125-126.

⁷¹⁴ Comité de Bioética de España. *Objeción de conciencia en sanidad*, 2011. Disponible en: <http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/es/La%20objecion%20de%20conciencia%20en%20sanidad.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

ellas, la originalidad del CBE radica en su octava recomendación:

“8. El reconocimiento de la objeción de conciencia es compatible con que el legislador establezca una prestación sustitutoria para el objetor. Dicha prestación iría destinada a evitar desequilibrios en la prestación de los servicios”.

El CBE prepara el terreno jurídico para una regulación futura copiada de la normativización de la objeción de conciencia al servicio militar. Equipara audazmente la prestación sanitaria de la IVE al Servicio Militar Obligatorio (aunque esta última no sea operativa en la actualidad) ambas “obligatorias”. Si se sigue el esquema regulador del SMO, la objeción frente a la IVE se normativiza de forma incompleta con una simple alusión en la Ley orgánica 2/2010 sobre su reconocimiento genérico. El CBE da el primer paso hacia la creación de una nueva regla, con vistas a integrar la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, e integrarla en el ordenamiento jurídico del Estado. Un paso concienzudo, y a mi parecer muy pertinente. De nuevo, debo lamentar que esta idea, que es la que defiendo fervientemente en mi sistema de contraprestación, no se haya rescatado y ampliado de forma oportuna ni por parte del CBE, ni por ninguna instancia similar (asociaciones, organizaciones, etc.). La situación parece haber evolucionado de la forma inversa, como veremos a continuación, y el ejercicio de la objeción de conciencia se ha retrocedido estrepitosamente hasta consagrarse como eximente al deber legal (realizar la prestación por parte de los médicos) con la simple mención de su condición (de objetor).

8.1.2.c). Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada (2014).

El tercer y último informe del CBE que hace referencia a la materia que ocupa esta tesis doctoral es el de fecha 4 de abril de 2014, y lleva por título Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada⁷¹⁵. El Comité presenta un nuevo Informe tras la consulta hecha por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad acerca del Anteproyecto de Ley Orgánica que en ese momento se discutía⁷¹⁶. Es un trabajo

⁷¹⁵ Comité de Bioética de España. *Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada*, 2014. Disponible en:

<http://www.comitedebioetica.es/documentacion/docs/Informe%20Anteproyecto%20LO%20Proteccion%20Concebido.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷¹⁶ Me remito a lo ya expuesto en relación con el planteamiento y cambios de este proyecto de reforma de la Ley orgánica 2/2010 en el punto 5.1.2. del presente trabajo doctoral.

contrario, en esencia, al Informe de objeción de conciencia en sanidad de 2011. En el Informe de 2014, firmado por nueve de los doce integrantes del Comité, se apoya el *Anteproyecto del concebido no nacido*⁷¹⁷. Entre otras cosas, denuncia que la regulación estatal no cumplía adecuadamente con la obligación del Estado de velar por la vida del *nasciturus*, en cuanto no se había desarrollado una política adecuada para alcanzar el objetivo declarado de disminuir el número de abortos, e insiste en la necesidad de establecer un sistema legal para la defensa de la vida y reforzar el apoyo de la maternidad mediante políticas públicas que ayuden a las gestantes, para que éstas no adopten la decisión de interrumpir su embarazo.

En cuanto a la objeción de conciencia, el CBE considera que es urgente regular expresamente su ejercicio. Se aclara el alcance subjetivo de la objeción de conciencia, que no debe estar limitado sólo a los profesionales que ejecutan la intervención quirúrgica del aborto, sino que debe incluir a otros, que estén de alguna manera implicados en la IVE, como quien realiza una función informativa. Por tanto, los profesionales “directamente implicados” se redefinen, y ahora son todos aquellos que tienen una conexión orgánica y funcional con el servicio en el que el aborto se realiza. Además, recuerda el Informe que “los jueces han dejado claro que la Administración Pública carece de competencia para restringir el ejercicio de la objeción de conciencia”⁷¹⁸.

Otra de las modificaciones sobre las que se pronuncia el CBE versa sobre el procedimiento para manifestar la condición de objetor, que es considerada demasiado reduccionista. El procedimiento de declaración supone, según el CBE, una restricción doble, de temporalidad y de forma. El Comité critica el poco tiempo disponible –una semana– para informar al centro de la condición de objetor, y la posibilidad de cambiar de objetor a no objetor, pero no la posibilidad de hacerlo *a sensu contrario* (lo que conocemos como objeción de conciencia sobrevenida). Para el CBE, el procedimiento es totalmente equívoco pues se exige que el profesional sanitario ejerza primero su profesión y decida después sobre algo tan importante como la objeción de conciencia para no realizar su trabajo que, a su vez, es su obligación.

Para entender el porqué de esta postergación en la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, cabe traer a colación la reflexión que hizo en

⁷¹⁷ España. Ministerio de Justicia. *Anteproyecto del concebido no nacido y la mujer embarazada*. Véase el comentario de CASADO GONZÁLEZ, María. «Contra la llamada “propuesta Gallardón” para cambiar la regulación del aborto en España». *Revista de Bioética y Derecho*, 2014, núm. 32, pp. 4-19.

⁷¹⁸ Comité de Bioética de España. *Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada*, ob. cit., p. 32.

su día la Magistrada Adela Asúa⁷¹⁹. En su voto particular, la Magistrada describe de manera apropiada cuál es la situación del Estado español frente a la cuestión, porque esta regulación no avanza, y de forma comedida augura qué puede pasar en el ámbito sanitario si esta situación no se estimula hacia la normativización.

La objeción de conciencia en el ámbito de salud español se ha estancado, en mi opinión, en una premisa errónea, pues se hace un uso desmedido de una afirmación *ober dicta* de la STC 53/1985, que reconoció el derecho de los profesionales a la objeción de conciencia al aborto (FJ 14). Si bien es cierto que la objeción de conciencia forma parte del contenido del derecho fundamental de la libertad ideológica del art. 16.1. CE, no lo es que el alcance que le brinda este precepto dé lugar a relativizar los mandatos constitucionales y deberes legales que garantizan el ejercicio de los derechos fundamentales de otras personas⁷²⁰. La utilización del art.16 CE como blasón del ejercicio de la objeción se alinea, como argumento defensivo, con lo enunciado en el art.10.2. CDFUE⁷²¹ que reconoce el derecho a la objeción de conciencia. Ahora bien, como este precepto se remite a las leyes nacionales que regulen su ejercicio, la UE busca una regulación legal, y no parece que un mero artículo, ya sea de la Constitución o de la Ley Orgánica que regula la IVE, sea suficiente para sostener la estructura legal que una figura como la objeción de conciencia, en el ámbito de salud, necesita.

El CBE ha contribuido al “drástico *overruling*”⁷²² de la doctrina constitucional que denuncia Asúa, y ahora, a mi entender, corresponde al mismo CBE proponer un nuevo escenario en el que se potencie una previsión legal para el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria. Si bien es cierto que el CBE no tiene potestad punible, sí puede

⁷¹⁹ Voto particular que formula la Magistrada Doña Adela Asua Batarrita a la Sentencia dictada en el recurso de amparo avocado por el Pleno núm. 412-2012, Madrid, 25 de junio de 2015, pp.1-13.

⁷²⁰ *Ibidem*, p. 1.

⁷²¹ En este artículo, como bien analicé en otros capítulos en el cuerpo de este trabajo doctoral, la UE persigue que las leyes nacionales sean quienes se ocupen del desdoblamiento del instrumento jurídico a nivel de EM. El problema de la objeción de conciencia en particular no es otro que el habitual. En los artículos destinados a la interpretación de la Carta (art. 57. 2CDFUE), la objeción de conciencia es el único derecho para el que no se especifica su fuente adicional de reconocimiento: el camino a seguir por parte de los profesionales es el único consuelo de acogerse al reenvío de la UE hacia las leyes nacionales que regulen la cuestión. Asúa interpreta este *silencio* en su voto particular (*ob. cit.*, p.4) cómo una inexistencia de «tradición constitucional común» a la que la UE pudiese acudir sin más, y la necesidad de que haya un reconocimiento para con la objeción de conciencia frente al ejercicio de los profesionales ante los derechos de los ciudadanos. Apoyo nuevamente la conclusión de Asúa, con la que cierra el análisis de la CDFUE: «Fuera de la Constitución y la Ley, ningún ciudadano puede elevar su conciencia a norma suprema y objetar cuándo y como le dé la gana».

⁷²² El *overruling* es una vía por la que el Tribunal Constitucional español modifica su propia doctrina y, a su vez, se encarga de valorar los problemas jurisprudenciales que estos cambios doctrinales suponen. Para más detalles, véase SEGADO, Francisco F. «Los *overruling* de la jurisprudencia constitucional», *FORO: Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales*, Nueva Época, núm. 3, 2006, pp. 27-92. Sobre los cambios jurisprudenciales con relación a la objeción de conciencia véase BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis. «La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: últimas aportaciones judiciales», *Revista Arzadi Doctrinal*, núm. 11, 2013, pp. 63-75; DOMINGO GUTIÉRREZ, María, «La evolución de conciencia al aborto. Evolución jurisprudencial», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 23, 2010, pp. 7-19.

denunciar las insuficiencias del sistema de salud español frente al ejercicio de la objeción de conciencia. El objetivo del CBE en esta tesitura sería la delación de la actuación de profesionales, centros y Administraciones públicas en general, hasta que finalmente se utilicen las vías adecuadas motivadas por la voluntad profesional del ejercer su excepcional derecho de ejercer la objeción de conciencia (entendido derecho como sinónimo de posibilidad entre otras). La objeción de conciencia motivada por la desobediencia unilateral de una norma –adoptada por la Administración competente de conformidad con la legislación básica estatal– no es una actitud justa, y reconocerlo es el siguiente paso para avanzar en esta cuestión. Atrás queda la discriminación de los profesionales objetores, o la manifestación de que deben respetarse sus argumentos para fomentar la equidad; debe estandarizarse la situación, y promover el uso de un modelo único para todo/as y a todos los niveles.

8.1.3. Italia. Comisión Nacional para la Bioética (1990): “Objeción de conciencia y bioética (2012)”.

El Comité Nacional de Bioética italiano, llamado Comisión Nacional para la Bioética (CNB), fue instituido por un Decreto del presidente del Consejo de Ministros en 1990. El CNB se constituyó bajo tres objetivos fundacionales: informar con amplitud de miras de lo que sucede en la investigación y experimentación en el campo de las ciencias biomédicas; formular pareceres e indicar soluciones sobre las cuestiones ético-jurídicas derivadas de los progresos científicos y de sus aplicaciones clínicas; y explorar soluciones a los problemas de control y seguridad frente a las aplicaciones médicas de las nuevas tecnologías biológicas⁷²³.

La CNB italiana realiza informes no vinculantes, aunque lo que parece distinguir a esta CBN es la producción de una importante serie de informes en las que se contienen extensos estudios de cuestiones de actualidad, así como sus consiguientes dictámenes y recomendaciones al respecto. De dichos informes, en estas monografías destacan las declaraciones suplementarias, las *postilles* (entendidas como votos particulares contrarios) y los votos reservados, que muchos informes contienen a causa del pluralismo ideológico de los integrantes de la Comisión, y consecuencia de arduos debates en temas

⁷²³ Desde el inicio, la CNB italiana se propuso alcanzar estos objetivos. Muestra de ello es su primer informe público: Comitato nazionale per la bioética. *Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica, 1990*, en fechas comprendidas entre el 13 julio 1990-18 julio 1992. Roma: Presidenza del Consiglio de Ministri. Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria.

controvertidos⁷²⁴. Uno de estos temas comprometidos es sin lugar a dudas, es la objeción de conciencia. En Italia, como ya he expuesto con anterioridad en el análisis de la cuestión a nivel nacional de este trabajo, en la comparativa entre el Estado español e italiano, el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario se relaciona, de forma inevitable y a causa de la confesionalidad del Estado Italiano, a dos temas anidados en la reproducción humana: la IVE y las THRA. Es preciso incidir, nuevamente, en una serie de características en cada una de las situaciones médicas anteriores para entender la evolución de la objeción de conciencia en la CNB de Italia hasta convertirse en una cuestión de reconocida envergadura, necesitada de un estudio individual de la cuestión.

En la Ley que despenaliza el aborto en Italia, Ley 22 de mayo de 1978 núm. 194 sobre normas para la tutela social de la maternidad y sobre la interrupción voluntaria del embarazo⁷²⁵, en su art. 9 expone:

“El personal sanitario y el que ejerce las actividades auxiliares no está obligado a participar en los procedimientos previstos en los arts. 5 y 7 y en las intervenciones para la interrupción voluntaria del embarazo cuando plantee objeción de conciencia, previamente declarada. La declaración del objetor debe ser comunicada al médico provincial y, en el caso del personal empleado del hospital o clínica, también al director sanitario, antes de un mes después de la entrada en vigor de la presente ley o de la obtención de la habilitación o de la asunción del puesto en un ente obligado a proporcionar prestaciones dirigidas a la interrupción del embarazo, o de la estipulación de un convenio con entes asistenciales que comporte a la ejecución de tales prestaciones. La objeción puede siempre ser revocada o venir planteada también fuera de los términos previstos en el párrafo anterior, pero en tal caso la declaración produce efecto después de un mes de su presentación al médico provincial”.

Por tanto, la Ley, permite al profesional objetar siempre que se declare como objetor de conciencia⁷²⁶. El profesional objetor de conciencia está obligado a registrarse como objetor de conciencia demostrando su conducta. El registro, así como su declaración, debe realizarse por voluntad propia, siguiendo la normativa sin intervención de un tercero. De ese modo los datos, del objetor, se convertirán en anónimos (si un tercero realizase la acción por

⁷²⁴ Entre sus publicaciones, entendidos como informes, del CNB italiano ha alcanzado más de un centenar de pronunciamientos publicados. Entre ellos, algunos de los más controvertidos son: terapia génica, diagnóstico prenatal y experimentación con fármacos, asistencia a los pacientes terminales, donación de órganos para trasplante, información y consentimiento al acto médico... etc.

⁷²⁵ Ley en su original *italiano*: Legge 22 maggio 1978, núm. 194. Norme per la tutela sociale della maternita' e sull'interruzione volontaria della gravidanza, *Gazzetta Ufficiale*, núm. 140, de 22 de mayo de 1978.

⁷²⁶ IVONE, Vitulia. «Justicia reproductiva: La interrupción del embarazo y la objeción de conciencia en Italia», *Ius et Scientia*, vol. 3, núm. 1, 2017, pp. 136-149.

el profesional, este último perdería su anonimato)⁷²⁷. Desde 1978, estos datos son recabados y se publican en un Informe realizado por el Ministerio de Salud, accesible a través de su página web⁷²⁸. Entre los datos publicados constan el número anual de abortos, y el número de objetores de conciencia, clasificados por sectores profesionales. Estos datos se sitúan en un mapa regional, que también se publica, para concienciar sobre la incidencia de la prestación sanitaria y el ejercicio de la objeción de conciencia en el país.

En cuanto a la reproducción asistida, la Ley de 19 de febrero de 2004 núm. 40, de normas de procreación médicamente asistida⁷²⁹, incluye la objeción de conciencia de una manera mucho más simplificada que en la Ley sobre la IVE⁷³⁰, de modo que recuerda levemente a la regulación española en su Ley Orgánica 2/2010.

Lo significativo no es tanto su inclusión en la regulación de las TRHA, si no la inexistencia de casos de ejercicio de la objeción de conciencia, según demuestran los informes anuales sobre la aplicación de la ley⁷³¹. Pese a lo anterior, existen casos jurisprudenciales sobre objeción de conciencia y técnicas de reproducción asistida⁷³².

⁷²⁷ Hasta la fecha no se ha incluido un apartado en el informe del Ministerio de la Salud anual sobre el aborto -del cual se habla a continuación- en el que se incluyan datos no anónimos. Se puede afirmar que estos datos, de haberlos, no han llegado a un nivel de divulgación tal que los convirtiese en accesibles a la población.

⁷²⁸ El último informe publicado es, en su original *italiano*: Ministero della salute. *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, 2016. Realizado en Roma el 7 de diciembre de 2016, pp. 44-61. Disponible en: <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2552_allegato.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷²⁹ Sobre la legislación y la jurisprudencia del TEDH recomendando encarecidamente, al respecto, a los autores: PENASA, Simone. «La frágil rigidez de la ley italiana de reproducción asistida contra la rígida flexibilidad del modelo español: contenido vs. procedimiento», *Revista de bioética y derecho*, núm. 18, 2010, pp. 17-25; LAMM, Eleonora. *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*, Barcelona: Universitat de Barcelona, 2012, p. 71. Sobre todo, a nivel de regulación italiana, pp. 71-73. *Vid.* Legge 19 febbraio 2004, núm. 40 - Norme in materia di procreazione medicalmente assistita, *gazzetta ufficiale*, núm.45, de 24 de febrero de 2004.

⁷³⁰ Acerca de la situación ante las técnicas de Reproducción Asistida, recomendando la siguiente crónica dónde se plasma una pequeña parte de la realidad ante estas técnicas y los habitantes del Estado italiano, "Los niños italianos no vienen de París, sino de España", *EL Mundo*, de 16 de diciembre de 2015. Disponible en: <<http://www.elmundo.es/salud/2015/12/16/56706841268e3e62368b46d6.html>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷³¹ El último informe publicado: Ministero della salute. *Relazione del ministro della salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004, núm. 40, articolo 15) - Attività anno 2014 centri procreazione medicalmente assistita - Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2015*. Realizado en Roma el 30 de junio de 2016. Disponible en: <http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2511_allegato.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷³² Si bien se ha anunciado que la casuística de objeción de conciencia ante las THRA es inexistente en el Estado italiano, sí que existe jurisprudencia sobre objeción de conciencia y reproducción asistida. Por ejemplo, sentencias del Tribunal Constitucional Italiano dónde se expone la objeción de conciencia ante la donación de gametos (por parte de un profesional de salud al que requieren para llevar a cabo dicha prestación). TURONE, Fabio. «Italian court upholds couple's demand for preimplantation genetic diagnosis». *BMJ: British Medical Journal*, , vol. 7622, núm. 335, 2007, p. 687; CHAVKIN, Wendy; LEITMAN, Liddy; POLIN, Kate. «Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses», *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 123, 2013, pp. 56-58; TORROJA MATEU, Helena. «¿Un derecho de propiedad sobre los embriones in vitro? ¿Un derecho a decidir su donación a la ciencia? Un controvertido debate TEDH Parrillo c. Italia», *Revista General de Derecho Europeo*,

Antes de la promulgación de la Ley 194/178 relativa al aborto, no se exponen las características que configuran la permisibilidad y aceptación del ejercicio de la objeción de conciencia a nivel sanitario. El art. 9 de la ley citada permite la objeción de conciencia, tanto del personal sanitario como del personal auxiliar, con un límite claro: la actuación inexorable en caso de peligro inminente para la vida de la madre. En este caso, no es aplicable la objeción de conciencia, y se antepone la vida de la gestante a la del *nasciturus*.

El precepto también destaca que

“la objeción de conciencia se entiende revocada con efecto inmediato si la persona objetora participa en los procedimientos o intervenciones para la interrupción del embarazo de esta Ley, fuera de los casos mencionados en el párrafo anterior”⁷³³.

Así se garantiza la coherencia en la actividad profesional, e impide que un médico que presta sus servicios en la sanidad pública objete a practicar abortos legales y los practique en su consulta privada.

Se reconoce la objeción de conciencia como tal, incluyendo la sobrevenida o parcial, sin embargo, ninguna de ellas se desarrolla en ninguno de los instrumentos normativos. Aunque a nivel jurisprudencial se matiza que “se permite su adopción”, refiriéndose a la objeción (p.ej. existen sentencias en las que “se admite la objeción de conciencia ante la donación de gametos”)⁷³⁴.

La CNB italiana ya había emitido diversos informes, publicados con anterioridad al informe exclusivo sobre objeción de conciencia, en los que se defendía el ejercicio de la objeción de conciencia tanto en el campo de la práctica sanitaria como de la experimentación científica. En estos informes, considerados como antecedentes del informe dedicado exclusivamente a la objeción de conciencia, simplemente se hace una

núm. 39, 2016, pp. 1-24. Relacionado con los artículos académicos anteriores, y la situación de Italia ante las técnicas de Reproducción Asistida, recomiendo la siguiente crónica dónde se plasma una pequeña parte de la realidad ante estas técnicas y los habitantes del Estado italiano, “Los niños italianos no vienen de París, sino de España”, *EL Mundo*, de 16 de diciembre de 2015. Disponible en: <<http://www.elmundo.es/salud/2015/12/16/56706841268e3e62368b46d6.html>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷³³ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Obiezione di coscienza e bioética*, de 12 de julio de 2012, pp.15-16 (La traducción es propia).

⁷³⁴ Véase la jurisprudencia del Tribunal Constitucional Italiano: Corte cost., ord. 25 ottobre 2006, n. 369, in Giur. cost., 2006, pp. 3831 ss., con notas de la autora TRIPODINA, Chiara. «Decisioni giurisprudenziali e decisioni politiche nell'interpretazione del diritto alla vita (riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte costituzionale)». 2006, núm. 369, pp. 3849 ss. El profesor FLAMIGNI, Carlo, hace una *apostille* al documento publicado por el CNB sobre la donación de gametos del cual recomiendo su lectura para posicionarse sobre el tema. Este análisis se titula «Il problema della trasparenza nelle donazioni di gameti. Documento di dissenso al parere del CNB, Dicembre 2015», accesible mediante la página web personal del Doctor: <<http://www.carloflamigni.com/scripta/la-trasparenza-nella-donazione-di-gameti.html>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

simple mención genérica a la objeción de conciencia⁷³⁵. Entre ellos, cabe destacar el primer Informe de la CNB que destaca la objeción de conciencia como tema principal del mismo, Métodos alternativos, Comités de ética y objeción de conciencia a la experimentación animal, de 18 de diciembre de 2009. Y el cual expone por primera vez el formato de la declaración del objetor, y la obligatoriedad de facilitar los medios, para ejercer la objeción de conciencia, por parte de las estructuras (en este caso facultades):

“Todas las estructuras públicas y privadas con derecho a realizar los ensayos con animales están obligados a dar a conocer a todos los trabajadores y los estudiantes su derecho a ejercer la objeción de conciencia a la experimentación animal. Las propias estructuras también tienen la obligación de preparar un formulario para la declaración de objeción de conciencia a la experimentación con animales una disposición de esta ley”⁷³⁶.

Y también, cabe destacar, del último Informe de la CNB que trata sobre objeción, “Reflexiones bioéticas sobre el suicidio médicamente asistido” de 18 de julio de 2019⁷³⁷, el que trataré más adelante por ser posterior en el tiempo, y porque incluye una *postille* del Prof. Maurizio Mori, que reprueba la consideración de derecho fundamental, de la objeción de conciencia, del Informe de la CNB de 2012, que analizo a continuación.

El 12 de julio de 2012 la CNB italiana decide publicar un informe para clarificar la situación jurídica de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario en Italia, pues con la regulación de la cuestión actual, parece no ser suficiente. Bajo el título Objeción de conciencia y Bioética, la presidencia del Consejo de Ministros (integrantes de este CNB) se desmarca de otros Comités de Bioética⁷³⁸, da lugar a interpretar la equiparación de “el

⁷³⁵ Como mirada histórica sobre la evaluación de la objeción de conciencia en Italia, *vid.* los informes del CNB: Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana, di 14 luglio 1995; Le vaccinazioni, di 22 settembre 1995; Identità e statuto dell'embrione umano, di 22 giugno 1996; Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi, di 8 luglio 1997; Dichiarazioni anticipate di trattamento, di 18 dicembre 2003; Nota sulla contraccezione d'emergenza, di 28 maggio 2004; Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico, di 24 ottobre 2008. Con una mención propia, sobre objeción de conciencia, *Vid.* Metodologie alternative, comitati etici e l'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale, di 18 dicembre 2009; Nota in merito all'obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di prodotti contraccettivi di emergenza, di 25 febbraio 2011; En merito ad alcuni problemi bioetici sollevati dalla legge 6 agosto 2013, núm. 96, art. 13 “Criteri di delega al Governo per il recepimento della direttiva 2010/63/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 settembre 2010” Risposta al quesito posto al Comitato Nazionale per la Bioetica dalla Senatrice prof. Elena Cattaneo, di 24 gennaio 2014; Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, di 18 luglio de 2019. Todos ellos disponibles en la web del ministerio de Salud italiano, sección de la CNB: <<http://presidenza.governo.it/bioetica>> (Última consulta el 29 diciembre de 2020).

⁷³⁶ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. Metodologie alternative, comitati etici e l'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale, *ob. cit.*, p.18.

⁷³⁷ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, *ob. cit.*

⁷³⁸ Y esta inclusión es una maniobra de lo más inteligente, consecuencia de la distribución de competencias en el sistema italiano. No existen leyes orgánicas. Las leyes constitucionales son las que tienen la posibilidad de derogar la constitución; y las leyes ordinarias están al mismo nivel que las leyes constitucionales y regionales. Las competencias se dividen en: Estatales, regionales y compartidas. La salud es una competencia compartida: el Estado es competente ante los principios generales, mientras que las regiones tienen potestad sobre la organización sanitaria y el desarrollo de la ley nacional. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale

ejercicio de la objeción de conciencia en bioética como un derecho fundamental constitucionalmente fundado⁷³⁹. La CNB, como bien expone en la *postille* el Prof. Carlo Flamighi (en 2012), y posteriormente el Prof. Maurizio Mori (2019), no impulsa el cambio legislativo acerca de la cuestión, dado que se excede en la valoración de la objeción de conciencia. No trata la cuestión únicamente desde el prisma bioético, sino que resitúa la cuestión en el contexto legal de la objeción de conciencia en el país. Lo que, para algunos, como los anteriores profesores, va más allá de las competencias de la CNB.

En el Informe, de 2012, subraya que la objeción de conciencia está reconocida en el Estado, y, por ende –si estas ya forman parte del panorama legislativo actual– debe considerarse instaurada en el ejercicio de la labor sanitaria.

Cabe destacar de este Informe no sus conclusiones o recomendaciones, sino dos remisiones que hace el texto⁷⁴⁰. En primer lugar, hace una remisión al CBE de España, aludiendo a que el panorama regulador internacional actual propicia una mala interpretación de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario. Dado que es un tema delicado, la individualización de una regla abstracta e universalmente aplicable no puede ampliar excesivamente el número de sujetos ejercientes, ni reducirlo de modo discriminatorio. Por ello, al igual que el CBE, la CNB considera oportuno que sean las estructuras jurídicas internacionales y/o unas asociaciones profesionales las que definan concretamente las personas que tienen derecho a ejercer la objeción de conciencia y en qué situaciones.

En segundo lugar, reitera un pronunciamiento anterior de la CNB⁷⁴¹: la necesidad de modificar la ley general (refiriéndose a la creación de una ley específica sobre la cuestión, que dé paso a modificar la Constitución) o un apartado en las leyes de supuestos específicos, en los que la objeción de conciencia tenga lugar, que permita unas medidas adecuadas en caso de la no realización del servicio (a causa de la objeción), así como la predicción de órganos responsables para la ejecución de la misma y sanciones en caso de incumplimiento.

Las recomendaciones finales carecen, a mi entender, de originalidad. La CNB italiana sigue los pasos de otros Comités de Bioética, en el sentido de que reconoce la importancia de la objeción de conciencia en el marco sanitario, y dedica un documento exclusivo a esta cuestión, pero no aporta novedades valiosas —entendidas como la

per la Bioetica (2012), *ob. cit.*, accesible en web en su original *italiano*: http://presidenza.governo.it/bioetica/pdf/Obiezione_coscienza.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷³⁹ *Ibidem*, p. 17. Traducción propia.

⁷⁴⁰ *Ibidem*.

⁷⁴¹ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Nota in merito alla obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di contraccettivi d'emergenza*, *ob. cit.*, p. 11.

caracterización de la figura de la objeción para exigir una mejor regulación posterior—, lo que a mi parecer es una oportunidad desperdiciada. Hasta el 11 de abril de 2016, este informe —acerca de la objeción de conciencia y Bioética—fue suficiente para crear una esfera de concordia entre los prestadores del servicio sanitarios, los objetores y los usuarios de los servicios de salud. Los objetores de conciencia convivían en un territorio hostil con los ejercientes, pero sin grandes altercados. En la fecha señalada, el Consejo de Europa confirmó una realidad silenciada, y denunciada de forma sutil con anterioridad (en estudios sobre el aborto) pero no evidenciada de forma directa: las dificultades de las gestantes para acceder al aborto en los casos legales⁷⁴².

En 2013 el Comité Europeo de los Derechos Sociales (en adelante CEDS) del Consejo de Europa publicó su resolución en el asunto *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) contra Italia*, Queja núm. 91/2013⁷⁴³, donde afirmaba que “las mujeres en Italia tienen dificultades sustanciales para acceder a los servicios de interrupción voluntaria del embarazo, principalmente debido al gran número de casos de objeción de conciencia entre los médicos”. Confirma esta afirmación aportando unos datos de lo más concluyentes: hace 38 años que se acepta el ejercicio de la objeción de conciencia mediante la Ley 194/1978 (regulación de la IVE en Italia), y desde entonces un número increíblemente elevado de objetores se han acogido a tal condición. Las cifras son impactantes: según datos publicados en 2015 por el Ministerio de Sanidad italiano (actualizado en 2016), el porcentaje promedio de ginecólogos objetores en la salud pública italiana es del 70%. Y son aún más impactantes los porcentajes en el sur de Italia, con una tasa de objeción a la IVE del 93,3% y del 90,2% respectivamente en las regiones de Molise y Basilicata⁷⁴⁴.

El problema no es sólo el de la violación del derecho a la salud de las mujeres; también constan pruebas de la existencia de varios episodios de discriminación en el ámbito laboral del personal sanitario no objetor⁷⁴⁵. Existe una distinción, más allá de la convicción moral entre el médico objetor y el no objetor, que implica una consecuencia agravada para

⁷⁴² FASANO, Stefano. “Aborto en Italia: Derecho frente a la objeción de conciencia”, *CafeBabel español*, de 16 de abril de 2016. Disponible en: <<http://www.cafebabel.es/sociedad/articulo/aborto-en-italia-derecho-frente-a-objecion-de-conciencia.html>>. Siguiendo este camino, hacia la denuncia de la situación frente a la voluntad de IVE por parte de las gestantes en territorio italiano, pueden consultarse las noticias más recientes como: EFE (Heraldo-Roma). «Niegan el aborto a una mujer en veintitrés hospitales de Italia» [en línea]. Dado el 1 de marzo de 2017. Disponible en: <<http://www.heraldo.es/noticias/sociedad/2017/03/01/niegan-aborto-una-mujer-veintitres-hospitales-italia-1162064-310.html>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁴³ *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) contra Italy*, Consejo de Europa. Comité Europeo de derechos sociales, de 14 de abril de 2016.

⁷⁴⁴ Ministero della salute. *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, ob. cit., p. 27; para consultar los gráficos con los datos que se denuncian en el *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) contra Italy*, Consejo de Europa. Comité Europeo de derechos sociales, ob. cit., pp. 48, 53 y 55.

⁷⁴⁵ Prueba de ello, “Polémica en Italia por la contratación de médicos no objetores al aborto”, *La Vanguardia*, de 23 de febrero de 2017. Disponible en: <<http://www.lavanguardia.com/vida/20170223/42250891997/polemica-en-italia-por-la-contratacion-de-medicos-no-objetores-al-aborto.html>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

los no objetores, pues estos últimos dedican gran parte de su actividad profesional a suplir las bajas de los profesionales objetores. Además, hay una percepción que resulta muy preocupante, que da lugar a una división en la profesión de manera grotesca: los ginecólogos de la muerte y los doctores de “la vida”⁷⁴⁶.

Aunque la situación anterior es la mayoritaria, cada vez más comités de bioética regionales de la península italiana optan por la solicitud de no ejercer la objeción de conciencia, es decir, reconocen la existencia de la objeción de conciencia ante determinadas prácticas, pero abogan por el ejercicio de la profesión libre de objeciones. Por tanto, el panorama italiano actual se divide en: de una parte, está el reconocimiento a la objeción de conciencia por encima de todo (situación denunciada por el CEDS ante el aborto), y por otra, la perspectiva “el buen doctor es el que no objeta”⁷⁴⁷. Ambos extremos son igual de perjudiciales, pero hay una diferencia categórica entre ambos polos; mientras que el grupo favorable a la objeción, capitaneado por el Ministro de salud Lorenzin, niega la realidad⁷⁴⁸ y sigue con la misma sistemática⁷⁴⁹— visión extremista pro-objeción, dónde la objeción de conciencia debe ejercerse siempre ante determinados supuestos, como p.ej. IVE o suicidio asistido—, el conglomerado de no objetores busca soluciones para paliar estas carencias en el sistema de salud.

Entre las posibles soluciones, se plantea la posibilidad de convocar plazas de médico por concursos *ad hoc*, reservados a los no objetores. Hoy en día objetar es demasiado simple: basta con una comunicación escrita al jefe de sección, sin preaviso y con efecto bastante “inmediato” (recordemos que la ley, da el plazo de un mes para que la declaración de objeción entre en vigor)⁷⁵⁰. Pero tiene un gran inconveniente, tal y como denuncia el Dr.

⁷⁴⁶ Llegando incluso a plantear la jubilación o el simple retiro de la profesión de los médicos no objetores de Italia, relata la Dra. Silvana Agatone en “On Paper, Italy Allows Abortions, but Few Doctors Will Perform Them”, *New York Times*, de 16 de enero de 2016. Disponible en: <<https://www.nytimes.com/2016/01/17/world/europe/on-paper-italy-allows-abortions-but-few-doctors-will-perform-them.html? r=2>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁴⁷ Campaña de la Asociación denominada «Consejo de Bioética-ONLUS», una prestigiosa ONG italiana pionera en la visión plural de la Bioética desde una perspectiva laica, donde los Derechos Humanos priman sobre las creencias de los profesionales. Su movilización ante la intervención de la objeción de conciencia se inicia en 2012 y aún sigue en marcha. Para saber más sobre la campaña, en su original *italiano*, «Il buon medico non obietta», o sobre «Consulta di Bioetica-Onlus», puede consultar: <http://www.consultadibioetica.org/obiezione_di_coscienza.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁴⁸ “Niegan el aborto a una mujer en 23 hospitales del norte de Italia”, *el Mundo*, de 1 de marzo de 2017. Disponible en: <<http://www.elmundo.es/sociedad/2017/03/01/58b727f846163f780f8b45a4.html>> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁴⁹ TURCO, Susana. “Aborto, l'Europa bacchetta l'Italia. Ma per la Lorenzin è tutto a posto”, *L'Espresso*, de 11 de abril de 2016. Disponible en: <http://espresso.repubblica.it/attualita/2016/04/11/news/aborto-l-europa-bacchetta-l-italia-ma-per-la-lorenzin-e-tutto-a-posto-1.258292?refresh_ce> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁵⁰ Declaraciones del Dr. Emilio Arisi recabadas en “Aborto en Italia : Derecho frente a la objeción de conciencia”, ob. cit. ; “Polémica en Italia por la contratación de médicos no objetores al aborto”, *La Vanguardia*, de 23 de febrero de 2017, enlace web: <http://www.lavanguardia.com/vida/20170223/42250891997/polemica-en-italia-por-la-contratacion-de-medicos-no-objetores-al-aborto.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020); “La región del Lacio busca médicos dispuestos a practicar abortos”, *El periódico*, de 25 de febrero de 2017, enlace:

Arisi⁷⁵¹

"un concurso de este tipo no es concebible con la normativa actual. Resultaría discriminatorio. Habría que modificar la normativa que regula las contrataciones en la salud pública, pero eso sólo lo puede hacer el Gobierno. Se pondría una mano en el corazón y una en la cartera (...)"⁷⁵².

Considero pertinente enunciar la necesidad de que se modifique la Ley 194/1978, para dar solución a la situación creada por el elevado número de objetores. Las abrumadoras cuotas de objeción únicamente permiten soluciones de extremos (como la convocatoria de un concurso ofertando plazas para no objetores). Es una solución que, en su caso, podría aplicarse en las regiones con el porcentaje de objeciones más elevado, para paliar la migración sanitaria hacia otras regiones y suplir las carencias expuestas en el informe del CEDS. Sin embargo, a nivel profesional no podrá silenciarse el estigma, que supone realizar IVE en Italia, con estas plazas consignadas para los no objetores.

Podría ser oportuno que la CNB italiana actualizara el informe sobre *Objeción de conciencia y Bioética*, para adaptarlo a la realidad existente, con unas recomendaciones que caractericen la objeción de conciencia de un modo más reducido. Con ello, se intentaría rebajar y controlar la tasa de objeción del país, declinando las objeciones en masa (debidas al culto imperante del país, de la región o del hospital) de las verdaderas objeciones de conciencia. Estas características sugeridas por la CNB pueden ayudar a pautar la gestión del ejercicio de la objeción de conciencia dentro de los organismos de salud (desde hospitales hasta clínicas especializadas), garantizando a los usuarios del sistema sanitario la recepción de la prestación, sin más inconveniente que la derivación dentro del mismo hospital. Si bien es cierto que estas ideas se sugieren de una manera muy sutil en el Informe vigente de la CNB (2012)⁷⁵³, hace falta una mención específica sobre la cuestión que rompa con la generalización de la cuestión actual, avanzando así ante las necesidades de la población.

Por último, cabe destacar, como referí anteriormente, el último informe de la CNB de 18 de julio de 2019, bajo el título "Reflexiones bioéticas sobre el suicidio asistido medicamente". Dicho informe emerge tras dos hechos relevantes y conectados entre sí: en

<http://www.elperiodico.com/es/noticias/sociedad/lazio-busca-medicos-dispuestos-practicar-abortos-5860708>

(Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁵¹ Doctor Emilio Arisi, ginecólogo y ex miembro del consejo directivo de SIGO (Sociedad Italiana de Ginecología y Obstetricia), ferviente defensor de la IVE. Para saber más sobre el Dr. Arisi puede consultar su página web: <http://www.docvadis.it/emilio.arisi/index.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁷⁵² Declaraciones del Dr. Emilio Arisi recabadas en "Aborto en Italia : Derecho frente a la objeción de conciencia", *ob. cit.*

⁷⁵³ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Comitato Nazionale per la Bioetica, Obiezione di coscienza e bioetica, *ob. cit.*, p.18.

primer lugar, el fallo del Tribunal de lo Penal de Milán con relación al *caso Marco Cappato*; en segundo lugar la Sentencia del Tribunal Constitucional y *la sospecha de ilegitimidad constitucional del art. 580 del código penal* (en adelante STC 242/2019)⁷⁵⁴; y en tercer lugar, y a raíz de lo anterior, la publicación de la Ordenanza núm. 207/2018 del Tribunal Constitucional⁷⁵⁵.

El antecedente a la STC 242/19, reside en el fallo del Tribunal Penal de Milán, basado en los siguientes hechos: el Tribunal de Milán procesa a Marco Cappato, ex eurodiputado y miembro del Partido Radical italiano, que ayudó a morir a Fabiano Antoniani, tetrapléjico y ciego tras un accidente de tráfico. Cappato acompañó hasta Suiza a Antoniani en 2017, donde en una clínica especializada, este último, terminó con su vida mediante suicidio asistido. El mismo Tribunal interpreta, en su resolución, que la Ley núm. 219/2017, de 22 de diciembre de 2017 con relación a normas sobre consentimiento informado y disposiciones anticipadas⁷⁵⁶, ampara que en determinados casos no se sancione la ayuda a morir. En concreto

"un paciente mantenido vivo mediante tratamientos de soporte vital y que sufra de una patología irreversible, fuente de sufrimiento físico y psicológico que considere intolerable, pero que sea totalmente capaz de tomar decisiones libres y conscientes"⁷⁵⁷.

Lo relevante de la anterior Sentencia, del Tribunal Penal de Milán, no fue solo la despenalización del suicidio asistido en determinados supuestos, sino que además instaba al Parlamento, bajo una fecha límite el 24 de septiembre de 2019, para que regulase la eutanasia y se finalizase la inacción de las instancias políticas sobre este asunto (Ordenanza núm.207 de 24 de octubre de 2018)⁷⁵⁸.

El TC asume la Sentencia del Tribunal Penal de Milán, decide en febrero de 2018 elevar la consulta sobre la constitucionalidad del artículo 580 del Código Penal italiano, que castiga con penas de cárcel de entre uno y doce años a "quien determine el suicidio o

⁷⁵⁴ *Sentencia 242/2019*, Tribunal Constitucional italiano, de 25 de septiembre de 2019.

⁷⁵⁵ Italia. Corte d'Assise de Milán, instrucción de 14 de febrero de 2018.

⁷⁵⁶ Italia. Legge 22 dicembre 2017, núm. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento,, *gazzetta ufficiale*, de 16 de enero de 2019.

⁷⁵⁷ Un caso similar al Caso Eluana Englaro (en 2009). Una mujer, que tras un accidente de tráfico en 1992, que llevaba 17 años en coma hasta que su familia logró que la justicia interrumpiese todo tipo de soporte vital. El 13 de noviembre de 2008, la Corte Suprema de Italia concedió al padre de Eluana el derecho a desconectarla de las máquinas que le permiten seguir con vida. Recomiendo, para saber más sobre esta cuestión: Corte de apelaciones de Milán, Primera sección civil, núm. 88/2008 disponible en https://www.ansa.it/documents/1233745663415_Sentenza%20Corte%20Appello%20Milano.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020. El buscador de la página oficial de la Corte Suprema de Casación (Italia) sólo recoge los casos de 2015 en adelante).

⁷⁵⁸ Instrucción núm. 207/2018, Tribunal Constitucional, de 24 de octubre de 2018. Disponible en https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/doc/recent_judgments/S_207_2018_EN.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

alimento el propósito de suicidio de otra persona”⁷⁵⁹. Los jueces constitucionales, en la STC 242/2019, publicada el 22 de noviembre de 2019, han afirmado que la prohibición absoluta de la asistencia al suicidio no se ajusta a la Constitución italiana. Por tanto, el suicidio asistido está permitido en el país, así como su acompañamiento. Para autores como Razzano⁷⁶⁰, Eusebi⁷⁶¹ y Tripodina⁷⁶², entre otros, critican la STC 242/2019, manifestando que se ha llegado a la conclusión, de que la asistencia al suicidio está permitida en la Constitución italiana, sin ninguna disposición constitucional que dirija en esta dirección. Dado que tanto la Constitución italiana, como el sistema legal en su conjunto, están informados del principio contrario, el de la protección a la vida, especialmente hacia los sujetos más frágiles, como los enfermos graves⁷⁶³. Al margen de lo anterior, el TC finalmente modifica, que no anula el art. 580 del Código Penal italiano, adecuándolo a los arts. 1 y 2 de la Ley núm. 219/2017, relativos a la obtención del consentimiento informado y a la denegación/interrupción de terapias:

" Facilitan la ejecución de la intención de suicidio, formada autónoma y libremente, de una persona mantenida con vida mediante tratamientos de soporte vital y que padece una patología irreversible, fuente de sufrimiento físico o psicológico que considera intolerable, pero plenamente capaz de tomar decisiones libres y conscientes, siempre que tales condiciones y métodos de ejecución hayan sido verificados por una estructura pública del servicio nacional de salud, previa consulta al comité de ética territorialmente competente".

El TC italiano precisa:

"la participación en una vía de cuidados paliativos debe ser un prerrequisito para la elección posterior de cualquier vía alternativa por parte del paciente”.

Asimismo, el TC italiano también manifiesta que "la participación en una vía de

⁷⁵⁹ El texto original actual del art. 580 del CP italiano es el que sigue: “Art. 580. Incitación al suicidio o ayuda.

Todo aquel que provoque el suicidio de otro o refuerce la intención de suicidio de otro, o que de alguna manera facilite su ejecución, es sancionado, si se suicida, con pena privativa de libertad de cinco a doce años. Si el suicidio no se produce, se sanciona con pena de prisión de uno a cinco años siempre que el intento de suicidio resulte en una lesión personal grave o muy grave.

Las penas se incrementan si la persona instigada, excitada o ayudada se encuentra en alguna de las condiciones señaladas en los números 1 y 2 del artículo anterior. No obstante, si la persona mencionada es menor de catorce años o en cualquier caso carece de capacidad para comprender o querer, se aplicarán las disposiciones relativas al asesinato”. *Traducción propia*.

⁷⁶⁰ RAZZANO, Giovanna. «La sentencia no. 242/2019 del Tribunal Constitucional italiano sobre el suicidio asistido y consideraciones sobre la dignidad humana y el principio de autonomía a la luz de la pandemia del coronavirus», *Ita Ius Esto. Revista de estudiantes*, Decimoquinta edición, 2020, pp. 119-131.

⁷⁶¹ EUSEBI, Luciano. «Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a Corte cost. (ord.) n. 207/2018», *Rivista Italiana di medicina legale e del Diritto in campo sanitario*, vol. 4, núm. 40, 2018, pp. 1313-1322.

⁷⁶² TRIPODINA, Chiara. «Diritti alla fine della vita e costituzione», *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, vol. 18, Núm. 2S, 2019, pp. 405-418.

⁷⁶³ RAZZANO, Giovanna. «La sentencia no. 242/2019 del Tribunal Constitucional italiano sobre el suicidio asistido y consideraciones sobre la dignidad humana y el principio de autonomía a la luz de la pandemia del coronavirus», *ob. cit.*, p.120.

cuidados paliativos⁷⁶⁴ debe ser un prerrequisito para la elección posterior de cualquier vía alternativa por parte del paciente" y que, para los hechos que preceden a la propia Sentencia Capatto, se requieren métodos y garantías equivalentes.

En medio de toda esta tesitura, el 18 de julio de 2019, la CNB publica el Informe "Reflexiones bioéticas sobre el suicidio médicamente asistido". La CNB utiliza el presente Informe como instrumento de soporte, para incidir, en la necesidad de un nuevo pronunciamiento del Parlamento acerca de la eutanasia. Y conviene destacar su posicionamiento acerca del ejercicio de la objeción de conciencia frente a la prestación, de suicidio asistido. La CNB supera el debate, considera el suicidio médico asistido una realidad, y por ello, es necesario reconocer la objeción de conciencia es un derecho ejercitable por parte de los profesionales en referencia a actividades específicas y necesariamente dirigidas al suicidio asistido⁷⁶⁵. La CNB alude que "la ayuda para el suicidio médico sólo puede obtenerse en casos de concordancia entre la voluntad del paciente, que pide ayuda para poner fin a su propia vida, y la voluntad del médico dispuesto a cumplir con la solicitud del paciente⁷⁶⁶". Dicho Informe, realiza una diferencia muy importante: a suspensión de los apoyos vitales (o LET) en ningún caso podrá considerarse eutanasia, y, por tanto, la objeción de conciencia jamás podrá ejercitarse⁷⁶⁷.

8.1.4. Bélgica. Comité Consultivo de Bioética de Bélgica (1993) y sus *Opiniones* relativas a la cláusula de conciencia.

Bélgica constituyó su Comité Consultivo de Bioética (CCB) tras diez años de negociaciones para su desarrollo. El CCB fue creado por un Acuerdo de Cooperación de 15 de enero de 1993 firmado por el Estado Federal, las Comunidades - francesa, flamenca y alemana- así como la Comisión de la Comunidad Común⁷⁶⁸. El Comité es el organismo

⁷⁶⁴ Capatto, finalmente, es absuelto por el Tribunal de Apelación de Milán, sentencia 30 de enero de 2020 (audiencia del 23 de diciembre de 2019). Dado que su comportamiento se enmarcaría dentro de las conductas no sancionables reflejadas en la STC 242/2019.

⁷⁶⁵ Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, ob. cit., Tal y como muestra en su p. 8: "Con la esperanza de que el legislador legalice, en algunos detalles caso en cuestión, suicidio médicamente asistido, estos miembros del Comité, al tiempo que recomienda que esta práctica se asegure al sujeto en las estructuras del Sistema Sanitario o en todo caso con cargo al mismo, creo que conviene reconocida por la ley a los médicos y otros profesionales de la salud la objeción de conciencia con referencia a actividades específicas y necesariamente dirigidas asistencia suicida

⁷⁶⁶ Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, ob. cit., p.17.

⁷⁶⁷ Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, ob. cit., p.31.

⁷⁶⁸ Bélgica. Accord de Cooperation portant création d'un Comité consultatif de bioéthique, conclu à Bruxelles le 15 janvier 1993 entre l'Etat, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone et la Commission communautaire commune, *Boletín Oficial de Bélgica*, núm. 1993021104, de 12 de mayo de 1993.

consultivo oficial belga en bioética, independiente de las autoridades que lo crearon⁷⁶⁹. Se constituye como Comité de ámbito nacional y su composición es muy compleja, pues sus miembros los nombra la Corona tras la propuesta de una serie de instancias académicas, políticas y jurídicas.

Actualmente, su función se limita a ejercer de consultor a instancia de parte, respondiendo a las consultas sobre los problemas biológicos y médicos que vayan dirigidas al Parlamento nacional, Gobierno Central, Gobiernos regionales o instituciones científicas, académicas (universidades) o centros hospitalarios. Estas consultas deben resolverse en un plazo máximo de seis meses.

Los informes emitidos por el CCB belga pueden adoptar dos formas en función de la mayoría obtenida en su deliberación. Si ha habido consenso unánime de todos los miembros, se puede adoptar una conclusión sobre una determinada cuestión; si, por el contrario, no se ha llegado a un consenso unánime, entonces se incluyen en el informe todas las posibles respuestas y los argumentos que respaldan todas las respuestas (considerándolas todas ellas válidas)⁷⁷⁰.

El CCB tiene, además, el compromiso de publicar un informe anual evaluando todas las actividades de todos los Comités de ética del país, con sede en universidades, instituciones de investigación y hospitales⁷⁷¹.

Se analizan a continuación ocho opiniones del CCB, en las que se trata la objeción de conciencia, sobre cuatro temáticas distintas: la negativa a la transfusión sanguínea por parte de los Testigos de Jehová; sobre las decisiones “relámpago” y los Códigos de no-reanimación o códigos “D.N.R.” (“no reanimar” en su original inglés, *Do not resuscitate*); la eutanasia; los trasplantes y el diagnóstico prenatal no invasivo. Los cuales se exponen de manera cronológica, y se analizan en virtud de sus aportaciones sobre objeción.

Cabe destacar que dos informes más del CCB. El primero de ellos, en el que la cláusula de objeción de conciencia podría ejercerse por parte de los profesionales, con

⁷⁶⁹ MEULENBERGS, Tom; VERMYLEN, Jelle; SCHOTSMANS, Paul T. «The current state of clinical ethics and healthcare ethics committees in Belgium», *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, núm. 6, 2005, pp. 318-321.

STEINKAMP, Norbert; GORDIJN, Bert; BOROVECKI, Ana; GEFENAS, Eugenijus; GLASA, Jozef; GUERRIER, Marc; MEULENBERGS, Tom; ROZYNSKA, Joanna; SLOWTHER, Anne. «Regulation of healthcare ethics committees in Europe», *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 10, núm. 4, 2007, pp. 461-475.

⁷⁷⁰ Para saber más sobre el funcionamiento del CCB belga *vid.* MEULENBERGS, Tom; VERMYLEN, Jelle; SCHOTSMANS, Paul T. «The current state of clinical ethics and healthcare ethics committees in Belgium». *ob. cit.*; HAJIBABAEI, Fatemeh; JOOLAEI, Soodabeh; CHERAGHI, Mohammad Ali; SALARI, Pooneh; RODNEY, Patricia. «Hospital/clinical ethics committees' notion: an overview», *Journal of medical ethics and history of medicine*, vol. 9, núm. 17, 2016.

⁷⁷¹ Pueden consultarse el último informe publicado, de 2019. Disponible en: https://www.healthybelgium.be/images/hsr/HSRReport2019_NL.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

relación a la interrupción tardía del embarazo por motivos médicos⁷⁷², pero sorprendentemente, no se contempla la objeción de conciencia profesional, aunque pueda ejercerse, y, por tanto, no se incluyen en el análisis que realizo a continuación. Y el segundo, en relación con la cláusula de conciencia de la paciente⁷⁷³. En concreto, se reconoce el rechazo de determinados tratamientos a mujeres embarazadas amparadas en la objeción de conciencia. Este último documento no lo analizo, dado que el tema a analizar en el presente apartado, es la objeción de conciencia profesional.

En el primer documento de Opinión en que el CCB, a tener en cuenta con relación a la objeción de conciencia es la Opinión núm. 16 de 25 de marzo de 2002 relativo al rechazo de transfusiones sanguíneas por parte de los Testigos de Jehová⁷⁷⁴. Lo hace de manera muy residual, no trata ni reconoce una cláusula de conciencia, sino que habla de “objeciones ético profesionales, o personales” en relación con la ayuda a morir.

El segundo documento del CCB, Opinión núm. 41, de 16 de abril de 2007, sobre el consentimiento informado en los códigos “D.N.R.”⁷⁷⁵, es el primer documento al uso, en el que se plantea la normativización deontológica de la objeción de conciencia. En este caso, simplemente se sopesa la posibilidad de ejercer o no la objeción de conciencia por los profesionales, en concreto por parte del colectivo de enfermería. Resuelve, de forma muy genérica, admitiendo la posibilidad, lo que años más tarde, en la Opinión núm. 59, se retoma como un debate superado, pues lo que se sopesa entonces no es el reconocimiento de la cláusula sino su configuración. Debe tenerse en cuenta, que sobre la misma temática y como el CCB vuelve a tratar los Códigos “D.N.R.” en la Opinión núm. 63, de 16 de abril de 2007, sobre los consentimientos “relámpago” y los Códigos “D.N.R.”⁷⁷⁶, pero en este caso no tratan la objeción de conciencia, se centran en exponer la problemática actual albergando nuevas soluciones.

Como tercer documento de estudio, el 27 de enero de 2014 publicó la Opinión núm. 59 del CCB bajo el título Opinión del Comité Asesor de Bioética de Bélgica sobre los aspectos éticos de la aplicación de la Ley de 28 de mayo de 2002 sobre la eutanasia

⁷⁷² Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. *Avis núm. 71 relatif à la pratique d'une interruption tardive de grossesse pour raisons médicales, du 8 mai 2017.*

⁷⁷³ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. *Avis núm. 53 relatif à au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus, du 14 mai 2012*

⁷⁷⁴ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. *Avis núm. 16 relatif au refus de transfusion sanguine par les Témoins de Jéhovah, du 25 mars 2002.*

⁷⁷⁵ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. *Avis núm. 41 consentement éclairé et Codes «D.N.R.», du 16 avril 2007.*

⁷⁷⁶ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. *Avis núm. 63 relatif à certains aspects du projet de protocole «Donation after Circulatory Death» (DCD) du Conseil bejgue de la transplantation et de la Société belge de transplantation, du 12 octobre 2015.*

(cláusula de conciencia)⁷⁷⁷. La eutanasia, es un tema tratado con anterioridad en CCB, de hecho, la primera opinión del citado Comité sobre dicho tema data de 1997, y curiosamente fue la primera Opinión de este Comité belga⁷⁷⁸. Para poder ejercer el derecho a una muerte digna, entendido como eutanasia, Bélgica expone como condición que el paciente manifieste un sufrimiento constante insoportable e inapelable, sin necesidad de una enfermedad terminal irreversible. Sin embargo, hasta el año 2014 con la Opinión núm.59 que la CCB no se pronuncia sobre la objeción de conciencia profesional ante la práctica de la eutanasia. Se interpreta el ejercicio de la objeción de conciencia, en el ámbito sanitario, y en concreto frente a la práctica de la eutanasia en forma de cláusula (igual que Francia). En el apartado relativo a "Políticas éticas institucionales sobre el final de la vida y eutanasia, según lo define la ley", se reconoce que uno de los puntos de conflictivos de la Ley relativa a la eutanasia es la regulación de la cláusula de objeción de conciencia de los profesionales. Mientras que durante los debates parlamentarios que precedían a la aprobación de la Ley, de eutanasia, se superaba la cuestión de incluir la cláusula de objeción y se enmendaba dicha disposición conteniendo sus numerosas variantes en el texto propuesto en el art. 14. a). El resultado, al publicarse la Ley⁷⁷⁹, fue totalmente distinto. En la primera Ley sobre eutanasia, se incluía la cláusula de objeción de conciencia como una práctica probable frente a la eutanasia, y no se detallaba su contenido.

Tal como expone en la Opinión núm. 59 del CCB, en Bélgica se admite el ejercicio de objeción a los profesionales de salud implicados en los campos de oncología, trasplantes y técnicas de reproducción asistida, aunque únicamente consta regulada ante la IVE y eutanasia⁷⁸⁰. No tras la promulgación de la Ley en 2002⁷⁸¹—última modificación en 2020⁷⁸²—sobre eutanasia, el CCB ha considerado oportuno tratar la objeción de conciencia, como una posibilidad excepcional no obligatoria, de una manera más detallada. De ese modo la CCB recuerda que la objeción de conciencia es una opción viable, ante la eutanasia, reconocida deontológica y legalmente. Este matiz, exponer que la objeción de conciencia es una práctica reconocida, a mi entender, es para refrendar que aunque ahora se clarifiquen los parámetros del ejercicio, todo lo expuesto tiene carácter histórico y es aplicable a la

⁷⁷⁷ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis núm. 59 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, du 27 janvier 2014.

⁷⁷⁸ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis núm. 1 concernant l'opportunité d'un règlement légal de l'euthanasie*, du 12 mai 1997.

⁷⁷⁹ Modificación de la anterior, Bélgica. Loi relative a l'euthanasie de 28 de mayo de 2002, *Boletín Oficial de Bélgica*, núm. 2002009590, de 22 de junio de 2002, p. 28515 (derogada por norma posterior).

⁷⁸⁰ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis núm. 59 du 27 janvier 2014 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, *ob. cit.*, p. 36. (derogada por norma posterior).

⁷⁸¹ Bélgica. Loi relative a l'euthanasie de 28 de mayo de 2002, *ob. cit.* (derogada por norma posterior).

⁷⁸² Bélgica. Loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie de 15 de marzo de 2020, *Boletín Oficial de Bélgica*, núm. 2020040680, de 23 de marzo de 2020, p. 16623.

eutanasia, aunque en un primer momento no se incluyese en la ley⁷⁸³. En segundo lugar, la Opinión del CCB, expone las tres obligaciones que tienen los profesionales objetores: (i) el médico debe informar de la objeción de conciencia; (ii) debe explicar sus razones al paciente, con base en los derechos que estos últimos tienen en base a la Ley de autonomía, y además exige al profesional que ceda al paciente su historia clínica para poder dirigirse a otro médico⁷⁸⁴; y (iii) debe traspasar el caso.

A mi entender, es uno de los informes, emitido por un comité, con el mejor estudio de la cuestión. El ejercicio de la objeción de conciencia se analiza desde todas las perspectivas posibles. No sólo se estudia, la cláusula de conciencia desde un punto de vista institucional, también se incluye un apartado que especialmente compara los tres textos legales donde la cláusula de conciencia se incluye hasta la fecha; eutanasia, reproducción asistida e IVE⁷⁸⁵.

Queda claro el ejercicio de la objeción de conciencia y el procedimiento, pero la principal carencia es que la previsión es muy escueta. El documento insiste en varias ocasiones en la importancia de la actitud del profesional ejerciente⁷⁸⁶, pues es él quien, en última instancia, hará que verdaderamente se sigan estas escuetas directrices que garantizan el buen funcionamiento del servicio sanitario pese al ejercicio de la objeción. Asimismo, en este documento también se plantea la objeción institucional, a lo que el CCB sentencia que este tipo de objeción no ha lugar⁷⁸⁷. El reconocimiento de la cláusula de conciencia, en el título del documento guía, supone una notable diferenciación entre los Comités estudiados en este trabajo (Opinión núm. 59 CCB)⁷⁸⁸.

En 2016, como quinto documento de estudio, CCB publica una Opinión, núm. 66, con relación a el diagnóstico prenatal no invasivo⁷⁸⁹. Como es entendible, al contemplar la interrupción de un embarazo en curso el CCB incluye la cláusula de conciencia, como una práctica reconocida a los profesionales, por la legislación y el Código deontológico, sin nada más que destacar.

Años más tarde, la eutanasia vuelve a ser el tema central de un informe del CCB, y

⁷⁸³ La ley de eutanasia belga se ha modificado en seis ocasiones (en 2005, 2014 dos veces, 2016, 2019 y 2020), hasta la fecha.

⁷⁸⁴ SIMÓN LORDA, Pablo y BARRIO CANTALEJO, Inés María. «La eutanasia en Bélgica», *Revista Española de Salud Pública*, vol. 86, núm. 1, 2012, p. 12.

⁷⁸⁵ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis núm. 59 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, ob.cit, pp. 21-22.

⁷⁸⁶ *Ibidem*, pp. 39 y 40.

⁷⁸⁷ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis núm. 59 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, ob.cit, p. 22

⁷⁸⁸ Hasta 2020 no se modifica la legislación de eutanasia. En la nueva ley explícitamente se trata la objeción de conciencia, y alberga muchos de los parámetros de actuación que se enuncian este informe. Véase Bélgica. Loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie de 15 de marzo de 2020, ob. cit.

⁷⁸⁹ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. *Avis núm. 66 relatif aux défis éthiques posés par le diagnostic prénatal non-invasif (NIPT) pour les trisomies 21, 13 et 18*, du 9 mai 2016.

este es el sexto documento que estudio sobre la cuestión. En la Opinión núm. 73, de 11 de septiembre de 2017, sobre eutanasia en pacientes fuera de la fase terminal, de sufrimiento psíquico y condiciones psiquiátricas⁷⁹⁰. En esta Opinión no es que el CCB postulé de manera distinta ante la objeción de conciencia. Incide mucho en las características que permiten que el paciente o su representante legal soliciten la eutanasia, y abordan dudas sobre el ejercicio de la objeción de conciencia en este tipo de casos⁷⁹¹. Lo que verdaderamente resulta interesante, es que se aportan datos que demuestran que, con el paso de los años, y quizás gracias a su regulación, el porcentaje de objetores, ha disminuido considerablemente (de un 23,4% en 2003 a 2% en 2013)⁷⁹².

Para finalizar, y al a espera de un nuevo informe por parte de la CCB en sobre eutanasia por el cambio legislativo del presente año. Considero oportuno mencionar los cambios que la Ley de 15 de marzo de 2020, reforma de la legislación sobre eutanasia⁷⁹³ implica para la cláusula de objeción de conciencia dado que los cambios son notables. En concreto, conviene destacar el art. 3, que modifica el art.14 de la anterior Ley de 28 de mayo de 2002 relativa a la eutanasia⁷⁹⁴. Según la modificación:

“Si el médico consultado se niega, sobre la base de su libertad de conciencia, a realizar la eutanasia, deberá informar al paciente con la suficiente antelación y a más tardar dentro de los siete días siguientes a la primera formulación de la solicitud, el paciente o persona de confianza⁷⁹⁵, especificando los motivos y derivando al paciente o la persona de confianza a otro médico designado por el paciente o la persona de confianza.

Si el médico consultado se niega a realizar la eutanasia por un motivo médico, debe informar al paciente o a cualquiera de las personas de confianza con la suficiente antelación, especificando los motivos. En este caso, este motivo médico se registra en el expediente médico del paciente.

Un médico que se niega a responder a una solicitud de eutanasia está obligado, en todos los casos, a facilitar al paciente o la persona de confianza los datos de contacto de un centro o asociación especializada en derecho a la salud. eutanasia ya petición del paciente o de la

⁷⁹⁰ Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique. *Avis núm. 73 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques*, du 11 septembre 2017.

⁷⁹¹ *Vid.* Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis núm. 59 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, *ob.cit.*, p. 44.

⁷⁹² Porcentaje de profesionales que han rechazado la solicitud de eutanasia por una política restrictiva de la institución sanitaria (probablemente confesional y contrario a la eutanasia) por objeción de conciencia o por miedo a las consecuencias legales. Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique, *Avis núm. 59 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, *ob.cit.*, p. 31.

⁷⁹³ Bélgica. Loi visant à modifier la législation relative à l'euthanasie de 15 de marzo de 2020, *ob. cit.*

⁷⁹⁴ Bélgica. Loi relative à l'euthanasie de 28 de mayo de 2002, *ob. cit.*

⁷⁹⁵ La persona de confianza es entendida como el/los representantes legales que figuran en el DVA del paciente.

persona de confianza, comunicar el expediente médico del paciente dentro de los 4 días siguientes a esta solicitud al médico designado por éste o por la persona de confianza ".

El legislador introduce una diferenciación en la aplicación de la cláusula de conciencia, entendida como el ejercicio de la objeción. La objeción puede ser por cuestiones de principios, o bien la justificada por razones médicas. La primera concepción, corresponde a aquellos profesionales que frente a la prestación de la eutanasia alegan una objeción de conciencia por motivos éticos, morales o religiosos. Ante esta situación, el objetor dispone de 7 días desde la recepción de la solicitud de eutanasia para exponer su condición y sus motivos, bien sea a paciente bien sea a representante legal del DVA del anterior, y derivar al paciente hacia otro profesional que previamente designará el paciente o el representante. Respecto a las obligaciones del profesional, debo señalar, que Bélgica impone una declaración responsable del profesional objetor mucho más equilibrada para con el paciente. Para mí, expresar la condición y los motivos, aunque de forma oral, supone una empatía y confianza hacia los usuarios del sistema sanitario necesaria para reforzar la relación médico paciente. Por otro lado, entre las obligaciones del profesional, desaparece la carga de remitir hacia otro profesional de forma directa. Es decir, los objetores ya no deben escoger a que compañero derivar si no que los pacientes o sus representantes son quien escogen a que profesional dirigirse. En mi opinión esta derivación, aún escogida por los usuarios de salud, no exime los posibles problemas originarios de la práctica de eutanasia. Pueden exponerse a revivir esta situación, por lo que echo en falta que los gestores sanitarios si actúen de algún modo para amparar a los usuarios sanitarios.

Ante la segunda concepción, el objetor por razones médicas, la nueva ley expone que el objetor no sólo debe comunicar su condición de objetor y sus razones, a paciente o representante legal, sino que además debe incluirlo en la historia clínica del paciente. A mi entender, esta objeción por razones médicas en realidad debería traducirse en discrepancias sobre la praxis. Muy probablemente, estos casos son en los que bajo la pericia profesional, el paciente no cumple los requisitos para poder demandar la eutanasia (enfermos que no están en situación constante, insoportable e inapelable de sufrimiento). También puede entenderse, que en la objeción por razones médicas, tenga cabida la objeción a retirar o rechazar los cuidados paliativos. Ante una práctica de eutanasia se necesitan cuatro informes, de profesionales médicos, favorables. Por lo que los objetores de conciencia por razones médicas tendrán la misma obligación que los objetores por razones éticas, morales o religiosas, derivar, aunque en este caso no está tan claro el procedimiento, pues la norma no dice nada al respecto.

Por último, la ley se refiere a aquellos profesionales que se niegan a responder a la solicitud de eutanasia. Para mí, el legislador hace con esta aclaración un guiño a la prohibida objeción de conciencia institucional. Cualquier profesional que reciba la solicitud de eutanasia, está obligado a proporcionar información y contacto de aquellos centros y asociaciones especializadas en esta práctica reconocida por el sistema de salud belga (eutanasia). Y, una vez paciente o representante decidan a donde dirigirse, el profesional está obligado a comunicar el expediente médico a dicha entidad, en concreto a otro profesional médico, en un plazo máximo de cuatro días.

8.1.5. Polonia. Comisión de Bioética, Ministerio de Salud (1996-2016). “Comunicación sobre el nombramiento de los llamados médicos. Cláusula de conciencia y traducciones del juicio R.R. contra Polonia [solicitud Núm. 17617/04] (2012)” y “Petición frente a la objeción de conciencia y la vacunación obligatoria (2016)”.

La Comisión de Bioética (en adelante CB) en Polonia se configura de forma muy diferente a las observadas anteriormente. En este país, la CB depende, y forma parte, del Ministerio de Salud estatal. Con frecuencia se confunde la CB con el Comité de Ética, pues ambos dependen del Ministerio citado, pero este último es un comité para la investigación (CEIC). A continuación, intentaré exponer la estructura bioética del país y los informes que la CB ha emitido con relación al ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, sin olvidar hacer una breve exposición de la regulación sobre la materia.

Los órganos polacos especializados en Bioética están anclados en el Ministerio de Salud nacional. Este Ministerio divide la tarea Bioética en dos entes: los Comités de Ética y la Comisión. Los Comités de Ética tienen como tarea fundamental “opinar sobre los proyectos y experimentos médicos teniendo en cuenta sus criterios éticos, su conveniencia y su viabilidad”⁷⁹⁶. Contra las resoluciones adoptadas por los Comités de Ética se pueden presentar recursos, en un plazo de catorce días, por parte de las siguientes personas: (a) experto titular/es de la investigación científica que debe llevarse a cabo; (b) representante de la entidad terapéutica donde se va a llevar a cabo la investigación; y (c) la CB, actuando por sí misma, de oficio. La CB adopta un papel de árbitro, donde las valoraciones previas de los Comités de Ética pasan a discutirse, para interpretar y manifestar recomendaciones ante las resoluciones anteriores.

⁷⁹⁶ Polonia, Ministerio de Salud y Bienestar Social, sobre las modalidades para el establecimiento y financiación y el modo de funcionamiento de los comités de bioética, 11 de mayo de 2009.

Para entender la relevancia de los pronunciamientos de la CB en relación con la objeción de conciencia sanitaria, debe primero tenerse en cuenta una serie de consideraciones. Polonia es un país confesional con tendencia conservadora. Su situación es mucho más radical que la casuística italiana. La legislación nacional aplicable a la IVE es la Ley de Planificación Familiar de 1993, caracterizada por una protección inherente al ser humano desde su concepción. Esta ley reconoce el aborto mediante un sistema de indicaciones: a) cuando el embarazo pone en peligro la vida o la salud de la mujer; b) cuando las pruebas prenatales u otros diagnósticos médicos indican un alto riesgo de que el feto se encuentre severa e irreversiblemente dañado, o sufre de una dolencia incurable que amenaza su vida o, c) cuando hay serios motivos para pensar que el embarazo es el resultado de un acto ilícito (art. 4). Sin embargo, pese a la existencia de la regulación y al igual que en Italia, los médicos niegan la prestación a las pacientes, sobre todo cuando la petición de aborto está basada en el llamado aborto eugenésico⁷⁹⁷. Polonia ha sido demandada en varias ocasiones ante el TEDH por dificultar el acceso a IVE, en los que se cumplen los supuestos para acceso según Ley del país; Tysac contra Polonia (2007) dónde se niega un aborto terapéutico, R.R. contra Polonia (2011) dónde se niega un aborto eugenésico y P. y S. contra Polonia (2012) dónde se niega un aborto derivado de una violación.

La objeción de conciencia, es un obstáculo más para las mujeres polacas que están en situación de poder acceder a la IVE. En un principio, los profesionales objetores debían informar de su condición y remitir a la paciente a otro para que realizase la práctica.

La CB se pronuncia por primera vez, sobre objeción de conciencia y aborto, a causa de la Sentencia del TEDH en el caso R.R. contra Polonia y emite un Informe “Comunicación sobre el nombramiento de los llamados médicos. Cláusula de conciencia y traducciones del juicio en RR v Poland [solicitud Núm. 17617/04] (2012)”⁷⁹⁸. En esta comunicación se hace

⁷⁹⁷ COOK, Rebeca; ARANGO, MONICA; DICKENS, Bernard Morris. «Healthcare Responsibilities and Conscientious Objection», *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, núm.104, 2009, pp. 249-252; BODNAR, Andrea. «Case-law concerning the availability of services for terminating pregnancy in Poland». En: NOWICKA, Wanda. (ed.). *Reproductive Rights in Poland*, Varsovia: Federation for Women and Family Planning, 2008, pp. 45-64. A *sensu contrario* la realidad del país es la siguiente: “Multan a un hospital polaco porque uno de sus médicos se negó a practicar un aborto legal”, *20 minutos*, de 4 de julio de 2014, acceso web: <http://www.20minutos.es/noticia/2184926/0/multa-hospital-polaco/negar/realizar-aborto/#xtor=AD-15&xts=467263>; (Última consulta 29 de diciembre de 2020); “Despedido un prestigioso ginecólogo católico por no implicarse en un aborto: él no se arredra”, *Andoc*, 24 de julio de 2014, acceso web: <http://andoc.es/?p=3388> (Última consulta 29 de diciembre de 2020); “El Gobierno polaco se resiste a que Comisario Europeo promueva el aborto en su país”, *Observatorio De Bioética UCV*, 5 de octubre de 2016, <http://www.observatoriobioetica.org/2016/10/rechazo-a-comisario-eropeo-promueva-aborto-provocado/16080>

⁷⁹⁸ Polonia. CB. Comunicación sobre el nombramiento de los llamados médicos. Cláusula de conciencia y traducciones juicio en RR v Poland [solicitud Núm. 17617/04] (2012). Disponible en : <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-powolywania-sie-przez-lekarzy-na-tzw.-klauzule-sumienia-oraz-flumaczenia-wyroku-w-sprawie-r.r.-przeciwno-polsce-skarga-nr-17617/04-> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

una distinción en función del acto médico. Por un lado, se deniega la cláusula de objeción de conciencia, entendiendo dicha cláusula como el reconocimiento del ejercicio de la objeción por parte de los profesionales, a los médicos encargados de realizar pruebas prenatales a los concebidos no nacidos. Por otro lado, pese a que se reconoce la cláusula de objeción de conciencia a los profesionales encargados e implicados en la IVE, no ha lugar impedir o no derivar a las pacientes a profesionales dispuestos a realizar la prestación⁷⁹⁹. Pues, en ese momento en Polonia, se reconocía el ejercicio de la objeción de conciencia, en el artículo. 39 de la Ley sobre profesión médica 1996⁸⁰⁰ — en su versión consolidada pasa a ser Ley sobre las profesiones de médico y dentista— en el que se exponía

“El médico puede abstenerse de realizar servicios de salud incompatible con su conciencia, sujeto al art. 30, salvo que se requiere para identificar oportunidades reales para obtener este servicio de otro médico o entidad terapéutica y para justificar y registrar este hecho en los registros médicos”.

En su comunicación la CB, manifiesta el incumplimiento polaco de las directrices que el TEDH realiza en base al Caso R.R. contra Polonia. Tales como que: no se reconocían objeciones de conciencia ante solicitudes de IVE; tampoco se derivaban a otros compañeros de profesión; y a nivel estatal conseguían no interrumpir embarazos, utilizando en la mayoría de casos la negativa a pruebas prenatales. Para clarificar la situación anterior, utilizo las palabras de la abogada Irmina Kotiuk (impulsora de la demanda R.R. contra Polonia), con las que sintetiza la Sentencia del TEDH, y el ejercicio de la objeción de conciencia:

“La sentencia del caso R.R debe ser analizada a través del prisma del derecho de la mujer embarazada a la información completa, justa, libre de prejuicios información sobre su salud y la salud y el estado del feto. Sólo dicha información puede ser la base para una decisión informada, para continuar o interrumpir el embarazo dentro de los límites impuestos por la ley. El TEDH ha clarificado que la situación en Polonia es totalmente insostenible, pues se niega la información a las mujeres sobre el estado de salud y se restringe el acceso a las pruebas prenatales, pese a ser un derecho fundamental garantizado por la Ley. Además, esta sentencia reconoce la indefensión e impotencia de mujeres embarazadas que sufren una colisión con un sistema sin corazón en el que sus médicos, mediante el ejercicio de la objeción de conciencia, deciden el destino de la mayoría por sus prejuicios y

Vid. de nuevo la lectura del caso, en el apartado de jurisprudencia de esta tesis doctoral, en el cual analizo la sentencia desde una perspectiva jurídica, para entender todo el proceso y comparar con el pronunciamiento desde el prisma bioético de la CB polaca.; *vid. Tysiac contra Polonia*, Tribunal Europeo de derechos humanos núm. 5413/03, de 20 de marzo de 2007.

⁷⁹⁹ Se reconoce el ejercicio de la objeción de conciencia a médicos y dentistas en el artículo. 39 de la Ley sobre las profesiones de médico y dentista de 5 de diciembre de 1996, *Boletín oficial de Polonia*, núm. 152, de 26 de marzo de 1997 (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152).

⁸⁰⁰ *Ibidem*.

estereotipos. Esta es una actuación estereotipada de la negativa a la realización de las pruebas prenatales como una "puerta trasera" que facilita el ejercicio de la cláusula de conciencia de los profesionales que potencia la negativa al aborto⁸⁰¹.

Siguiendo con su línea de actuación, obstaculizar el acceso a la interrupción de los embarazos, el TC polaco en octubre de 2015⁸⁰² declaró que en caso de objeción de conciencia del médico esté no estaba obligado a remitir a la mujer a otro especialista. Dado lo cual, la Ley de profesiones médicas fue modificada para eliminar esa referencia expresa a la necesidad de derivación de las pacientes en caso de objeción por IVE. Resultando el nuevo texto, art. 39 actual de la Ley sobre las profesiones de médico y dentista desde su versión de 2016⁸⁰³, y sucesivas, hasta su última modificación en julio de 2020⁸⁰⁴, de la siguiente manera:

“El médico podrá abstenerse de prestar servicios de salud incompatibles con su conciencia, con sujeción al Art. 30⁸⁰⁵, siempre que se le solicite indicar las posibilidades realistas de obtener este servicio de otro médico o en la entidad médica y para justificar y dejar constancia de este hecho en la historia clínica.

El médico que ejerce su profesión en base a una relación laboral o dentro del servicio también debe notificarlo previamente al supervisor”.

En esa tónica de promover “los derechos y la salud de la mujer, sin incluir el derecho al aborto” el Estado polaco, ha firmado la Declaración de consenso de Ginebra⁸⁰⁶, en la Asamblea Mundial de la salud este mismo año. Por el momento, la CB no ha emitido ningún informe al respecto, pero puede preverse que, en vista de los últimos acontecimientos, emita una comunicación bajo la premisa de proteger fundamentalmente el derecho a la vida. Lo que significaría cambios en el ejercicio de la objeción de conciencia profesional.

Recientemente, el Parlamento Europeo, en fecha 26 de noviembre de 2020, ha emitido una Resolución sobre la prohibición de facto del derecho al aborto en Polonia

⁸⁰¹ KOTIUK, Irmina. “Comentarios al Caso RR contra Polonia del TEDH”, *Derechos humanos en Polonia*, de 27 de mayo de 2011, acceso web:

<http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?orzeczenie=ff1eb8bd6cb17940ab78c0eeecf66268772f2061-b0>.

(Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁰² *Caso K 12/14 relativo a la libertad de conciencia de los médicos*, Tribunal Constitucional de Polonia, Gran Sala, de 7 de octubre de 2015.

⁸⁰³ Polonia. Ley de 16 de diciembre de 2016 sobre las profesiones de médico y dentista (Dz. U.2017, poz. 125), *Boletín oficial de Polonia*, núm. 1/91, de 23 de enero de 2017.

⁸⁰⁴ Polonia. Ley de 20 de julio 2020 sobre las profesiones de médico y dentista (Dz. U.2020, poz. 1291), *Boletín oficial de Polonia*, núm. S2/68, de 28 de julio de 2020.

⁸⁰⁵ El art. 30 de la Ley de 28 de julio de 2020 expone “Un médico está obligado a proporcionar asistencia médica siempre que producir un retraso en la prestación pueda: Causar peligro de muerte, lesiones graves o daños graves a la salud, y otros casos urgentes”.

⁸⁰⁶ Asamblea Mundial de la Salud. *Declaración de Ginebra: Consenso sobre el fomento de salud de las mujeres y el fortalecimiento de la familia*, de 22 de octubre de 2020.

(2020/2876(RSP)). En ella, entre otras consideraciones destaca la omisión de derivación de los pacientes, ante el ejercicio de objeción de conciencia, no sólo de profesionales sanitarios, también reconocida a las instituciones sanitarias, “muestra un total desprecio por la recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa en lo que respecta a la ejecución de las sentencias del TEDH contra Polonia en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos”⁸⁰⁷.

La segunda vez que la CB polaca se ha pronunciado sobre la objeción de conciencia, lo hace mediante el mecanismo de *petición*⁸⁰⁸. En 2016, los ciudadanos solicitaron a la CB, como ente representante del Ministerio de Salud, se pronunciase sobre la objeción de conciencia y la vacunación, sobre todo de menores⁸⁰⁹. En este asunto, la CB se limita a prohibir la objeción de conciencia, tanto a progenitores como a médicos, exponiendo: “una imposición de la obligación general por parte del poder legislativo a someterse a una vacunación preventiva contra las enfermedades infecciosas”. Pese a las declaraciones de la CB, y al igual de lo que ocurre respecto a la IVE, siguen realizándose prácticas contrarias⁸¹⁰.

8.2. Recomendaciones expresas sobre datos informatizados en el ámbito de la salud por parte de los Comités Nacionales de Bioética desde la perspectiva internacional.

Aunque es la tercera parte de esta tesis doctoral la que se centra en el análisis de un Registro de objetores, parece oportuno señalar aquí, al hilo de los Comités Nacionales de Bioética, aquellos pronunciamientos acerca de los datos informatizados en salud. En concreto, voy a analizar pronunciamientos acerca de las Historias Clínicas sanitarias (en adelante, HC y, para referirme a las Historias Clínicas Informatizadas, HC₃), en dos países distintos, que siguen criterios opuestos: por un lado, la Comisión de Bioética del Ministerio de Salud de Polonia, y por el otro, el CCNE francés.

⁸⁰⁷ Vid. (Considerando J) Parlamento Europeo. Resolución del Parlamento Europeo, de 26 de noviembre de 2020, sobre la prohibición de facto del derecho al aborto en Polonia (2020/2876(RSP)),

⁸⁰⁸ Un sistema vigente desde el 6 de septiembre de 2015. Aplicando la ley del 11 de julio de 2014. Peticiones (punto Dz. U. 1195) acceso web: <http://www.dziennikustaw.gov.pl/du/2014/1195/1> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Esta Ley define las normas para la presentación y consideración de peticiones y cuerpos de procedimiento en los asuntos relacionados con las peticiones.

⁸⁰⁹ “Petición de los padres para asegurar la vacunación de los niños y el significado de la objeción de conciencia”, fecha 22 de julio de 2016. Acceso a la petición ciudadana y la respuesta a la petición en <http://www.bip.mz.gov.pl/petycje/petycja-w-sprawie-zagwarantowania-rodzicom-mozliwosci-szczepienia-dzieci-srodkami-niebudzacyymi-sprzeciwu-sumienia/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸¹⁰ Acerca de este tema véase “Estudios sobre las vacunas: examine la evidencia” de Healthy Childre.org, en el que se hace un exhaustivo análisis de dichos estudios con sus correspondientes noticias en *su original inglés*. Acceso web: <https://www.healthychildren.org/Spanish/safety-prevention/immunizations/Paginas/Vaccine-Studies-Examine-the-Evidence.aspx> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

8.2.1. Polonia y Francia como antecedentes para la recomendación de un Registro Nacional de Objetores de conciencia.

Polonia, tras la sentencia del TEDH en el asunto *R.R contra Polonia*, de 26 de mayo de 2011, se ha visto obligada, al igual que el resto de EEMM, a crear un mecanismo de gestión interno para dar cumplimiento a la misma. En la sentencia se alude a la obligación de los Estados de organizar los servicios de salud de tal manera que se garantice al mismo tiempo “el ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud, dentro de su marco profesional” y el derecho de los “pacientes de acceder a los servicios a los cuales tienen derecho según la ley aplicable”⁸¹¹. Por tanto, a raíz de esta sentencia del TEDH, Polonia instaura un precepto legal que establece la obligatoriedad de anotar el hecho de ser objetor de conciencia en “el Registro”. No existe un documento, informe o recomendaciones al respecto, tan sólo se hace eco del art. 39 de la Ley sobre las profesiones de médico y dentista⁸¹².

En Francia, el CCNE publicó un informe, *Avis* núm. 104, de 29 de mayo de 2008, titulado “ El "historial médico personal" y la informatización de los datos sanitarios” en el que trata de la HC₃ y la informatización de los datos de salud (utilizaré en este apartado DMP, acrónimo de *dossier médical personnel*, terminología francesa para referirse a la HC₃)⁸¹³. No se hace una especial mención a la inclusión de un apartado, en el DMP, sobre de la objeción de conciencia del personal sanitario, pues la orientación de los objetivos de este DMP es excesivamente limitada y está enfocada a qué datos y de qué pacientes deben anotarse. En definitiva, se trabaja desde la perspectiva de la gestión de la información y la confidencialidad de los datos de los pacientes, sin entrar a valorar el instrumento y su capacidad gestora. Por tanto, y a mi parecer, es un documento generalista que aborda las HC₃ pero sin explotar al máximo las capacidades de tal información. Se discute la inclusión de información relativa a técnicas objetables por parte de los pacientes, como por ejemplo en la IVE o el rechazo de tratamientos médicos, pero siempre, desde la perspectiva de la autonomía del paciente. Por tanto, no existe una voluntad de gestionar a los profesionales sanitarios mediante los DMP, aunque sí se gestiona al paciente. No obstante, ni en el inicio de la discusión en 2004 ni en 2008, con la publicación del informe, se ha mejorado en este aspecto. El expediente médico personal computarizado no debería generalizarse, por

⁸¹¹ *Caso R.R. c. Polonia*, Tribunal Europeo de Derechos Humanos núm. 27617/04, expuesto cómo “Effective exercise of the freedom of conscience of health professionals in the professional context”, *ob. cit.*

⁸¹² Polonia. Ley de 20 de julio 2020 sobre las profesiones de médico y dentista (Dz. U.2020, poz. 1291), *ob. cit.*

⁸¹³ CCNE. *Avis* Núm. 104, *Le «dossier médical personnel» et l'informatisation des données de santé*, de 29 de mayo de 2008.

razones de eficacia y confidencialidad, pues si así fuese los verdaderos objetivos del DMP nunca se conseguirán: mejorar la calidad de la atención y reducir costes⁸¹⁴.

Sorprende que en ninguno de los casos anteriores se relacione la HC₃ y los registros de objetores (o de gestión de personal) para un mejor funcionamiento de los centros, de modo que la creación *strictu sensu* de un Registro de objetores de conciencia entre los trabajadores que ejercen su profesión. Si así fuera, pese al mayor coste temporal y monetario para el órgano gestor, el ejercicio de la objeción de conciencia se tornaría como una situación menos violenta. Pues el profesional como objetor, ya constaría en el sistema, y presumiblemente no debería atender en ese tipo de situaciones contrarias a su moral, ética o creencias que lo incomodan. Y que, a la vez, instarían una situación incómoda, de ahí nombrarla violenta, para con el paciente y el resto de profesionales. Francia, en mi opinión, puede aprovechar el inicio del asunto para clarificar que las prácticas objetables, entendidas como aquellas ante las que se ejerce la objeción profesional, son la punta del iceberg en la gestión sanitaria de los centros prestacionales, de modo que podría aprovechar la ocasión también para solucionar dicho aspecto. Polonia abre la posibilidad de anotar en las HC₃ los sucesos acontecidos en una IVE donde algún/os profesionales no han querido participar en la prestación. Sin embargo, en ninguno de los registros creados por el Estado Polaco, se incluye por el momento este tipo de información. Tanto el Registro sobre enfermeras y parteras⁸¹⁵, como el Registro de médicos y dentistas⁸¹⁶, contienen información personal, académica y profesional de cada uno de los trabajadores que desempeñan las anteriores labores, bien sea enfermera, partera, médico o dentista, con datos cedidos por cada una de las instituciones de salud, actualizados de manera mensual. Sorprende que, entre esa información, no se incluyan en un apartado las objeciones de conciencia de los profesionales, tal y como aduce la Ley. El Ministerio de salud polaco, tal y como responde en la última consulta que le realizan al respecto⁸¹⁷, clarifica que es un registro puramente

⁸¹⁴ GAGNEUX, Michel; COMBLE, Peirre-Henri; FOLLIET, Alain; KERGOMMEIX, Loïc de; LIVARTOWSKI, Alain; LOTH, André; RICHARD, Denis; SUARET, Jacques. *Mission de relance du projet de Dossier médical personnel. Recommandations à la ministre de la Santé de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*, de 23 de abril de 2008. Disponible en: <https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/084000279.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸¹⁵ Registro regulado en el cuarto capítulo de la Ley, en concreto en su Art. 44 de Polonia. Ley de 15 de julio de 2011 sobre las profesiones de enfermería y parteras (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039), *Boletín oficial de Polonia*, 22 de julio de 2011 (modificada en 2016 y 2020, por directrices de UE y que a colación modifican otras leyes del país, aunque este artículo queda exento de modificaciones).

⁸¹⁶ Actúan de modo idéntico al de enfermeras y parteras, de modo propio, en los Arts. 125 y 167 de Ley sobre las profesiones de médico y dentista de 5 de diciembre de 1996 *en su versión modificada* de 19 de enero de 2017, *Boletín Oficial de Polonia*, s1/129, de 23 de enero de 2018 (modificada por ley posterior).

⁸¹⁷ Petición recibida electrónicamente, mediante el mecanismo de Consultas/peticiones, dirigida al Ministerio de Salud el 24 de octubre de 2017, en relación con la propuesta sustantiva sobre el mantenimiento de un registro de enfermeros y médicos. Vid. en <http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2018/01/petycja-24.10.2017.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

profesional⁸¹⁸. Aunque, a solicitud del médico puede incluirse información personal que considere relevante para el ejercicio de su profesión⁸¹⁹. A mi entender, esa información relevante es la oportunidad para introducir en un Registro ya activo la condición de objetor. Ya que, en base a la ley, debería haber un apartado de “información sobre la conducta del individuo” donde anotar las objeciones de conciencia en caso de que las hubiere y pese a que el Registro, por sí mismo no tenga el anterior apartado, la respuesta a la consulta del Ministerio de Salud expone dicha posibilidad.

8.3. Comités de Bioética en las Comunidades Autónomas españolas. Especial mención al Comité de Bioética de Cataluña (1992) y sus informes.

A pesar de que no todas las Comunidades Autónomas tienen Comités de Bioética, en el ámbito peninsular coexisten diversas estructuras bioéticas con la misma finalidad de informar, asistir y asesorar sobre cuestiones sanitarias de carácter ético⁸²⁰.

Cabe destacar el *Comitè de Bioètica de Catalunya* (CBCAT) por ser el comité autonómico que se ha pronunciado específicamente sobre la cuestión objeto de esta tesis doctoral. Dichas consideraciones se han manejado también, como antecedente, en la elaboración del Informe sobre objeción de conciencia del CBE, ya visto.

EL CBCAT se pronuncia sobre el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de la salud en dos Informes titulados *Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña frente el rechazo de los pacientes enfermos al tratamiento*⁸²¹ y *Reflexiones sobre la práctica de la objeción de conciencia en la Interrupción Voluntaria de la Gestación*⁸²². Este apartado incluye un tercer Informe del CBCat, sobre *Recomendaciones sobre la confidencialidad en la documentación clínica informatizada*⁸²³.

⁸¹⁸ La respuesta del Departamento de Salud, de 10 de enero de 2018, disponible en <http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2018/01/odp-na-petycje.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸¹⁹ *Ibidem*, p. 2.

⁸²⁰ Por ejemplo el Comité de Bioética de Andalucía, para más información *Cfr.*

<http://www.juntadeandalucia.es/buscar.html?filtroServicios=&fd=fd&busquedageneral=objeci%C3%B3n+de+conciencia&tema=&subtema=&organismo=&buscargeneral=Buscar> (Última consulta 29 de diciembre de 2020);

También la Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid en

<https://www.abimad.org/documentaci%C3%B3n-por-temas/8-objeci%C3%B3n-de-conciencia-m%C3%A9dica-y-farmac%C3%A9utica/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸²¹ Comitè de Bioètica de Catalunya. *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant del rebuig dels malalts als tractament*, 2010.

⁸²² Comitè de Bioètica de Catalunya. *Reflexions sobre la pràctica de la Objeció de Consciència en la Interrupció Voluntària de la Gestació*, 2011.

⁸²³ Comitè de Bioètica de Catalunya. *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la confidencialitat a la documentació clínica informatitzada*, 2013.

8.3.1. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña frente el rechazo de los pacientes enfermos al tratamiento (2010).

En el primero de estos informes, sobre el rechazo de tratamiento por parte de los enfermos, se describe la objeción de conciencia del profesional como un malestar ante el rechazo de los enfermos al tratamiento eficaz que se les ofrece. Este malestar se percibe como un conflicto entre aquello que los profesionales entienden como un objetivo profesional básico, que es ayudar y curar, y la voluntad de un enfermo determinado. Se hace además una advertencia práctica aplicable a todos los casos que se incluyen en este supuesto: la objeción de los profesionales no justifica que se imponga la actuación médica debida ante el rechazo del paciente. Es decir, la objeción de conciencia en este caso remarca la necesidad de “no actuar”, puesto que no es posible cumplir el deber legal de actuación por la petición expresa del paciente (siempre que la ley lo permita).

El Informe advierte de las diferencias entre la objeción de conciencia en estos casos y la abstención del profesional por diferencias o limitaciones clínicas que le impiden actuar por razones de buena praxis médica. Finalmente, se explican las tres situaciones base que sustentan la objeción de conciencia del profesional ante el rechazo de tratamientos por parte del paciente: la pretendida objeción profesional al derecho del paciente a decir “no”; la reticencia a retirar los tratamientos y la reticencia profesional a actuar con las limitaciones impuestas por el paciente⁸²⁴.

8.3.2. Reflexiones sobre la práctica de la objeción de conciencia en la Interrupción Voluntaria de la Gestación (2011).

En el caso del segundo Informe, Reflexiones sobre la práctica de la objeción de conciencia en la Interrupción Voluntaria de la Gestación, responde a la demanda social y la necesidad de adecuación con el marco legal real que se suscita con base a las novedades introducidas por la Ley Orgánica 2/2010. A su vez, reconoce la objeción de conciencia sanitaria como “la única objeción de conciencia reconocida en caso de IVE – aparte de la objeción obsoleta al servicio militar–”⁸²⁵. En este segundo Informe se recogen y reconocen una serie de requisitos que debe cumplir la objeción de conciencia al IVE representada en el art.19.2 de la Ley Orgánica 2/2010. Estos requisitos son los siguientes:

⁸²⁴ Comitè de Bioètica de Catalunya. *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant del rebuig de la malalts al tractament*, ob. cit., pp. 14-18.

⁸²⁵ Comitè de Bioètica de Catalunya. *Reflexions sobre la pràctica de la Objeció de Consciència en la Interrupció Voluntària de la Gestació*, ob. cit., p. 1.

sólo podrán ejercer la objeción de conciencia los directamente involucrados en el acto mismo de interrupción del embarazo, lo que excluye al personal sanitario que tiene el deber de actuar antes o después; la objeción es personal e individual; se ha de manifestar previamente y por escrito; ha de ser coherente y fundamentada en valores morales, éticos o religiosos; debe distinguirse de la objeción de reticencia profesional⁸²⁶. Finalmente se señala la necesidad de evitar la arbitrariedad y ausencia de criterios para alegar objeción de conciencia, para garantizar una asistencia de calidad a los usuarios, puesto éstos que tienen un “derecho a la asistencia” y esta es el objetivo prioritario.

Cabe enfatizar que éste es un documento enfocado a la objeción de conciencia sanitaria en los casos de IVE, creado por la falta de precisión de la Ley Orgánica 2/2010 sobre los “profesionales directamente implicados”. Por lo anterior, y pese a ser tan determinado, ha servido de base general interpretativa para otros casos de objeción de conciencia sanitaria⁸²⁷. Cabe destacar que en el Informe se hace una diferenciación entre la libertad privada del profesional y el deber público al que este se debe (ya que es un agente público), remarcando que el ciudadano no puede estar al albur de la conciencia de los profesionales, sino de su sentido del deber que deriva de los derechos promulgados. En este segundo informe las recomendaciones son mucho más reflexivas; al margen de la actuación profesional, se cuestiona las características que debe contener el acto de objetar, delimitando las opciones que conforman la verdadera entidad de su ejercicio en las profesiones sanitarias.

8.3.3. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña sobre la confidencialidad en la documentación clínica informatizada (2013).

En las Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña sobre la confidencialidad en la documentación clínica informatizada, la situación es muy similar a la ya expuesta con anterioridad en los Comités de Polonia y Francia, quizás más cercana a éste último. Con algunas diferencias notables: (1) El planteamiento del CBCat es bidireccional (no sólo desde la perspectiva del paciente, también desde la perspectiva profesional), lo cual permite un verdadero uso como herramienta de gestión dentro del

⁸²⁶ Véanse Comitè de Bioètica de Catalunya, *Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida*, 2009; Comitè de Bioètica de Catalunya. *Declaració del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la menor de 16 a 18 anys i la interrupció de la gestació*, 2009; Comitè de Bioètica de Catalunya, *Posicionament del Comitè de Bioètica al voltant de la vaga de fam*, 2009.

⁸²⁷ Sobre todo en la delimitación del “sujeto” objetor. Consúltense, para una concreción mayor, las “Conclusiones” de CASADO GONZÁLEZ, María; CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad, ob. cit.*, pp. 31-33. Este último documento realizado en noviembre de 2007 fue el primero que sentenció las características necesarias que un objetor debe profesar para poder serlo.

sistema de salud; (2) se especifica el deber de custodia, calidad y seguridad de la HC de la Administración, lo que se traduce en un reconocimiento de derechos esenciales sobre los datos que la integra;(3) Se detallan los datos que deben incluirse en esta HC, diferenciándola de los informes médicos; (4) Se trata la confidencialidad desde todos los frentes y con diversas alternativas: niveles de confidencialidad, conversión de anonimato de datos y control de los centros; y, (5) se realizaran acciones formativas e informativas sobre el uso de esta HC.

Pese a ser un informe genérico detallado, no existe una especificidad sobre objeción de conciencia como tal, pero las anteriores directrices, son uno de los apoyos en los que me baso más adelante para demostrar que la configuración de un Registro de Objetores de conciencia es posible.

En ninguno de los Informes anteriores, sea sobre rechazo de tratamientos o IVE, se hace mención a la necesidad de dejar constancia en ningún registro de ese ejercicio de la objeción de conciencia por parte de alguno de los profesionales implicados. En este sentido Cataluña iría un paso por detrás del CB polaco. Pero a nivel de plataforma de gestión, las recomendaciones del CBCat son determinantes e incentivan a un uso esperanzador para la creación de un ROC.

Capítulo IX

Otros organismos al margen de los Comités nacionales

9.1. Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (2002).

La Carta Europea de los Derechos de los Pacientes (CEDP)⁸²⁸ se crea ante la disparidad de criterios y desigualdades que la aplicación de la CDFUE⁸²⁹ suponía en cada uno de los EEMM de UE. En la actualidad, los Derechos de los pacientes son una preocupación no sólo para los Sistemas Nacionales de Salud; muestra de ello son la promulgación de leyes específicas, regulaciones administrativas e incluso, la creación de organizaciones en defensa de los pacientes. Todo lo anterior, entrama un sistema de protección para con el paciente, frente a la vulneración y la puesta en riesgo de sus derechos. La objeción de conciencia es sin lugar a dudas, una de las trabas, que el paciente puede encontrarse en el sistema sanitario, y uno de los factores determinantes de vulneración en el momento de acceder a prestaciones como la IVE.

La CDFUE allega los derechos de los usuarios como indivisibles y universales, pero su aplicación dentro de los EEMM pone en tela de juicio su cumplimiento. Dos años más tarde, de promulgación de CDFUE, se instituye la CEDP con la pretensión de unificar leyes y derechos de los pacientes en los EEMM. La diferenciación entre ambas Cartas radica en la categorización de derechos y principios, donde estos últimos poseen una fuerza inusitada. Según Juan Siso esta carta no recoge derechos, sino principios (en concreto catorce) que serán la referencia para la armonización de los sistemas nacionales de salud en defensa de

⁸²⁸ Active Citizenship Network, Carta de derechos del Paciente, European Chapter of Patients Rights, Roma, 2002. Propongo visitar la traducción de la Carta de la Asociación Española contra el Cáncer (2005) en ella se hacen unas explicaciones aclaratorias que la Active Citizenship Network en las que destaca la participación en dicha red de la Confederación Española de Consumidores y Usuarios (CECU) en representación de España. Enlace en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaraciones%20internacionales/carta%20europea%20de%20los%20derechos%20de%20los%20pacientes.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸²⁹ Unión Europea. *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, ob. cit., puede remitirse de nuevo al punto 3.2.1 de la Parte I de esta tesis Doctoral para *cfr.* con este apartado.

los derechos de los ciudadanos⁸³⁰.

He incluido esta CEDP en este apartado deontológico, basándome en notable incidencia en el marco jurídico colombiano en la C-1287/2011⁸³¹. El principal objetivo de la CEDP es exponer, y ayudar a comprender, el panorama jurídico reconocido a los pacientes; en el que se muestran unos derechos usuales en todos los EEMM que deben respetarse.

Entre los mandatos de la CEDP⁸³², y con relación al ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales, debo destacar tres:

En primer lugar, el derecho al acceso: “Todo individuo tiene derecho al acceso a los servicios sanitarios que requiera (...) sin discriminación debida a los recursos financieros, lugar de residencia, tipo de enfermedad o tiempo de acceso a los servicios”.

Este derecho está orientado, desde su promulgación, al derecho de los pacientes a ser atendidos gratuitamente. Cabe destacar especialmente el último condicionante “*el tiempo de acceso a los servicios*”. Es una estipulación vinculada a la objeción de conciencia en el ámbito de salud, con irremediables consecuencias.; por ejemplo en el caso de la IVE o de las voluntades anticipadas. Si los médicos que ejercen la objeción de conciencia no derivan con celeridad a sus pacientes a otros profesionales, tras manifestar su condición de objetores de conciencia pueden generarse perjuicios importantes. En caso de la IVE, va avanzando el período de gestación (dando lugar a una situación no deseada e incluso poniendo en peligro el sistema de IVE del país, ya que si no se cumplen los requisitos temporales muchas de las gestantes deberán continuar con un embarazo no deseado): en el caso de las voluntades anticipadas, se procederá aplicar unos recursos que el paciente ha rechazado de forma activa, expresando su voluntad contraria en el DVA.

En segundo lugar, el derecho a la información: “Todo individuo tiene derecho al acceso a todo tipo de información sobre su estado de salud, los servicios sanitarios y cómo utilizarlos, así como a todo lo que la investigación científica e innovación tecnológica pueda procurar”.

El *derecho a la información sobre los servicios sanitarios* es lo que me interesa con

⁸³⁰ SISO MARTÍN, Juan. «Protección y tutela de los derechos del usuario en el Sistema Nacional de Salud», *Revista CONAMED*, vol. 1, núm. 14, 2000, p. 40.

⁸³¹ Comentada en el Capítulo VI. Otras regulaciones estatales de la objeción de conciencia, en concreto en el apartado 6.1.2. Corte Constitucional De Colombia. *Vid.* Sentencia C-1298/01, *ob. cit.*

⁸³² Para saber más acerca de la CEDP recomiendo: ACTIVE CITIZENSHIP NETWORK, Estudio Europeo de la Carta Europea de los Derechos de los Pacientes, Roma, 2007. Realizado en el marco del proyecto “5º día europeo de los derechos de los Pacientes: Situar al ciudadano en el centro de las políticas de salud de UE”. Así como PALACIO LAPUENTE, Fernando. «Los derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la atención primaria», *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 20, núm. 6, 2005, pp. 311-317.

relación al ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud. Actualmente, la objeción de conciencia del profesional debe anunciarse *sí y sólo sí*, la misma supone un impedimento para la prestación que el paciente necesita.

Es la justificación que permite al profesional eximirse de su deber como trabajador, y le concierne al paciente de forma directa. Justificar la no realización un acto médico a través de una afirmación es un requisito mínimo, y a mi entender exiguo, pero este es un tema que trataremos más adelante – en el apartado del *modelo propuesta* (de forma más elaborada).

Y en tercer lugar, el derecho a reclamar: “Todo individuo tiene derecho a reclamar si ha sufrido un daño y el derecho a recibir una respuesta o información adicional”.

Este derecho de la CEDP es, según mi parecer, uno de los argumentos a favor, de la divulgación de la condición de objetor de los profesionales sanitarios, lo que justifica, a su vez, la creación de un Registro de Objetores de conciencia, que es parte del modelo propuesta, piedra angular de esta tesis doctoral.

Como bien se expone en el artículo, *todo individuo tiene derecho a recibir información adicional*, y esta información adicional bien podría ser la condición de objetor del médico (o de los profesionales directamente implicados). Ante la posible descompensación entre los derechos del médico y los del paciente, basándome en la justicia distributiva, mi propuesta es la publicación de la cláusula de objeción mediante un sistema cifrado al que los pacientes tendrán acceso de forma individual.

9.2. Carta de los Derechos y Deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria (2015).

El *Institut Català de la Salut*, de la Generalitat de Catalunya, actualizó en 2015 la Carta de los Derechos y Deberes de la ciudadanía en relación con la salud y la atención sanitaria (en su original, *Carta de Drets i Deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària* [CDDCat])⁸³³ para adaptarlo al nuevo paradigma social dentro del sistema de salud. Un escenario en el que se intenta reflejar la superación del paternalismo médico en la CCAA, exponiendo el apoderamiento ciudadano y su participación activa en la salud. Este documento, creado por la Generalitat de Catalunya, no es un código ético ni deontológico. Ni tan solo posee rango legal, pero en él confluyen rasgos propios de la regulación y su competencia aplicable. Dicha Carta contiene: tanto derechos y deberes que

⁸³³ Generalitat de Catalunya. *Carta de drets i deures de la ciutadania*, 2001, Barcelona: Departament de Salut (1ª versión). La analizada en este apartado es la que bajo la misma autoría y título se proclama en 2015 (versión actualizada).

están regulados por disposiciones legales como otros que no lo están. La mayor parte de los derechos contenidos en dicha Carta, se aplican en todos los ámbitos de la atención sanitaria, y tienen una trascendencia en la relación de la ciudadanía con el sistema sanitario (público y privado), mientras que otros derechos solo atañen al sistema público (como el obligado a cumplir el catálogo de prestaciones públicas asumido por la CCAA como competencia derivada estatal). Por tanto, la CDDCat es un instrumento con trascendencia en su aplicación mayormente pública, aunque también privada.

La CDDCat destaca una serie de principios éticos, algunos de ellos de pura esencia bioética, tales como la dignidad de la persona, el principio de libertad y autonomía, el principio de igualdad, el principio de acceso a la información y el conocimiento de la salud y el compromiso cívico. Los órganos garantes del cumplimiento de tales principios son las instituciones del sistema sanitario, encargadas de difundir y proporcionar dicha Carta en centros sanitarios, profesionales y ciudadanía.

La CDDCat está configurada en diez áreas temáticas : (i) Equidad y no-discriminación de las personas; (ii) Protección y promoción de la salud y prevención de una enfermedad; (iii) Acceso al sistema sanitario; (iv) Intimidad y confidencialidad; (v) Autonomía y toma de decisiones; (vi) Información sanitaria, documentación clínica y tecnologías de la información y la comunicación; (vii) Calidad y seguridad del sistema; (viii) Constitución genética de la persona; (ix) Investigación y experimentación y (x) Participación. Mediante estas áreas, la Carta pretende sintetizar la relación médico-paciente, haciendo énfasis en sus puntos críticos y resolviendo estas crisis mediante la clara exposición de derechos (de los pacientes) y deberes (de los profesionales). Y a su vez, divididas cada una de las áreas anteriores en derechos y deberes. Una estructura simple, frente a una casuística compleja, que me permite enmarcar el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario en muchas de esas áreas de interés, que a continuación expondré.

El parámetro de equidad y no-discriminación de las personas es un marco recurrente en el que se sitúa el ejercicio de la objeción de conciencia. Tanto el derecho a recibir un trato respetuoso (hacia el paciente, derecho 1.1.4 CDDCat) como el deber de respetar y no discriminar a otras personas (hacia el médico, deber 1.2.2. CDDCat), permiten deducir que el paciente deberá ser tratado pese a la objeción del médico. Y este último, los profesionales deberán tratar con respeto y derivar al paciente para que pueda recibir la atención necesaria.

El apartado de “acceso al sistema sanitario” me resulta interesante, por los derechos incluidos en el propio apartado, que son, el derecho a escoger los profesionales y

los centros sanitarios (derecho 3.1.4 CDDCat) y el derecho a conocer e identificar a los profesionales que prestan servicios en el contexto de la atención sanitaria (derecho 3.1.8. CDDCat). Ambos derechos reconocen la capacidad de autodeterminación del paciente. Estos derechos podrían amparar la solicitud no solo del nombre y la especialidad del profesional, sino también su condición como objeto ejerciente. Ello facilitaría la gestión sanitaria, sin acudir a la derivación, y tendría, entiendo, una escasa afectación para la confidencialidad profesional. Esta idea la desarrollaré más adelante, con la figura de contraprestación.

En la sección de intimidad y confidencialidad, la Carta protege precisamente los derechos que pueden alegar los profesionales frente a la solicitud de información. Los ciudadanos tienen el deber, según la CDDCat, de respetar y mantener la confidencialidad de los profesionales sanitarios (deber 4.2.1. CDDCat), y de respetar su libertad ideológica, religiosa y de culto (deber 4.2.2. CDDCat). El ejercicio de la objeción de conciencia deambula entre ambos deberes, pues el hecho de expresar la voluntad de ejercer la objeción de conciencia sanitaria frente a una prestación demandada, supone una situación de riesgo para ambas partes (médico y paciente).

Pese a que, en el apartado de información sanitaria, documentación clínica y tecnologías de la información y la comunicación, no hay ningún derecho ni deber que pueda interpretarse a la luz de la objeción de conciencia de forma directa, sí me gustaría proyectar tres incógnitas. La primera es que se definen, entre los derechos de este apartado de la CDDCat, una historia clínica accesible, transparente y gestionable por aquellos que ostentan la titularidad de la misma, que no son otros que los pacientes⁸³⁴. Sin embargo, es necesario incidir en la diferenciación entre la historia clínica y la historia clínica compartida (HC₃), así como en la definición de “toda la información necesaria”. Todos ellos guardan relación con el derecho expreso en el derecho 6.1.2. CDDCat, en el que se describe como debe ser esta HC₃ “integrada, completa, con toda la información necesaria sobre su estado de salud, y de las actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes episodios asistenciales”, para poder llegar a entender la relación de todos los conceptos entre sí.

Por otro lado, como segunda incógnita, la parcelación de “toda la información necesaria” con relación a la necesidad del paciente, es algo que también concierne a la HC₃.

⁸³⁴ Vid. El apartado de los Derechos con relación a la historia clínica en BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la Història clínica compartida a Catalunya*, Bioètica (col.), Barcelona: Universitat de Barcelona, 2013, pp. 56-57. De la anterior autora, de forma más sintetizada BUISAN ESPELETA, Lidia. «La historia clínica compartida y el ejercicio de la autonomía de las personas en sanidad», *Revista de Bioètica y Derecho*, núm. 37, 2016, pp. 66-68. En esta misma línea BLANCO ALVARADO, Daniela Juliana. «La Historia Clínica: Algunos comentarios desde la Medicina y el Derecho», *Revista Verba Iuris*, vol. 42, núm. 14, 2019, pp.153-162.

No hay un consenso sobre qué información debe compartirse y volcarse de la historia clínica a la HC₃, pero sí existe un contenido mínimo especificado por el Sistema Nacional Español⁸³⁵ - que resulta ser la sinopsis de todos los episodios clínicos del paciente, sobre lo que no hay acuerdo entre los autores⁸³⁶. Un aspecto, el contenido de la HC₃, sobre el que volveré a tratar más adelante en relación con los Registros de Objetores⁸³⁷ -.

La CDDCat articula los derechos y deberes de una forma, a mi entender, incompleta, carencia que se acentúa con relación al ejercicio la objeción de conciencia. Los pacientes tienen derecho a una HC₃ “integrada, completa, con toda la información necesaria sobre su estado de salud, y de las actuaciones clínicas y sanitarias de los diferentes episodios asistenciales (repitiendo de nuevo el derecho 6.1.2. CDDCCat)”. Toda la información necesaria sobre los episodios asistenciales, desde una perspectiva completa debería recoger la derivación de los pacientes en los casos donde el médico se acoja a la objeción, pues no sólo el proceso se ralentiza (en circunstancias normales), sino que los pacientes también pueden verse afectados. El deber 6.2.3. CDDCat me evoca a pensar, que el requerimiento anterior no es tan descabellado, pues a los usuarios se les requiere para acreditar y notificar cambios de representación legal de otras personas, y salvaguardando las distancias, un cambio de profesional puede equipararse de forma sensata con el anterior artículo mencionado. En teoría este eximente no debería afectar la relación asistencial, pero innegablemente la altera, y como tal, debe considerarse la posibilidad de que sea un motivo suficiente para figurar en la HC₃ del paciente. De este modo se equipararían aún más las posiciones entre médicos y pacientes, siendo este uno de los objetivos de la CDCCat.

Finalmente, como tercera y última incógnita, el apartado de Participación expone el derecho a participar al paciente como agente activo en el sistema sanitario, y el deber de estar informado y conocer el sistema sanitario para una participación responsable. La HC₃, brinda la oportunidad de transformar una exención conflictiva dentro del sistema sanitario,

⁸³⁵ El contenido mínimo de la HC₃ se compone de distintos informes en los que se recoge de forma resumida los datos contenidos en la historia clínica de salud de cada enfermo, es decir, en su historia clínica. Mencionado por BUISAN, Lidia *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la Història clínica compartida a Catalunya*, ob. cit., pp. 82-84. Para saber más sobre el contenido de la historia clínica véase GIL MEMBRADO, Cristina, *La historia clínica: deberes del responsable del tratamiento y derechos del paciente*, Granada: Comares, 2010.

⁸³⁶ GIMÉNEZ PÉREZ, Dolors. «La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales», *Revista Calidad Asistencial*, núm. 16, 2001, p. 66; GIL MEMBRADO, Cristina, *La historia clínica: deberes del responsable del tratamiento y derechos del paciente*, ob. cit.; JÚDEZA GUTIÉRREZ, Javier. (et al). , vol. 118, núm. 1, 2002, pp. 18-37; CABRÉ PERICAS, Lluís. (et al). «Confidencialidad: Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)». *Medicina intensiva*, vol. 33, núm. 8, 2009, pp. 393-402; BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la Història clínica compartida a Catalunya*, ob. cit., p. 84.; CRIADO GRANDE, Ignacio. «Interoperabilidad y política sanitaria en España. El caso de la historia clínica digital desde una perspectiva intergubernamental». *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, núm. 15, 2016, pp. 73-94.

⁸³⁷ Vid. Apartado 11.6 del presente trabajo doctoral sobre “La incorporación de la condición de objetor a la historia clínica compartida: MHEALTH en el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria”.

entendiendo como tal el ejercicio de la objeción, en un obstáculo a sortear por el paciente. Evitando situaciones incómodas, esperas contraproducentes y conflictos en la gestión del ámbito de salud.

9.3. Códigos de deontología médica como medida reguladora del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud.

En este apartado hace referencia a los códigos de deontología médica españoles. Cabe definir un código deontológico como “un conjunto de normas y deberes dirigidos a un colectivo de profesionales para guiar el ejercicio de su profesión desde una perspectiva ética”⁸³⁸. Un código deontológico tiene la pretensión de alcanzar un estatus de norma general, con la voluntad de “condicionar el comportamiento de los profesionales de un mismo sector e inducir a que estos actúen siguiendo un determinado modelo”⁸³⁹.

9.3.1. Organización Médica Colegial. Código de Deontología médica. Guía de ética médica (2011).

Según sus estatutos, la OMC “se integra por los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos y por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos⁸⁴⁰, que son corporaciones de derecho público, (...) con estructuras democráticamente constituidas, carácter representativo y personalidad jurídica propia independientes de la Administración del Estado⁸⁴¹”. Los órganos de representativos y de gobierno de la OMC son: el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; los Consejos Autonómicos de Colegios de Médicos; y, los Colegios Oficiales de Médicos.

Los fines fundamentales de la OMC son: (a) la ordenación, en el ámbito de su competencia, del ejercicio de la profesión médica, la representación exclusiva de la misma y la defensa de los intereses profesionales de los colegiados; (b) la salvaguardia y observancia de los principios deontológicos y ético-sociales de la profesión médica y de su

⁸³⁸ Es la definición de NAVARRO RODRÍGUEZ, Antonio y CASAS HERRADA, Dolores C. «Evolución de los códigos deontológicos en España», *Cuadernos de Comunicación*, núm. 3, 2009, p. 66.

Desde una perspectiva exclusivamente médica, puede consultarse ALTISENT TROTA, Rogelio. «Ética, deontología y derecho: lógicas diferentes en una misma dirección», *Atención primaria*, vol. 39, núm. 5, 2007, pp. 225-226.

⁸³⁹ NAVARRO RODRÍGUEZ, Antonio y CASAS HERRADA, Dolores C. «Evolución de los códigos deontológicos en España», *ob. cit.*, p. 66.

⁸⁴⁰ Para saber más acerca del Consejo General De Colegios Oficiales De Médicos, consúltese su web: <https://www.cgcom.es/>. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁴¹ Pueden consultarse los Estatutos de la OMC en el siguiente enlace: https://www.cgcom.es/sites/default/files//estatutos_omc_oct_2012_1.pdf (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

dignidad y prestigio, a cuyo efecto le corresponde elaborar los Códigos correspondientes y la aplicación de los mismos; (c) la promoción por todos los medios a su alcance de la constante mejora de los niveles científico, cultural, económico y social de los colegiados; y, (d) la colaboración con los poderes públicos en la consecución del derecho a la protección de la salud de todos los españoles y la más eficiente, justa y equitativa regulación de la asistencia sanitaria y del ejercicio de la Medicina.

En el año 1978 la OMC promulgó su primer Código de Ética y Deontología Médica, con la principal necesidad de establecer el reconocimiento y la necesidad de regular los colegios profesionales y el ejercicio de los profesionales titulados en el ámbito sanitario. Dicho Código fue actualizado en 1990, 1999, en 2011, denominado el primer Código de Deontología médica del siglo XXI⁸⁴². Dando paso, a su última actualización, aún en proceso, Código de Deontología Médica (2018)⁸⁴³.

Analizo, en primer lugar, el Código de Ética y Deontología Médica de la OMC. Guía de Ética Médica, de 2011⁸⁴⁴ (en adelante Código de la OMC), en sus manifestaciones con relación a la objeción de conciencia, adentrándome en la importancia que reside en tal herramienta, mostrando su capacidad precursora sobre la materia. A día de hoy, siendo una de las compilaciones normativas con mayor idiosincrasia.

En el Código de la OMC se trata la objeción de conciencia desde diferentes perspectivas. La primera, dedicada a la descripción del concepto, explica qué se entiende por objeción (arts. 32 y ss del Código de la OMC):

“Art.32: 1.- Se entiende por objeción de conciencia la negativa del médico a someterse, por convicciones éticas, morales o religiosas, a una conducta que se le exige, ya sea jurídicamente, por mandato de la autoridad o por una resolución administrativa, de tal forma que realizarla violente seriamente su conciencia. 2.- El reconocimiento de la objeción de conciencia del médico es un presupuesto imprescindible para garantizar la libertad e independencia de su ejercicio profesional. No es admisible una objeción de conciencia colectiva o institucional”

Y, posteriormente, desarrolla una descripción específica de supuestos en los que el profesional puede responder con un conflicto moral dejando de lado su obligación de atender a su deber, alegando objeción de conciencia. Los supuestos son: la huelga de

⁸⁴² Tal y como enuncia en su preámbulo de: Organización Médica Colegial. *Código de Deontología Médica. Guía de ética médica*, Madrid: Organización Médica Colegial de España, 2010, p. 7.

⁸⁴³ Puede consultarse la edición provisional de OMC. Código de Deontología Médica. Octubre, 2018. Disponible en: <https://statics-diariomedico.uecdn.es/cms/2018/11/Codigo-deontologico.pdf>. (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁴⁴ OMC. *Código de Deontología Médica. Guía de ética médica*, ob. cit.

hambre del paciente (art.12.4 del Código de la OMC), casos de reproducción asistida (art. 55.2 del Código de la OMC) e incapacidad para actuar en un juicio oral como perito (art. 62 del Código de la OMC)²⁷. Me parece interesante destacar, — con relación a las diferentes objeciones de conciencia estudiadas en la presente tesis, p.ej. la objeción de conciencia e ideario en Uruguay— que el Código de la OMC vigente reconoce la figura llamada objeción de ciencia entendida como la libertad de método y preinscripción de los profesionales (art. 33.2. del Código de la OMC de 2011). En la actualidad, la objeción de ciencia, parece traducirse en la disparidad de criterios en la praxis médica, a veces entendida o mal llamada objeción de conciencia, y a mi entender, figura poco utilizada profesionalmente.

En el del Código de la OMC, de 2011 vigente, se realizan unas consideraciones inimaginables a nivel estatal. Pese autodenominarse el primer Código de deontología médica del siglo XXI, en relación con la objeción de conciencia y a nivel de códigos deontológicos, otros instrumentos de la misma índole admitieron su ejercicio de forma precedente. Sin embargo, no puede refutarse que ante el resto de códigos de la profesión, este es el que reúne mayor especificidad al definir el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de la salud, dando tal elemento un arbitrio especial. Tanto es así, que el Código de la OMC tienen alcance internacional y sus artículos, son caracterizados de fructíferos para asociaciones internacionales del ámbito de la salud, cómo la AMM. A su vez, esta especialización en los conceptos de la materia, le ha pasado factura en el seno profesional y grupos conservadores han demandado judicialmente las pautas pactadas por la organización. Con objeto de discutir sobre la aplicación de estas normas en el aborto y la muerte digna⁸⁴⁵. En la actualidad, dicho código sigue vigente pendiente de las modificaciones posteriores, propuestas por el Código de la OMC de 2018, no exento de polémica, el cual analizo con relación a la objeción de conciencia.

Este último Código de la OMC, tiene como principal objetivo a sentar las bases de la OMC y dilucidar las contradicciones que el CGCOM observa entre el Código de la OMC vigente (2011) y la legislación. En principio, la innovación biomédica, Big Data y redes sociales son los temas que aparentemente giran en torno a la reforma del Código deontológico de la organización. Aunque, a mi parecer, es más significativo y el motivo principal de debate, la posible promulgación de la Ley de eutanasia⁸⁴⁶, y los artículos del

⁸⁴⁵ “El nuevo código ético enfrenta a los médicos sobre la objeción”, *El País*, de 30 de julio de 2011. Enlace: http://elpais.com/diario/2011/07/30/sociedad/1311976802_850215.html (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁴⁶ Para saber más acerca de esta regulación Cfr. con el apartado 5.2.2. A la prestación de ayuda para morir: la Proposición de ley orgánica de regulación de la eutanasia, del presente trabajo doctoral.

Código de la OMC vigente⁸⁴⁷. Tanto en los principios generales (art. 5 del Código de la OMC 2011), como en el Capítulo VII acerca de la atención médica al final de la vida (en concreto art. 36 del Código de la OMC 2011). Preceptos que muestran un proteccionismo hacia la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de su salud, incompatibles con el suicidio asistido o la eutanasia. Tanto es así, que el Código vigente, ya se adelanta a estos acontecimientos expresamente expone en su art. 36.3 (del Código de la OMC 2011) “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

La OMC, en definitiva, está a favor de una Ley orgánica que regule únicamente: el acceso universal y equitativo a los cuidados paliativos de calidad en el Sistema Nacional de Salud; y, el derecho a la sedación paliativa en la agonía, de forma científica y éticamente correcta sólo cuando existan síntomas refractarios a los recursos terapéuticos disponibles y se disponga del consentimiento del paciente implícito, explícito o delegado. Y remarca que en estas circunstancias no cabe la objeción de conciencia. Celebro que la OMC entienda que no cabe la objeción de conciencia ante la atención médica con relación a los tratamientos paliativos, en concreto la sedación paliativa una vez se tiene el consentimiento del paciente. Dado que, el ejercicio de la objeción de conciencia ante los tratamientos paliativos, en realidad es una mal entendida objeción, no ha lugar.

A día de hoy, la reforma del Código de la OMC de 2018, sigue sin fecha de publicación, en proceso de actualización, mediante consulta abierta y con 3.000 alegaciones⁸⁴⁸, que la Comisión Central de Deontología (de la OMC) debe revisar para volver a consultar a los Colegios de médicos, para su posterior y definitiva aprobación por la Asamblea General.

9.3.2. Pronunciamientos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

He dividido el presente apartado en dos epígrafes. El primero de ellos analiza las Declaraciones del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM en adelante) sobre objeción de conciencia. El segundo, se dedica exclusivamente analizar la Guía ética de la objeción de conciencia.

⁸⁴⁷ Con relación a dicho debate puede consultarse la Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido, de 21 de mayo de 2018.*

⁸⁴⁸ Tal y como muestra en su propia web el CGCOM, véase: <https://www.cgcom.es/taxonomy/term/395> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

9.3.2.a). Declaraciones sobre objeción de conciencia (1997 y 2009).

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM en adelante) se rige por los Códigos deontológicos promulgados por la OMC. Sin embargo, este Consejo se caracteriza por la publicación de Declaraciones, como instrumentos de posición acerca de temas relevante en el ejercicio de la profesión, que posteriormente serán utilizadas para la modificación del Código Deontológico de la OMC.

La primera Declaración del CGCOM sobre el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud, no parte de la premisa de una detallada definición del elemento, basada en la observancia y con voluntad de incluirla en el audaz Código de la OMC. Tales fueron las inquietudes alrededor de su ejercicio en la profesión que el 31 de mayo de 1997 la Asamblea central de la CGCOM se dedica exclusivamente a aprobar la “Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre objeción de conciencia”⁸⁴⁹. El CGCOM se desmarca del resto de organismos e instituciones estatales, declarándose pionero en el trato de la materia. De la mencionada Declaración destacan los siguientes planteamientos:

En primer lugar se exponen los argumentos que justifican la creación de la presente Declaración:

1. Se reconoce que el objeto de debate, ejercicio de la objeción de conciencia por el personal sanitario (en especial médicos) es sumamente actual. Y que esta polémica irá aumentando progresivamente a razón del reconocimiento y establecimiento de la diversidad ética alrededor del mundo.
2. Expone las situaciones en las que actúa el eximente, objeción, como episodios conflictivos y los clasifica mediante detonantes: la prescripción de las leyes, las órdenes del gestor sanitario, el deseo de los pacientes y la objeción de conciencia médica (entendiéndola como “lo que puede hacer en base a su conciencia”).
3. El objetivo de esta Declaración es “completar y confirmar la doctrina deontológica sobre objeción de conciencia, orientar la conducta de los profesionales médicos y contribuir al debate social, abriendo camino a la regulación omnicompreensiva, legal y deontológica de la materia”⁸⁵⁰.

Por otro lado, la Declaración, realiza las siguientes recomendaciones:

⁸⁴⁹ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre objeción de conciencia*, de 3 de junio de 1997.

⁸⁵⁰ Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre objeción de conciencia*, ob. cit., p.1.

1. En base al art. 27.2. del Código de Ética y Deontología Médica (versión del Código de la OMC de 1990), regulador de la prestación de ayuda y asesoramiento al Colegio de Médicos. Se sugiere crear un procedimiento, voluntario y confidencial en el que además la inscripción concluya con la comunicación de tal condición al Presidente del Colegio de Médicos.
2. La OMC se opone a la convocatoria de plaza para no objetores de conciencia, calificándola de ilegales y anticonstitucionales.
3. *A sensu contrario*, la declaración de objetor tampoco puede beneficiar al profesional.
4. Propone el reconocimiento del ejercicio de objeción de conciencia en órdenes administrativas y económicas, de la siguiente manera: “También podrán los médicos negarse a cumplir aquellas órdenes de contenido económico o administrativo, impuestas por la autoridad sanitaria, si violentaran su conciencia y libertad o pudieran causar perjuicio o daño a los enfermos”⁸⁵¹.

El 24 de octubre de 2009, la Asamblea General del CGCOM, con relación a la objeción de conciencia, aprobó la Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico⁸⁵². Tra la reforma del Código Deontológico de la OMC en 1999, y con la voluntad de una mejor inclusión, del ejercicio de la objeción de conciencia en las profesiones, en el nuevo Código de la OMC. La presente Declaración nace del reconocimiento de que el ejercicio de la objeción de conciencia no está regulado expresamente en el Código de la OMC, pese a incluirse una apartado con unos cuantos artículos; sirviendo la presente Declaración como instrumento para completar la doctrina deontológica sobre objeción de conciencia, orientar la conducta de los médicos y trasladar esta información a la sociedad⁸⁵³. En especial, y a diferencia de la Declaración anterior, esta nueva Declaración intenta describir, con mayor detalle, aspectos propios de la objeción de conciencia. Entre los cuales destaco:

1. La objeción de conciencia se ejerce tanto en la institución que se trabaja como asalariado, como por cuenta propia.
2. En casos de urgencia, y pese a ser objetor, debe brindarse atención médica, incluso aunque esta urgencia tenga que ver con la actividad objetada.

⁸⁵¹ *Ibidem*, p. 3.

⁸⁵² Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. *Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico*, de 24 de octubre de 2009.

⁸⁵³ *Ibidem*, p. 1.

3. El objetor, debe comunicar su objeción a los responsables de la Institución para la que trabaje. Y, opcionalmente, podrá comunicarlo a su Colegio Profesional.
4. Se enumeran una serie de supuestos, en el ejercicio de profesión, donde puede motivarse la objeción de conciencia siendo estos: la IVE, contracepción, terapias con células madre embrionarias, eutanasia, y, rechazo y demanda de tratamientos, alimentación forzada de reclusos en huelga en hambre.

A razón de las Declaraciones anteriores, sólo cabe precisar que una vez más el CGCOM da una lección de sensatez. Reconoce la parcialidad del Código de la OMC acerca de la materia e insta a su mejora mediante recomendaciones, algunas de las cuales se ven reflejadas en el nuevo articulado, instaurado en base a la reforma que da como resultado el Código de 2011 vigente en la actualidad; y, pendiente, como ya he enunciado con anterioridad, de aprobar la reforma propuesta de 2018 .

De las anteriores Declaraciones, manifestaré a continuación, mi opinión. En primer lugar, y pese una vez más reconocer la genialidad meritoria de pronunciarse sobre esta temática por primera vez, considero que un procedimiento, voluntario, confidencial y comunicable en propia persona al Presidente del Colegio de médicos sea trabajo del médico objetor como único responsable. Pues precisamente el condicionante de voluntariedad, sería lo que declinase la balanza hacía su no realización. El CGCOM refiere una magnífica iniciativa pero la misma carece de fuerza esperando el buen hacer de los profesionales. Un optimismo que previsiblemente se truncaría por el derecho a la intimidad, que los mismos alegarían precisamente para no participar en tal circuito. Y una responsabilidad que no sólo atañe al objetor ejerciente, sino que también corresponde al gestor sanitario e institución que brinda la prestación para dar la correcta atención al usuario del sistema de salud. Afortunadamente, la idea ha madurado, y actualmente esta propuesta innovadora ha desembocado en un registro del ejercicio de la objeción de manera interna y “voluntaria” (entrecomillo esta opcionalidad pues a mi entender, llegará un punto que el profesional deba comunicar su condición de objetor ejerciente, si y sólo si, llega el caso de manifestarse como tal ante el paciente en primer plano, y su superior en el segundo para eximir la prestación. ¿Pueden haber casos en los que nunca se declare? Sí, aunque en un porcentaje muy limitado. ¿La inscripción en tales registros sigue siendo voluntaria, si es el gestor el que tras un episodio (tal y como los interpreta el CGCOM) advierte la derivación de un paciente? A mi modo de entender no, pero es una incógnita que CGCOM no soluciona en esta Declaración, ni ha enmendado posteriormente. Sin embargo, otras instituciones sanitarias o incluso Comités de Bioética han superado esta voluntariedad. Arguyendo la obligatoriedad de inscripción del objetor en tales registros con un plazo temporal mayoritariamente de un

mes⁸⁵⁴ - que habitualmente se ofrece tras la vigencia de la normativa que especifica tal circunstancia o tras el inicio de la relación laboral entre profesional y centro-.

En segundo lugar, la polémica acerca de las convocatorias tanto de plazas para médicos objetores como para médicos no objetores es de lo más compleja. Al tratar el CBN de Italia expuse la convocatoria de plazas para médicos no objetores como, al parecer basándome en los testimonios y datos recabados, única solución posible ante la problemática situación del aborto en el país. Por un lado, tanto beneficiar al médico por su condición de objetor como por no serlo, evidentemente es una situación paradójica. Por otro, lo que verdaderamente me suscita interés, es el beneficio indirecto (por llamarlo de algún modo) al que los objetores de conciencia están condicionados de manera innegable, al que instituciones y pacientes estamos sometidos sin apenas oposición⁸⁵⁵. Bajo esta perspectiva ¿Es incoherente ofertar un puesto laboral bajo un condicionante en la materia? Legalmente sí, aunque desde la perspectiva deontológica, al margen de las aseveraciones del CGCOM, posiblemente sería un sí deleznado por su papel equitativo. De modo que, deontológicamente hablando, tampoco es muy lícito consentir la sobrecarga de trabajo o encasillamiento de profesionales a la realización de una única tarea (no gustosa); e incluso la no prestación de un servicio ofertado en el sistema sanitario estatal. Según la Declaración de la CGCOM está basada en la equidad de ambas posiciones – ni convocatoria para no objetores, ni ventajas para los objetores-, aunque lamentablemente es una recomendación idílica en la que la condición de objetor, desde la perspectiva jurídica que no deontológica, en contra de la voluntad del dictamen suele posicionarse en una situación privilegiada.

En tercer y último lugar, está la impertérrita recomendación de la Declaración en la que se posibilita el ejercicio de la objeción de conciencia en órdenes de contenido económico y administrativo dentro del ámbito de la salud. Califico de impasible tal afirmación porque atendiendo a tal aseveración la problemática desatada por el Real Decreto 16/2012, 20 de abril de España⁸⁵⁶ carece de sentido. Vayamos por partes; recuerden que el Real Decreto anterior, incito a la práctica de sistemáticas objeciones de conciencia argüidas en el “derecho a curar” de los profesionales, una objeción de conciencia que ejercida bajo los

⁸⁵⁴ Cfr. Las recomendaciones del Comité de Bioética de España al respecto y Cfr. con el sistema impuesto en la CCAA de Navarra en el que el profesional tiene 7 días hábiles para inscribir su condición de objetor en el registro institucional.

⁸⁵⁵ Considerando el ejercicio de la objeción de conciencia como un derecho directriz. Cfr. PAZOS HAYASHIDA, Javier. «Autonomía del Paciente y Libertad del Profesional Sanitario. (De la Protección del Sujeto a la Objeción de Conciencia en Medicina)», *IUS: Revista de investigación de la Facultad de Derecho*, núm. 4, 2012, pp. 12-14.

⁸⁵⁶ Véase el apartado 5.1.3. del presente trabajo doctoral con relación a la objeción de conciencia sanitaria. “Un caso especial: España y el Real Decreto 16/2012, de 20 de abril”. Cfr. SOBRINO GUIJARRO, Irene. «Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España», *Lex social. Revista de derechos sociales*, vol. 3, núm 2, 2013, pp.127-158 ; PEREZ-MORENTE, Maria Angeles (et al.). «Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud», *Revista de Paz y Conflictos*, vol. 10, núm. 2, 2017, pp. 207-232.

cánones defendidos por la campaña no era viable y se convertía en desobediencia civil (al margen de que dicho Real Decreto sea inconstitucional, pues tal condición aún no le ha sido asignada y por tanto, sigue vigente). Por tanto, basándome en el anterior ejemplo posterior en el tiempo que la recomendación de la Declaración, afirmo que legalmente el ejercicio de la objeción de conciencia frente órdenes económicas o administrativas de un gestor sanitario no es viable. Aunque a nivel socio-político se admitan ejercicios parecidos (no participar en una mesa electoral, evasión de ciertos impuestos, no participar en el SMO..etc), en el ámbito de la salud y concretamente frente a órdenes económicas o administrativas el ejercicio de objeción de conciencia está fuera de lugar. Bajo estos condicionantes, a nivel sanitario y como ejemplo, menciono la Sentencia del TS español 3369/2010, de fecha 21 de junio de 2010, en la que se deniega el derecho a la objeción de conciencia a funcionarios que participaban en un programa de intercambio de jeringuillas en centros penitenciarios. Tal y como propone la Declaración del CGCOM los funcionarios exponen su voluntad de ejercer la objeción de conciencia frente a una medida institucional, un programa en el que coexisten medidas económicas y administrativas, pero el TS aclara que “el derecho a la objeción de conciencia en un caso como el que nos convoca no es el derecho a no participar en el Plan de Intercambio de Jeringuillas, sino el derecho a ser declarado exento del deber general de prestarlo”⁸⁵⁷ ante lo que el TS deniega infaliblemente la pretensión a los solicitantes (los Auxiliares Técnicos Sanitarios).

9.3.2.b). Guías de ética en la práctica médica. Ética de la objeción de conciencia (2008).

El CGCOM, en colaboración con la Fundación Ciencias de la Salud⁸⁵⁸, ha publicado una colección de guías de ética en la práctica médica. Estas guías, en la actualidad 13 volúmenes, tratan diversos temas que pueden suscitar problemas en la práctica de la profesión. La base de cada una de las guías, es la exposición de cada problemática en la profesión. En la guía se exponen diferentes casos prácticos, bajo la misma temática, y albergando la solución de cada uno de ellos, desde la perspectiva ética. Existen tantos casos como problemas haya detectado el CGCOM, acerca del tema concreto, en el ejercicio

⁸⁵⁷ *Procedimiento TS 3369/2010*, Recurso de casación del Tribunal Supremo, fecha 21 de junio de 2010, Sección 5, Madrid (Antecedente de Hecho núm. 2).

Para entender el razonamiento y la denegación del ejercicio de objeción de conciencia invito a leer la Sentencia al completo y con especial atención el Fundamento de Derecho 2º, 3º y 4º de la Sentencia 3369/2010, del Tribunal.

⁸⁵⁸ La Fundación Ciencias de la Salud, fundada en 1991, presidida en la actualidad por Diego Gracia, y definida según su presentación como una entidad sin ánimo de lucro con la vocación de ser un lugar de encuentro para los distintos sectores sociales involucrados en el mundo sanitario. Fundación especializada en las áreas de bioética, prevención y educación sanitaria. Para saber más, consúltese su página web: <https://www.fcs.es/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

de la profesión.

Destaco la Guía ética de la objeción de conciencia (2008), no propiamente por los casos que en ella se exponen, si no por la caracterización del contenido de la objeción de conciencia que dicha Guía se hace. Si bien, la Guía, distingue previsiblemente entre objeción de conciencia, desobediencia civil e insumisión. Los autores, introducen los términos pseudo-objeción y cripto-objeción, justifican su creación en “la definición de distintos ámbitos mezclados o confundidos con el de la objeción de conciencia propiamente dicha”⁸⁵⁹. Se entiende la pseudo-objeción como objeciones de conciencia, que se pretenden hacer por parte del profesional, falsas. Estas pseudo-objeciones, son situaciones en las que a primera vista se podría ejercer la objeción, sin embargo, no se cumplen los requisitos para que la misma se dé. También podría considerarse una pseudo-objeción, aquellos casos que AHUMADA RUIZ interpreta como “objeción de conciencia por conexión”⁸⁶⁰. Este tipo de objeción, ficticia, se caracteriza por el vínculo entre el trabajador, que define objetor por sus creencias, en concreto sus tareas laborales con la práctica a la que objetan. En esta variable actuarían todos los profesionales que no fuesen los médicos que participan directamente en la prestación, enfermeros en los que su tarea no incide en la prestación objetada, asistentes sanitarios o farmacéuticos⁸⁶¹.

Una de las pseudo-objeciones más habituales son: tratar a pacientes en contra de la voluntad de los mismos, bajo el argumento de buena praxis médica y objeción de conciencia médica (inexistente)⁸⁶²; o, no informar ni prescribir métodos anticonceptivos, que no guardan

⁸⁵⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia*. Guías de ética en la práctica médica (col.). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2008, p. 7; SEOANE RODRÍGUEZ, José Antonio. «El perímetro de la objeción de conciencia médica. A propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová», *ob. cit.*, pp. 11-12.

⁸⁶⁰ AHUMADA RUIZ, Marian. «Una nota sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios», *Revista Jurídica de la Universidad Autónoma de Madrid*, vol. 1, núm. 35, 2017, pp. 309-310.

⁸⁶¹ MIGUEL BERIAIN, Iñigo de. «La objeción de conciencia del farmacéutico: una mirada crítica». *RDUNED : Revista de Derecho UNED*, núm. 6, 2010, p. 182. En este mismo sentido se pronuncian: ROMEO CASABONA, Carlos María. «La objeción de conciencia en la praxis médica», *Estudios Jurídicos en memoria del profesor Dr. D. José Ramón Casabó Ruiz*, vol. 2, Valencia: Universidad Valenciana, 1997, p. 741; PRIETO, Vicente. La objeción de conciencia en instituciones de salud. Bogotá-Colombia: Termis, 2013, p. 26; TALAVERA FERNÁNDEZ, Pedro Agustín “La objeción de conciencia y su repercusión en el ámbito sanitario”. En: BELLVER CAPELLA, Vicente. *Bioética y cuidados de enfermería*, vol. 2, 2014. pp. 241-26. Y en sentido contrario: RUIZ MIGUEL, Alfonso. *El aborto problemas constitucionales*, Madrid: Centro de estudios constitucionales, 1990, p. 117; SIEIRA MUCIENTES, Sara. *La objeción de conciencia sanitaria*, Madrid: Dykinson, 2000, p. 230; LUNA, Florencia (et al.). Objeción de conciencia y aborto. Buenos Aires: Flacso, 2016, p. 20 y p. 34. Y, reconocimiento como objetor a tareas conectadas con la práctica únicamente en caso de dirigir administrativamente dicha prestación o respecto a brindar información sobre la prestación ESCOBAR ROCA, GUILLERMO. La objeción de conciencia en la Constitución española, Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993, pp. 383-385.; FLORES MENDOZA, Fátima. *La objeción de Conciencia en Derecho Penal*, Granada: Editorial Comares, 2001, p. 432.

⁸⁶² A modo de ejemplo pueden consultar, en relación con la pseudo-objeción, el “Caso 10. Ingreso hospitalario en contra de la voluntad del paciente” de GRACIA GUILLÉN, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia*. Guías de ética en la práctica médica (col.), *ob. cit.*, pp. 71 y ss.

necesaria relación con la IVE pues son actos previos⁸⁶³, una vez más al amparo de una objeción profesional no válida. En definitiva, el razonamiento principal de la pseudo-objeción es la denuncia de una conducta irregular por parte del profesional, al amparo de una objeción de conciencia irreal.

Por otro lado la cripto-objeción es, para los autores de la Guía, una objeción encubierta donde “los objetores de conciencia no objetan abiertamente pero actúan como si objetarán⁸⁶⁴”. Tal y como se advierte en la Guía, muchas cripto-objeciones, son además pseudo-objeciones, dado que los profesionales que ejercen las cripto-objeciones no tienen auténticos motivos para ello. El claro ejemplo, de cripto-objeción según la Guía, es la justificación de la no realización de determinadas prestaciones sanitarias, bajo argumentos de justificación profesional no morales, si no con relación a las tareas diarias de los profesionales en cuestión. El ejemplo más claro es la no dispensación de tratamientos paliativos por parte de una cardióloga, argumentando que no son los tratamientos al los que está acostumbrada⁸⁶⁵.

9.3.3 Código de deontología del Colegio Oficial de médicos de Cataluña (2005).

La elección del Código de deontología del Colegio Oficial de médicos de Cataluña⁸⁶⁶ (CCMC en lo sucesivo) para continuar este epígrafe radica en tres razones. La primera de ellas es que se trata de un código deontológico anterior, con relación a la última versión vigente del Código de la OMC, lo cual me permite distinguir y elogiar el trabajo de este organismo; la segunda es que es un código aplicable a nivel autonómico, suscrito por los Colegios oficiales de médicos de las cuatro provincias que forman la CA de Cataluña — es decir, Colegio Oficial de Médicos de: Barcelona (COMB); Girona (COMG); Tarragona (COMT); y Lleida (COMLL)— ello brinda la oportunidad de resaltar el distinto proceder entre el ámbito genérico (entendido como el proceder del CCMC) y las CCAA (cada uno de los colegios anteriormente citados); la tercera y última razón, es que *el Col·legi Oficial del Metges de Catalunya*, originó en dicha comunidad autónoma, y en concreto la provincia de Barcelona (COMB), una remarcable defensa de los profesionales objetores de conciencia,

⁸⁶³ En relación con la situación descrita, pueden consultar el “Caso 13. Objeción a un método anticonceptivo” de GRACIA GUILLÉN, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia*. Guías de ética en la práctica médica (col.), *ob. cit.*, pp. 84 y ss.; AHUMADA RUIZ, Marian. «Una nota sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios», *ob. cit.*, pp. 307-320.

⁸⁶⁴ GRACIA GUILLÉN, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia*. Guías de ética en la práctica médica (col.), *ob. cit.*, p. 7.

⁸⁶⁵ GRACIA GUILLÉN, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia*. Guías de ética en la práctica médica (col.), *ob. cit.*, pp. 155-157

⁸⁶⁶ Colegio Oficial de Médicos de Cataluña. *Codi de Deontologia del Col·legi Oficial de Metges de Catalunya*, Barcelona, 2005.

basada en un entramado de reconocimiento público y medios de soporte, listos para el uso de los profesionales, tanto los que ya eran declaradamente objetores como los que se estaban planteando serlo.

El Código de deontología del Colegio Oficial de Médicos de Cataluña (2005), es un caso totalmente distinto al Código del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, y a su vez recuerda ligeramente a lo que se denuncia en ambas Declaraciones acerca del ejercicio de objeción de conciencia de CGCOM. A nivel constitutivo, el *Codi de deontologia* del CCMC, se limita a reproducir el contenido de las leyes específicas en materia de objeción de conciencia en el ámbito de salud. E incluso evoca a un esfuerzo menor, quizás justificada en la anterioridad del código frente a tales leyes específicas estatales, ya que en dicha compilación no se describe propiamente la objeción de conciencia, sino que en su norma 6 se hace un reconocimiento implícito de la misma⁸⁶⁷ de la siguiente manera:

“Cap metge no podrà ésser ni discriminat ni rebutjat quan, per fidelitat a la seva consciència, es negui a emprar o empri una determinada terapèutica o mitjà de diagnòstic. Caldrà, però, que el metge, en tots els casos, ho hagi advertit abans personalment al pacient o, quan es tracti d'un incapacitat o un menor, a la persona directament responsable d'aquest.”

Pese a la funesta definición sobre la materia, el CCMC ha desarrollado distintos medios en los que debatir el contexto de la objeción de conciencia de los profesionales catalanes. Siempre desde una perspectiva proteccionista hacia los personal médico -hasta el punto de situarse en iguales condición que otras instituciones profesionales especializadas únicamente en la materia véase ANDOC⁸⁶⁸- , de amparo hacia el ejercicio de la objeción de conciencia.

De entre los medios, destaco dos con especial detalle. El primero el *Programa d'Ajut Integral al Metge Malalt* (PAIMM), que detallare en el siguiente apartado, dado que fue el Col·legi Oficial de Metges de Barcelona fue su creador, y posteriormente, CCMC se unió al mismo. Y el segundo, la *Finestreta Única* (FU, 2010). A raíz de las modificaciones en la normativa en materia de prestación de servicios profesionales⁸⁶⁹, para reforzar los principios de libertad de establecimiento y libre prestación de servicios por parte de los profesionales, considerando el fácil acceso, la transparencia y la información para prestadores de servicios y ciudadanos. En este marco, se instaura la Ventanilla Única del

⁸⁶⁷ *Ibidem*, p. 6.

⁸⁶⁸ Asociación que posee un apartado en esta parte de la tesis doctoral por su inigualable ahínco en la defensa de la conciencia profesional. *Vid.* apartado 9.4.4. del presente trabajo doctoral.

⁸⁶⁹ España. Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 283, 23 de noviembre de 2009, pp. 99570 a 99593.

CCMC, una nueva herramienta de comunicación electrónica para todos los colegiados y también para los consumidores y usuarios para realizar los trámites y para acceder a la información colegial. Un instrumento útil, tanto para profesionales a través del apartado "Trámites colegiales, solicitudes y formularios"⁸⁷⁰ dónde se facilita la información, formalización y seguimiento de los trámites y procedimientos a realizar por los anteriores; como para los consumidores y usuarios, dónde a través del apartado "Información General por los usuarios y consumidores y por los colegiados"⁸⁷¹ pueden consultar la normativa estatutaria, deontológica, y datos profesionales de los médicos y sociedades profesionales inscritas en el Registro del Colegio de Médicos autonómico correspondientes profesionales — COMB, COMG, COMT, COMLL—, y las vías de reclamación y quejas relativas a la actividad colegial.

9.3.4. Documento de posición sobre la objeción de conciencia. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (2010).

El *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* es una institución fundada en 1894, es la corporación centenaria surgida y consolidada para defender los intereses colectivos de la profesión médica y, al mismo tiempo, velar por la buena práctica de la Medicina y por el derecho de las personas a la protección de su salud⁸⁷². He seleccionado el *Col·legi Oficial de Metges de Barcelona* (COMB), para continuar con este análisis deontológico por diversas razones. La primera de las razones es que es uno de los colegios profesionales que se ha pronunciado sobre la cuestión que esta tesis ocupa. Cinco años más tarde de la publicación del *Codi de Deontologia* del CCMC, en su boletín *Servei d'Informació Col·legial* núm jul-oct 2010 el COMB publica el "*Document de Posició del COMB núm. 17: sobre l'objecció de consciència*"⁸⁷³. En primer término, en la citada publicación, el COMB expone el contexto del ejercicio de la objeción de conciencia existente; elogia la promulgación de la Ley 2/2010, sobre la IVE, así como el reconocimiento explícito de la objeción de conciencia presente en su articulado, recordando además la norma 6 del CCMC, ya advertida. En segundo término, basándose en el contexto coetáneo hace unas declaraciones numeradas, ente las que enfatizo con valiosa importancia la núm. 10, en la cual se indica:

"El Col·legi Oficial de Metges de Barcelona s'ofereix com a instancia de mediació per

⁸⁷⁰ Puede accederse a la FU del CCMC, mediante su página web: <http://www.ccmc.cat/home.htm> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁷¹ *Ibidem*.

⁸⁷² Para más información sobre la institución, Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, pueden consultarse sus Estatutos en: <https://www.comb.cat/cat/colegi/docs/estatuts.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁷³ Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. *Document de Posició del COMB núm. 17: sobre l'objecció de consciència*, junio de 2010.

*dirimir amb confidencialitat i respectant l'opinió dels Comitès d'Ètica Assistencial de cada centre, els possibles conflictes derivats de l'exercici de l'objecció de consciència dels metges. Amb aquesta finalitat es crea una comissió específica*⁸⁷⁴.

Este modelo a seguir, expuesto por el COMB, muestra la practicidad reconocida de los CEA aunque a su vez, pese a respetarlos, se tildan de insuficientes en trances donde la conciencia profesional esté implicada. Si bien desde las primeras páginas de este estudio doctoral he defendido la capacidad mediadora y decisoria de los CEA, el COMB considera frente esta afirmación que la ardua tarea de prestar servicios de salud con plantilla objetora, va en una cantidad notable de ocasiones, más allá de las competencias y posibilidades de los CEA catalanes. Por ello, se ofrece nuevamente de mediador y además configura una comisión específica dentro del colegio, para que los profesionales objetores o dudosos de serlo acudan, pudiendo paliar y resolver los conflictos que ante este dilema sucedan. Por el momento, y hasta la fecha, desde su disposición no se han registrado consultas en el organismo especializado⁸⁷⁵, pese a que su necesaria función se sigue reconociendo dentro del COMB⁸⁷⁶.

La capacidad del COMB de incidir en la evolución de la materia objeto de esta tesis no termina con ese documento, sino que cabe mencionar dos instrumentos más. El primero de ellos, el *Programa d'Ajut Integral al Metge Malalt* (PAIMM). Este Programa, fue creado en 1998 por el COMB conjuntamente con el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la *Generalitat de Catalunya* y el Servicio Catalán de la Salud. Al que, el CCMC se adherió posteriormente creando conjuntamente, con COMB, la Fundación Galatea, actual gestora del programa⁸⁷⁷. El PAIMM, tiene como finalidad asistir, de manera integral, los médicos que sufren problemas psíquicos y / o conductas adictivas, para asegurar que reciban el tratamiento adecuado y, en consecuencia, puedan ejercer la medicina en las mejores condiciones posibles para la salud de sus pacientes⁸⁷⁸. El PAIMM, es un ejemplo, como muestra de control y garantías del sistema de salud frente a la adversidad de una

⁸⁷⁴ *Ibidem*, p. 3.

⁸⁷⁵ Así se expone en una noticia de prensa unos meses más tarde. Cfr. "Ningún médico en Barcelona se ha acogido a la objeción de conciencia en el aborto", *Europapress*, de 20 de diciembre de 2010. (*acceso sólo para abonados*).

⁸⁷⁶ El ejercicio de la objeción de conciencia sólo ha vuelto hacerse eco en el COMB en 2014 con un nuevo documento sobre la IVE. Sobre el cual el Dr. Josep Terés defiende como coordinador del Document de Posició del COMB sobre la interrupció de l'embaràs en TERÉS QUILES, Josep. «Document de Posició. Sobre la interrupció voluntaria del embaràs», *Revista del COMB*, octubre 2014, pp. 24-25.

⁸⁷⁷ A raíz de la experiencia PAIMM, y con el objetivo de cuidar la salud de los profesionales de la salud, en 2001 el CCMC creó la Fundación Galatea, una organización que da asistencia a los profesionales de la salud con problemas de salud mental y adicciones. Para más información sobre la Fundación: <https://www.fgalatea.org/ca/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁷⁸ Para más información, sobre PAIMM: https://paimm.fgalatea.org/ca/que_es.html (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

enfermedad por parte del profesional⁸⁷⁹. La incursión dentro del programa supone una protección no solo para del profesional sino también para el paciente, frente a la prestación requerida. El procedimiento material del PAIMM así como sus características se plantean en el *modelo propuesta* como una posible variable.

El segundo instrumento del COMB, la aplicación de FU⁸⁸⁰ — mencionada en CCMC—una aplicación informática inducida en la web del COMB, que facilita el acceso a la población general y colegiados a una serie de datos sobre estos últimos. Esta publicidad, traducida en voluntad informativa hacia la ciudadanía, la utilizaré como argumento a favor de que el registro de objetores sea público, con un acceso controlado e individual. Rompiendo con la idea de lista privada organizativa (defendida por bajo razones de control de los gestores sanitarios sobre sus trabajadores) y sin compartir el concepto de “lista pública” donde los datos de los objetores ejercientes se exhiben sin piedad y bajo estigma.

9.3.5. Código de Deontología de la profesión farmacéutica. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (2018).

El Consejo General es el órgano de representación, coordinación y ejecutivo superior de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, en el ámbito del Estado e internacional, y tiene, a todos los efectos, la condición de Corporación de Derecho Público, con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines. Su misión es representar a la profesión farmacéutica en el ámbito nacional e internacional, promocionando los intereses de los farmacéuticos, facilitando su avance profesional en beneficio de la sociedad y proporcionando una oferta de servicios de máxima calidad⁸⁸¹.

Dos años después de que se anunciara su elaboración, el Consejo General de Colegios Oficiales de farmacéuticos de España aprobó, en marzo de 2018, el Código Deontológico de la Profesión Farmacéutica (en adelante CDPF)⁸⁸².

El CDPF, aprobado de forma unánime, consta de catorce capítulos y cincuenta y cuatro artículos, y se adapta a las realidades sanitarias y sociales, con las que se enfrenta el

⁸⁷⁹ Actualmente, la Fundación Galatea desarrolla diferentes programas de ayuda a los profesionales de la sanidad enfermos de las áreas de la medicina (PAIMM), enfermería (RETORNO), veterinaria (ASSIS), farmacia (ITACA), psicología (PSYQUE), odontología (APOL·LÓNIA), trabajadores sociales (SOPORTES) y fisioterapeutas (AFI) y consecuentemente garantizar una mejor calidad asistencial a los ciudadanos.

⁸⁸⁰ Puede consultar la FU del COMB en: <https://www.comb.cat/cat/tramits/home.htm> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁸¹ Definición expuesta en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/organizacionfcolegial/portal-transparencia/Paginas/Presentacion.aspx> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁸² Véase en la web del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona (en adelante COFB): <https://www.cofb.org/documents/10136/1068959/codi-dentologia-professio-farmaceutica-cat.pdf/aa53e90a-2814-4779-9696-edc6ff70412> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

colectivo a diario. Algunas de las cuestiones más importantes que incluye esta nueva regulación en la profesión farmacéutica son: (I) como debe ser el trato al paciente; (II) la imposición de una obligación en formarse de forma continua, y el comportamiento del profesional en el campo de comunicación de forma pautada; (III) Reglas básicas para comunicarse con otros profesionales sanitarios o grupos institucionales, como por ejemplo, con la administración pública); (IV) el obligado cumplimiento de cualquier colegiado de informar sobre cualquier infracción presunta, ya sea por parte de sus compañeros como por parte de cualquiera de los integrantes de la relación sanitaria. Se hace mención a las nuevas tecnologías, en concreto a la divulgación y el uso que el profesional hace de las mismas, y se distingue entre la comunicación institucional, y la comunicación personal. El código considera que estas últimas deberían evitarse para no confundir las opiniones personales de los profesionales y los juicios valorativos de la corporación que les representa.

Se le da una especial relevancia al ejercicio de la objeción de conciencia por parte del colectivo, en los arts. 46 a 47, en los que se configura como un derecho. El CDPF precisa que

“La objeción de conciencia no es el cauce adecuado para resolver conflictos derivados de controversias científicas, técnicas y profesionales” (art. 46.4).

Pese a que la definición indirecta sobre el ejercicio de la objeción de conciencia es de lo más innovadora, entiendo que el CDPF no supondrá un claro avance. Recordemos, para demostrar la poca practicidad de la definición de objeción de conciencia para la resolución de conflictos, la Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2015 de 25 de junio. Los antecedentes de la misma versan en que el cotitular de una farmacia de Sevilla es sancionado en fecha quince de octubre de 2008, por su CA por carecer de medios anticonceptivos, tales como preservativos y píldora del día después (levonorgestrel). Los hechos se evaluaron como una infracción grave según las normas reguladoras de la profesión⁸⁸³, resultando en una sanción económica. El cotitular de farmacia impugnó la resolución sancionadora, que fue desestimada por el Juzgado Contencioso Administrativo número 13 de Sevilla, en fecha 2 de noviembre de 2011, tras lo que decide interponer un

⁸⁸³ En concreto arts. 22.2.d) y 75.1 d) de la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 254, 28 de diciembre de 2007, pp. 6-24.

Así como el art. 2 del Anexo del Decreto 104/2001, de 30 de abril, por el que se regulan las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos de distribución. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 62, 31 de mayo de 2001.

Modificado el anterior por, Orden de 17 de enero de 2011, por la que se actualiza el contenido del Anexo del Decreto 104/2001, de 30 de abril, por el que se regulan las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y almacenes farmacéuticos de distribución. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 27, 8 de febrero de 2011, pp. 5-11.

recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, alegando vulneración de su derecho de objeción de conciencia, como manifestación de la libertad ideológica contenida y reconocida en el art.16.1. de la CE.

La objeción de conciencia en la profesión farmacéutica y concretamente en el sector farmacéutico sevillano, en ese momento estaba reconocida en dos cuerpos normativos; (a) art.8.5 de los Estatutos del Colegio de farmacéuticos de Sevilla y (b) arts. 28 y 33 del Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica.

El primero de los preceptos citados incluye en el apartado correspondiente a los derechos básicos de los farmacéuticos colegiados, el siguiente:

“Derecho a la objeción de conciencia en la práctica de su actividad profesional. El colegiado al que se le impidiese o perturbase el ejercicio de este derecho conforme a los postulados de la ética y deontología profesionales se le amparará por el Colegio ante las instancias correspondientes”

De este artículo incluido en el Estatutos del Colegio farmacéutico sevillano⁸⁸⁴ caben destacar dos rasgos muy significativos; el primero de ellos es que la objeción de conciencia se considera, por su inserción en el tercer capítulo, un derecho de los profesionales del sector. Y para más entidad, se corrobora dentro del artículo como un derecho básico. Remarcar ese carácter primario en la objeción de conciencia, la reafirma como una posibilidad intrínseca en el ejercicio de la profesión.

Los siguientes artículos, incluidos en el Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica⁸⁸⁵, anidan en dos apartados correlativos, el art. 28 en el apartado IV en el que se describen las relaciones del profesional farmacéutico con la sociedad:

“La responsabilidad y libertad personal del farmacéutico le facultan para ejercer su derecho a la objeción de conciencia respetando la libertad, el derecho a la vida y la salud del paciente”.

Y el segundo, art. 33, en el apartado V. correspondiente a las relaciones de los

⁸⁸⁴ El art.8.5 de los Estatutos del Colegio Farmacéutico de Sevilla (CFS) no se modifica en la Orden de 30 de julio de 2014, por la que se aprueba la modificación de los Estatutos del Colegio Profesional de Educadoras y Educadores Sociales de Andalucía y se dispone su inscripción en el Registro de Colegios Profesionales de Andalucía. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, núm. 152, 6 de agosto de 2014, pp. 140-165.

⁸⁸⁵ Elaborado por la Comisión del Código Deontológico del Consejo General de Colegio Oficiales de Farmacéuticos de España. El documento, *Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica*, fue aprobado el 14 de diciembre de 2001 por la Asamblea General de Colegios. Ahora bien, esta norma deontológica no tiene fuerza legal puesto que, aunque ya fi gura en el Estatuto de la Profesión Farmacéutica, éste está pendiente de aprobación por el Ministerio de Sanidad.

profesionales del sector con la corporación farmacéutica:

“El farmacéutico podrá comunicar al Colegio de Farmacéuticos su condición de objetor de conciencia a los efectos que se considere procedentes. El Colegio le prestará el asesoramiento y la ayuda necesaria”.

En la misma línea que el Código actual (CDPF), el Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica encuadra la objeción de conciencia como una posibilidad, al parecer no tan remota y excepcional, dado que su ejercicio puede ir acompañado de asesoramiento y ayuda siempre que el profesional lo necesite. Sorprende de esta normativa, la inclusión del ejercicio de la objeción de conciencia dentro del apartado correspondiente a las relaciones del profesional farmacéutico para con la sociedad, y que en ese mismo articulado no se incluyan los deberes de los objetores practicantes sobre la información hacia los pacientes. O incluso, y en la misma línea, que el profesional objetor ejerciente encuentre soporte en la corporación farmacéutica, pero que esta misma no estipule sobre el control del ejercicio de la eximente laboral dentro de dicha profesión en cuestión.

El recurso de amparo interpuesto por el cotitular del establecimiento, se basaba – como en la gran mayoría de casos de objeción de conciencia en la profesión farmacéutica – en que la obligación legal de tenencia de la “píldora del día después” es contraria a sus convicciones sobre el derecho a la vida, dado que la misma supone una interrupción del proceso gestacional y por tanto, un aborto. Y a su vez, esta consecuencia supone un dilema moral para el profesional que se traduce en realizar un acto concreto contra su conciencia. El Tribunal Constitucional otorga el amparo al demandante por vulneración de su derecho a la objeción de conciencia reconocido, bajo interpretación extensiva en el art.16.1 CE frente a la no tenencia de la “píldora del día después” en su establecimiento. Señala que no abastecer preservativos no supone ningún conflicto de conciencia reconocido, ni de forma extensiva bajo la misma fórmula constitucional (FJ 6) - aunque existen votos particulares en la sentencia que siguen una línea contraria-. De la argumentación constitucional, sobre la no tenencia de preservativos, se desprende que la sanción interpuesta en instancias previas, resultan nulas. Por tanto, la falta de preservativos y de “píldoras del día después” deben enjuiciarse por separado, pues inciden de manera distinta en la objeción de conciencia farmacéutica⁸⁸⁶.

⁸⁸⁶ Capodiferro sugiere, “Para compensar tanto estos problemas formales de la actual regulación como las posibles consecuencias perniciosas de las inconsistencias argumentales del Tribunal Constitucional, surge la necesidad de que el Estado, que es quien tiene la competencia para ello, incorpore en la legislación sobre medicamentos y productos farmacéuticos una mención expresa a la objeción de conciencia de los profesionales

9.3.6. Normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería. Consideraciones sobre objeción de conciencia de distintas organizaciones colegiales, en especial las dispuestas por la Organización Colegial de Enfermería de España (2001).

Antes de entrar propiamente en la Organización Colegial de Enfermería en España, debo indicar una serie de sucesos que se deben tener en cuenta la historia de la organización española, así como los aspectos que han configurado las normas deontológicas actuales, en la profesión de enfermería⁸⁸⁷.

En España, la primera referencia en el ámbito de los colegios oficiales de auxiliares sanitarios es de 1929, año en el que se decretó la colegiación obligatoria para los practicantes⁸⁸⁸. En 1944, se publica la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, que obliga a la constitución en cada provincia de un Colegio de Auxiliares Sanitarios, al que se deben incorporar las enfermeras, matronas y practicantes⁸⁸⁹. Al margen de esta colegiación, las enfermeras, cuyas organizaciones colegiales no tuvieron la importancia de los practicantes o matronas, pusieron en marcha en 1951 la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas⁸⁹⁰. Años más tarde, el modelo colegial sufrirá importantes cambios organizacionales con la unificación de los estudios de practicantes, matronas y enfermeras en una sola enseñanza, cuyo objetivo era la obtención de un nuevo título denominado Ayudante Técnico Sanitario⁸⁹¹. El Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería, conforme a lo establecido en el art. 75 punto 16 de los estatutos de 1978, aprobó en 1989 las normas deontológicas que ordenaban el ejercicio de la profesión de Enfermería⁸⁹². El incumplimiento de dichas normas, conllevaba las sanciones disciplinarias establecidas en los estatutos de la Organización Colegial. En noviembre de 2001 vieron la

del sector y una regulación detallada al respecto". Vid. CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. «Problemas regulatorios y competenciales de la objeción de conciencia farmacéutica», *INDret. Revista para el análisis del derecho*, 2017, p. 32.

⁸⁸⁷ ÁVILA OLIVARES, Jose Antonio; BELLVER CAPELLA, Vicente; GORDO CASAÑ, Eugenia; CASTELLÓ LÓPEZ, María Isabel. «La ética como misión de la Organización Colegial de Enfermería: evolución histórica en España», *Metas de enfermería*, vol. 14, núm. 10, 2011, pp. 58-64.

⁸⁸⁸ En 1929, se publicaron los primeros estatutos para los Colegios de Practicantes en Medicina y Cirugía, con adscripción obligatoria para el ejercicio de la profesión. Véase Real Orden de 28 de diciembre de 1929. *Gaceta de Madrid* de 29 de diciembre de 1929.

⁸⁸⁹ España. Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 25 de noviembre de 1944. *Boletín Oficial del Estado*, de 26 de noviembre de 1944.

⁸⁹⁰ Las enfermeras, reivindican no poder realizar numerosas labores llevadas a cabo por los practicantes, creando en 1951 la Asociación Profesional de Enfermeras Españolas cuyas demandas, entre otras, era conseguir autorización para poder aplicar tratamientos. Vid. DOMÍNGUEZ ALCÓN, Carmen. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*; Madrid, Pirámide, 1986, p. 246.

⁸⁹¹ España. Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio, por el que se aprueban los Estatutos de la Organización Colegial de A. T. S., en *Boletín Oficial del Estado*, núm. 188, de 8 de agosto de 1978.

⁸⁹² Consejo General de Enfermería de España. Resolución 32/89. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: Pleno del Consejo General; 1989.

luz los actuales estatutos que rigen la Organización Colegial de la Enfermería de España⁸⁹³. Desde su aprobación en 1989, el Código Deontológico de la Enfermería Española continúa en vigor sin que haya sufrido modificación⁸⁹⁴.

Así, la Organización Colegial de Enfermería está integrada básicamente por el Consejo General de Enfermería (en adelante CGE), 17 Consejos Autonómicos y 52 Colegios Provinciales, que se articulan como Corporaciones de Derecho Público amparadas por la Ley y reconocidas por el Estado y la Constitución.

El CGE, es la entidad de la Organización Colegial de Enfermería, que agrupa, coordina y representa con carácter exclusivo a la profesión de enfermería y a todos los Colegios Oficiales de Enfermería de España en los ámbitos nacional e internacional; ordena, en el ámbito de su competencia y de acuerdo con lo establecido en la Constitución y en las leyes, el ejercicio profesional, y defiende y protege los intereses de los pacientes y de los profesionales ejerciendo la facultad disciplinaria y resolviendo los recursos que se interpongan, en los términos regulados en sus Estatutos⁸⁹⁵.

El ejercicio de la objeción de conciencia por parte del colectivo de enfermería se reconoce tanto en el art. 22 del Código Deontológico de 1989⁸⁹⁶: “De conformidad en lo dispuesto en el artículo 16.1 de la Constitución Española, la Enfermera/o tiene, en el ejercicio de su profesión, el derecho a la objeción de conciencia que deberá ser debidamente explicitado ante cada caso concreto. El Consejo General y los Colegios velarán para que ninguna/o Enfermera/o pueda sufrir discriminación o perjuicio a causa del uso de ese derecho”.

E igualmente, desde 2007, lo hace el Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea⁸⁹⁷ en su apartado relativo a los conflictos con creencias morales y éticas (punto 3 apartado 11) : "En caso de conflicto causado por profundas creencias morales, éticas o de

⁸⁹³ España. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de la Ordenación de la actividad profesional de enfermería, en *Boletín Oficial del Estado*, núm. 269, de 9 de noviembre de 2001.

⁸⁹⁴ Salvo una corrección de errores *vid.* Consejo General de Enfermería de España. Resolución 2/1998. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Pleno del Consejo General, 1998.

⁸⁹⁵ Véanse sus Estatutos disponibles en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/transparencia/estatutos> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁸⁹⁶ Consejo General de Enfermería de España. Resolución 32/89. Código Deontológico de la Enfermería Española, ob. cit.

⁸⁹⁷ Código elaborado por la Federación de Órganos Reguladores de Enfermería Europeos –FEPI-, para su adaptación a los principios y valores mínimos comunes establecidos en el Código Ético y Deontológico para la enfermería europea elaborado por la FEPI, respetándose en todo caso la legislación nacional vigente. FEPI. Código Ético y Deontológico de la Enfermería Europea, 2007. Disponible en: <https://enfermeriacyl.com/wp-content/uploads/2018/08/Codigo-Deontologico-Enfermeria-Europea-UE.pdf> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Vid. MONZÓN, María Teresa. «Adaptación de los Códigos Deontológicos de Enfermería nacionales de la UE al código ético y deontológico para la enfermería europea», *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, vol. 2, núm. 1, 2010, pp. 57-70.

otra índole derivado de una solicitud de servicios de enfermería, se alienta a las enfermeras/os a que encuentren una solución a través del diálogo con las partes en cuestión, como por ejemplo el paciente, el empleador, el órgano regulador o la organización profesional. En caso de que una enfermera/o no logre encontrar una solución al caso anterior o si desea plantear una objeción de conciencia, debe hacer referencia al marco legal vigente en el país en el que esté ejerciendo y utilizarlo como guía. Y, en una situación de emergencia en la que haya un riesgo inminente para la vida del paciente, las enfermeras/os deben proporcionarle cuidados independientemente de que haya algún conflicto con sus creencias morales o éticas".

Así como la regulación española expone; en su art. 19 apartado b) de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud⁸⁹⁸, le obliga a «ejercer la profesión (...) con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables». Y, en el art. 4 apartado 5 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁸⁹⁹, que dispone que los profesionales sanitarios tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas, determinadas por las propias profesiones conforme a la legislación vigente, y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión.

El CGE, realiza en 2009, una publicación titulada: Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario⁹⁰⁰. Es una publicación de índole informativa donde se presenta la situación del ejercicio de la objeción de conciencia frente al aborto, anterior a la regulación actual, pues la Ley Orgánica 2/2010 aún no se había gestado. El CGE incide en la poca regulación al respecto, y utiliza argumentos jurisprudenciales para constatar el derecho a ejercer la objeción de conciencia frente al aborto, de una serie de profesionales, el cual tilda de derecho fundamental⁹⁰¹. Cabe destacar de esta publicación tres aspectos: el primero es que delimita el ejercicio, de la objeción de conciencia, a nivel subjetivo —quién puede ser objeto— "(...) únicamente corresponderá al personal sanitario (médicos, enfermeras o matronas) que de una forma u otra, intervienen directamente en la realización del mismo sin que, en principio, proceda

⁸⁹⁸ España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 301, de 17 de diciembre de 2003.

⁸⁹⁹ España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, sobre Ordenación de las Profesiones Sanitarias, *Boletín Oficial de Estado*, núm. 280, de 22 de noviembre de 2003.

⁹⁰⁰ Consejo General de Enfermería. *Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario*, Organización Colegial de Enfermería, 2009.

⁹⁰¹ Consejo General de Enfermería. *Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario*, *ob. cit.*, p.16.

reconocer este derecho al resto del personal, celador, mantenimiento, auxiliares de cocina, administración, etc. que tienen una participación meramente indirecta⁹⁰². El segundo aspecto, es que también delimita el ejercicio, a nivel objetivo —a qué se puede objetar—“(…) la objeción de conciencia a practicar abortos, conlleva el derecho a no participar en ninguno de los actos sanitarios de la competencia personal del objetor que, directa o indirectamente, integren el proceso de aborto, es decir, en aquellos actos que resulten imprescindibles para que la interrupción del embarazo tenga efectividad (…) dentro de este proceso no se podrán incluir pruebas sobre las que se basan los dictámenes preceptivos previos al caso del aborto terapéutico y eugenésico, ya que estas pruebas no son definitivas”⁹⁰³. Y finalmente, como tercer aspecto destacable, el CGE, trata el traslado de objetores que en mi opinión es el más relevante.

El traslado de los objetores, para el CGE, ha sido el tema más controvertido al que se ha enfrentado el colectivo de enfermería desde la despenalización de la IVE. Para el CGE, así como para parte de la jurisprudencia, el ejercicio de la objeción de conciencia al aborto, no puede comportar para quien la ejerce una discriminación. Sin embargo, jurisprudencialmente no hay una posición clara⁹⁰⁴. De acuerdo con la Sentencia del TC de 10 de julio de 1981⁹⁰⁵ sólo existe discriminación cuando la diferencia de trato jurídico carece de una justificación objetiva y razonable⁹⁰⁶. El 20 de enero de 1987, el TS, resuelve el caso de un grupo de enfermeras de la Seguridad Social, trasladadas a un servicio distinto dentro del mismo hospital en el que prestaban servicio por negarse a cooperar en dos IVE. Según el TS, el traslado se amparaba en que “La CE proclama y garantiza la libertad ideológica y religiosa (art. 16), y la libertad de pensamiento no es menoscabada ni negada por el traslado de las Ayudantes de Técnico Sanitario a servicios distintos a los ginecológicos dentro del mismo centro médico. Efectivamente, existe en principio un fundamento jurídico notorio, expreso por las interesadas, para tal decisión, y es, precisamente, su deseo de no intervenir en las IVE (por lo demás, tan legítima como la contraria). Tal actitud negativa implica la imposibilidad de colaborar en tareas normales del departamento en el cual se hallaban adscritas, con perturbación previsible del servicio cuando se presentan tales casos. No cabe hablar pues de “represalia” si el cambio de destino se hace sin afectar el lugar de residencia, a las categorías profesionales y a los salarios o sueldos, que en ningún momento han sido

⁹⁰² Consejo General de Enfermería *Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario*, ob. cit., p.11.

⁹⁰³ Consejo General de Enfermería, *Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario*, ob. cit., p.14.

⁹⁰⁴ DOMINGO GUTIÉRREZ, María, «La evolución de conciencia al aborto. Evolución jurisprudencial», ob. cit., pp. 7-19; CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. «Un modelo regulatorio inacabado: la objeción de conciencia ante la interrupción del embarazo». En: GOMEZ ABEJA, Laura (ed.). *El Estado de Derecho ante el cuestionamiento ideológico de las obligaciones jurídicas*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2019, pp. 85-124. Cfr. supra nota 422.

⁹⁰⁵ *Sentencia 23/1981*, Tribunal Constitucional, de 10 de julio de 1981.

⁹⁰⁶ *Ibidem*, (FJ 4).

degradadas o disminuidas”.

El TSJ de Aragón, en su Sentencia de 18 de diciembre de 1991⁹⁰⁷ se distancia de la doctrina sentada por el TS, y revoca la resolución del Juzgado de lo Social núm. 4 de Zaragoza que consideró ajustado a derecho el traslado de un anestesista del servicio de maternidad al de traumatología por plantear objeción de conciencia al aborto. Según el TSJ de Aragón existe “una vulneración del derecho fundamental a la no discriminación por razones ideológicas o religiosas del objetor”, aunque el traslado de servicio no implique cambio de la categoría profesional ni disminución de sueldo. Según los fundamentos de derecho de la Sentencia, del TSJ, “el traslado impuesto al actor tuvo como causa efectiva y determinante la negativa que habían expresado de no intervenir en la práctica de abortos terapéuticos acogiéndose a su derecho a la objeción de conciencia” — y esta situación se produjo porque la dirección del Hospital consultó a los médicos objetores por su postura— “ y de ella (su postura) dependía el que fuesen o no desplazados a otros centros del Hospital”. Tal como manifestó la Jefatura del servicio hospitalario, el TSJ coincide en que “no existen razones estrictamente médicas o profesionales que justifiquen el traslado” de los profesionales y por tanto, dicho traslado es discriminatorio.

Sin embargo, el mismo TSJ de Aragón, un año más tarde aplica la doctrina del TS y en Sentencia de 23 de septiembre de 1992⁹⁰⁸ ratifica el traslado de una anestesista objetora. Se entiende que con dicho traslado no se había producido discriminación por razones ideológicas. Según el TSJ para concurrir en discriminación, se debía trasladar a la objetora a un puesto de menor categoría, o se le hubiesen menguado las retribuciones o trasladado del centro de trabajo o de puesto de forma arbitraria.

Si bien la jurisprudencia ha declarado que sólo existe discriminación ante una diferencia de trato jurídico que carece de justificación objetiva y razonable. Las justificaciones, para los traslados, pese a fundamentarse en los mismos motivos, han dado lugar a criterios dispares, basados en la existencia o no de razones organizativas justificadas por la Administración del centro⁹⁰⁹. No obstante, el CGOCEE considera que el traslado de los profesionales objetores supone una discriminación profesional, tal como el cambio de categoría del mismo, o la disminución de sus retribuciones⁹¹⁰.

Algunos de los Colegios Oficiales de Enfermería de las CCAA, también se han pronunciado respecto al ejercicio de objeción de conciencia. En este sentido, conviene

⁹⁰⁷ Sentencia 1044/91, Sala de lo social del TSJ de Aragón de 18 de diciembre de 1991.

⁹⁰⁸ Sentencia 788/92, TSJ de Aragón, de 23 de septiembre de 1992.

⁹⁰⁹ Consejo General de Enfermería. *Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario*, ob. cit., p.18.

⁹¹⁰ *Ibidem*.

incidir en los pronunciamientos sobre IVE de la Comisión deontológica del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona y el Estudio de eutanasia y el suicidio medicamente asistido del Colegio Oficial de Enfermería de la Rioja.

Las Consideraciones éticas en torno a la Interrupción de la gestación del Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona⁹¹¹, realizadas por Comisión deontológica de dicha corporación en mayo de 2009. Destaca el papel de la enfermera objetora, que pese a su derecho a ejercer la objeción de conciencia, debe cerciorarse de que la paciente recibe la asistencia correcta. Si pese a esa obligación la enfermera se desvincula tras su manifestación de la objeción, debe asumir las posibles consecuencias que se puedan derivar. Asimismo, la Comisión, estimula a todas aquellas enfermeras que no estén de acuerdo personalmente con la regulación, emprendan “los caminos necesarios para impulsar los cambios legislativos que crean oportunos”⁹¹².

En el Estudio de eutanasia y el suicidio medicamente asistido, de abril de 2019⁹¹³, del Colegio Oficial de Enfermería de la Rioja⁹¹⁴ se compilan algunos datos interesantes. Según recoge el Estudio, la gran mayoría de los enfermeros riojanos están a favor de la objeción de conciencia respecto a la aplicación en su práctica profesional de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, aunque solamente una cuarta parte la solicitaría. La amplia mayoría, de los trabajadores del sector, cree que los enfermeros deberían tener derecho por ley a negarse a aplicar la eutanasia. Especialmente, aquellos trabajadores del sector que no tratan con pacientes terminales habitualmente, se muestran algo más de acuerdo con esta afirmación. De hecho, el estudio muestra que hay un nivel algo mayor de rechazo a que negarse a aplicar la eutanasia sea un derecho entre los hombres, los enfermeros más jóvenes, y los que trabajan en atención hospitalaria. Respecto a cifras, el Estudio del Colegio Oficial de Enfermería de la Rioja, explica que seis de cada diez enfermeros creen que no solicitarían la objeción de conciencia, mientras un cuarto de los encuestados cree que sí lo haría. Los menores de 40 y los enfermeros de atención hospitalaria creen que lo solicitarían menos que otras edades o lugares de trabajo. Además, los enfermeros que

⁹¹¹ Para saber más sobre Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona *vid.* DOGC. Resolució JUS/2408/2009, de 21 d'agost, per la qual, havent-ne comprovat prèviament l'adequació a la legalitat, s'inscriuen al Registre de Col·legis Professionals de la Generalitat de Catalunya els Estatuts del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm 5460 de 8 de septiembre de 2009, pp. 66480-66506.

⁹¹² Comisión deontológica del Colegio Oficial de Enfermeras de Barcelona. *Las Consideraciones éticas en torno a la Interrupción de la gestación*, Colegio Oficial de Enfermeras de Barcelona, mayo de 2009.

⁹¹³ Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de la Rioja, *Estudio de eutanasia y el suicidio medicamente asistido, de abril de 2019*.

⁹¹⁴ El Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de la Rioja solicita el cambio de denominación, así como el cambio de sus Estatutos, como Colegio Oficial de Enfermería de la Rioja el 6 de mayo de 2019.

Para saber más sobre el Colegio Oficial de enfermería de la Roja *vid.* BOR núm. 76 de 22 de junio de 2020, Resolución de 16 de junio de 2020, de la Dirección General de Justicia e Interior, por la que se declara adecuación a la legalidad de la modificación de estatutos del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja. *Boletín Oficial de la Rioja*, de 22 de junio de 2020.

tienen trato frecuente con pacientes terminales también lo solicitarían menos.

9.4. Sociedades científicas, centros de investigación y asociaciones bioéticas.

En el presente apartado se incluyen los trabajos de distintas corporaciones, que han incidido notablemente en la materia. El estudio del ejercicio de la objeción de conciencia en la profesión sanitaria, desde mi punto de vista, va ligado a sus contundentes pronunciamientos, y gracias a ellos, el debate sobre su regulación continúa.

9.4.1. Observatori de Bioètica i Dret de la UB. Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad (2007).

El *Observatori de Bioètica i Dret de la UB* (en adelante OBD) nace en 1996. Se creó con el objetivo de incidir en el diálogo entre universidad y sociedad, transmitiendo conocimiento y argumentos para que la ciudadanía participe en los debates sociales sobre las cuestiones de actualidad que les atañen a nivel médico, científico y tecnológico (uno de los principales hitos de la bioética), con la voluntad de superar la opinión pública gestando la propia ya que la opinión unánime no existe⁹¹⁵. Sus publicaciones, bajo la denominación Documento, identifican, contrastan posicionamientos y proponen recomendaciones sobre los dilemas (bio)éticos ante los que se enfrenta sociedad, entre los que se encuentra la objeción de conciencia sanitaria.

El Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad surge como reivindicación del principio de autonomía de los pacientes frente a la libertad de conciencia, ideológica y religiosa del personal sanitario. Advierte, que el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario puede colisionar con los derechos de los usuarios del sistema de salud. Y ante ello, Administración e instituciones del ámbito de la salud deben compatibilizar el ejercicio de los derechos y las decisiones de las personas implicadas; con salvedades, pues no todos los profesionales podrán objetar en conciencia, y deberán ejercerla sin perjudicar a los usuarios o desatendiéndolos⁹¹⁶. En su preámbulo, el OBD realiza una completa parcelación de la materia. Clarifica de una manera directa cual es el conflicto de interés real en la ejecución de la objeción de conciencia en el ámbito de salud, la colisión entre deber moral y deber jurídico (del profesional) frente al derecho del usuario a recibir una

⁹¹⁵ Véase la presentación de documentos del OBD, en la primera página de todos ellos se expone de una manera más desarrollada esta síntesis. P.ej: CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*, ob. cit., p. 27.

⁹¹⁶ CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*, ob. cit., pp. 21-22.

prestación establecida legalmente. Y denuncia, de forma valerosa, la actuación sistemática frente a la revelación de la condición como eximente dentro del sistema de salud, dónde frecuentemente “la invocación a una creencia religiosa lleva aceptar sin preguntas casi cualquier posición, convicción u objeción⁹¹⁷”, subordinando otros derechos (como el de recibir la prestación por parte del paciente) dando una autoridad al alegato profesional que no le corresponde⁹¹⁸. Cabe señalar que, al igual que ABIMAD, el OBD hace una mención especial al ejercicio de la objeción de conciencia farmacéutica, donde citando a su ley correspondiente recuerda que, siendo establecimientos sanitarios privados de interés público y sujetos a la planificación sanitaria, recomienda arbitrar medidas para asegurar la administración de medicamentos y productos sanitarios a los que los usuarios tienen derecho⁹¹⁹.

De entre las conclusiones del OBD, incluidas en el documento citado, cabe destacar:

- a. Afianzan una aceptación al ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito de salud, sin designar tal práctica como un derecho.

En palabras del OBD “no existe un derecho a objeción de conciencia como tal”⁹²⁰. A nivel jurídico, normalmente se protege esta caracterización sin asumir que la eximente al deber prestacional concreto sea un derecho. Y se enfatiza, la dependencia de tal ejercicio al art. 16 de la CE. En la normativa deontológica, y en los instrumentos estudiados hasta este documento, esta puntualización se había obviado, hasta tal punto que puede llevar a una doble relación. Al igual que los pronunciamientos contenidos en los distintos formatos normalizados médicos (véanse códigos éticos, deontológicos o profesionales, Cartas de derechos y deberes. etc.) no tienen una validez legal, la concepción de derecho (entendido como derecho a la objeción de conciencia) mediante evocación que se hacen en sus compendios también carece de tal reconocimiento. Al igual que el OBD, y pese que a veces para reforzar la idea advierto oportuna la terminología deontológica – p.ej al hablar del PIDPC y la objeción de conciencia sanitaria⁹²¹-, la objeción de conciencia no es un derecho, sino una eximente legal aceptada mediante una regulación muy limitada.

⁹¹⁷ *Ibidem*, p. 26.

⁹¹⁸ *Ibidem*.

⁹¹⁹ CASADO, GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad, ob. cit.*, p. 33.

⁹²⁰ CASADO, GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad, ob. cit.*, p. 31.

⁹²¹ Como doctoranda utilizo la terminología, dentro del apartado de regulación de “derecho a la objeción” y “derecho al ejercicio de la objeción de conciencia” alegando *vid.* “(...) en este Pacto la polémica habita en la categorización de la objeción de conciencia como un derecho, cuando verdaderamente el derecho reside en su ejercicio y no en la figura”. Sacada de contexto, y bajo el argumento que ahora nos ocupa esta frase podría malentenderse. El único derecho, desde la perspectiva jurídica reconocido, es el expreso por el art.16 CE.

- b. Establece unos requisitos para respaldar la eficacia de la materia.

La formalización de una declaración de objetores de conciencia es una premisa inexpugnable para la aceptación del ejercicio de objeción de conciencia. A nivel español, existieron antes del documento del OBD otro tipo de mandatos acerca de la práctica en la objeción como p.ej la recomendación de la Sociedad Española de Medicina Intensiva (SEMICYUC, 2002) que recomiendan dispensar a los objetores de realizar toma de decisiones con relación al LET o DVA⁹²². Sin embargo, el OBD inicia el camino para que esta declaración sea una realidad, proponiendo un modelo proforma a rellenar por todos los médicos objetores. Este informe – de idénticas características que el expuesto en esta tesis doctoral por el CBA de Neuquén (pues el OBD inspiro al anterior)- debe incluirse en un Registro de la institución sanitaria donde el objetor realice las prestaciones, inclusión de datos justificada por la necesidad de previsión y organización de los centros sanitarios en cuanto a garantizar las prestaciones se refiere. Captando tales datos, susceptibles a la afectación del derecho a la intimidad de los profesionales, al amparo de la Ley orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales⁹²³.

Sin embargo, según entiendo y, comparándolo con el resto de recomendaciones al respecto, el OBD no determina cual es la manera de hacerlo y sobre quien recae la responsabilidad. Por un lado, bajo la afirmación “debe declararse explícitamente” claramente se alude al deber del objetor ejerciente la declaración de su condición, pero surgen muchas dudas al respecto, que seguramente se han superado con su práctica pero que no se han incluido en ningún instrumento recomendatorio, los cauces a seguir tras la mencionada declaración. Cuestiones que otros países han superado, p.ej:

-¿A quién corresponde completar y entregar la “Propuesta de modelo de declaración de objeción de conciencia en el ámbito sanitario”?

En Santa Fe (Argentina) se expone con total claridad la necesidad de cumplimentar por parte del profesional, tres ejemplares, y este mismo es el encargado de distribuirlos de la siguiente manera: un ejemplar para el jefe de servicio (a razón de su superioridad jerárquica, debiendo coordinar al personal a su cargo y cubrir las demandas prestacionales de los usuarios de tal servicio); otro ejemplar para las autoridades de la Institución dónde se trabaja

⁹²² CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*, ob. cit., p. 32. Donde se sintetiza el siguiente texto “La presencia de dudas por parte de un solo miembro del equipo implicado en la decisión debe hacer que ésta se posponga, o bien se debe apartar al profesional en la toma de decisiones respetando el derecho de objeción de conciencia” de CABRÉ PERICAS, Lluís y SOLSONA DURÁN, José Felipe. «Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva». *Medicina intensiva*, vol. 26, núm. 6, 2002, p. 310.

⁹²³ Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 294, 6 de diciembre de 2018, pp. 119788 a 119857.

(encargada de informar al Ministerio de Salud, tanto competente como nacional (CCAA y Estado) para que dejen constancia en su propio registro del condicionante del trabajador. Aunque el trabajador también puede hacer este trámite por sí mismo (enviado este segundo formulario vía online, correo postal o personándose en la administración); y el último ejemplar es para sí mismo. En España, gracias al trabajo promovido por el OBD, existe un modelo provisional de declaración del que verdaderamente poco se sabe a nivel de aplicación. No hay una normativa, ni tan siquiera deontológica, al alcance de *todos/as* que publicite y difunda las medidas que los centros e instituciones toman al respecto ni cuál es el procedimiento⁹²⁴. Se presume el uso del modelo (o uno similar) a nivel interno, para facilitar la gestión de los núcleos de trabajo. Se sospecha que tal declaración, pese a promoverse mediante el centro o su representante directo sobre el trabajador (jefe de servicio), debe cumplimentarla el trabajador por el requerimiento de firma, con la cual se atestigua veracidad y protección de datos. Pero existe un procedimiento marcado al respecto, y mucho menos difundido.

-¿Siempre se acepta la declaración de conciencia ante el ejercicio de determinadas prácticas sanitarias, en el ámbito español?

Dicho interrogante podría sobreentenderse. El OBD hace una descripción impecable de las características autorizadas de la objeción de conciencia, así como las no permitidas. Esta exposición bien podría ser la utilizada para decidir si verdaderamente un profesional puede objetar en conciencia a una determinada práctica asistencial, pero no se establece ninguna relación directa entre ambas cuestiones.

No existe ninguna referencia en el documento de la posibilidad de no aceptar una objeción de conciencia, ni de las consecuencias que ello tiene sobre el trabajador, así como tampoco se evalúa cómo instar acciones resarcibles de tal condición. Dando a entender, que o bien: (I) la objeción de conciencia en el ámbito sanitario una vez denegada no podrá ser aceptada en adelante; o una vez (II) aceptada la condición, incluso en los términos de objeción de conciencia sobrevenida o parcial, restará inamovible con la única variación en caso de peligro o urgencia para el paciente, lo cual obligará al profesional actuar por encima de tal aceptación de la condición.

c. Aceptación de la objeción de conciencia sobrevenida y parcial.

El OBD acepta el uso de la objeción de conciencia sobrevenida, a modo preventivo

⁹²⁴ Deducida de la promulgación y uso de la conclusión núm. 1 y 5 b) del Documento del OBD. CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad, ob. cit.*, pp. 31-32.

en variables futuras que atañen a la convicción profesional (la ideología cambia) o razones derivadas del progreso tecnológico (nuevas tecnologías con las que el profesional no está conforme, por su resultado, y que puede ampararse en razones morales). Y el uso de la objeción de conciencia parcial que emplazan “que puede ser asimiento sobrevenida, y que surge en casos límite respecto a la legalidad”⁹²⁵. Utilizo el ejemplo del Institut Borja de Bioética para aclarar este tipo de objeción:

“(…) dentro de esta expresión de objeción, hay que tener presente que esta puede ser total a una determinada actuación (p. e., objeción de conciencia al aborto como principio moral inalterable, sea cual sea el contexto de la demanda), o bien a una determinada parcela de esta actuación (p. e., objeción de conciencia al aborto de fetos sanos pero no objeción a la interrupción del embarazo por causa médica grave, o incluso distinción según grado de afectación del feto)⁹²⁶”.

Para completar las recomendaciones señaladas, a razón de que el OBD realiza estas precisas puntualizaciones sobre las tipologías de los ejercicios dentro de la objeción, sugeriría la mención de su postura frente las nuevas variables de objeción Discutidas de un tiempo para acá, y reconocidas por primera vez en el ámbito español, por la Guía sobre ética en la práctica médica titulada “Ética de la objeción de conciencia (2008)” de la Fundación de Ciencias de la Salud⁹²⁷. Considero conveniente, con relación al análisis del Documento del OBD, recordar estas variantes, que concretamente, corresponden a la pseudo y cripto- objeción. Diego Gracia las define de la siguiente forma:

La pseudo-objeción: “(…) se da al objetar como resultado de un acto clínico incorrecto. La objeción nunca puede amparar decisiones clínicas mal tomadas. Dicho en otros términos, al objetar se está lesionando siempre un valor, que es el derecho de una persona a una prestación sanitaria; por lo tanto, la objeción constituye un curso extremo de acción. Siempre que haya cursos intermedios que permitan salvar los valores en conflicto o lesionarlos lo menos posible, la objeción no puede considerarse correcta. Los ejemplos son muchos⁹²⁸”.

Así como la cripto-objeción: “Consiste en la objeción por motivos distintos de los propiamente morales. Se objeta por comodidad, por ignorancia, por respeto humano, por el

⁹²⁵ CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad, ob. cit.*, p. 32.

⁹²⁶ Institut Borja de Bioética. *Consideraciones sobre la objeción de conciencia*. Barcelona: Bioética Debat, vol. 18, núm. 66, 2012, p. 11.

⁹²⁷ GRACIA GUILLÉN, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia*. Guías de ética en la práctica médica (col.). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2008, pp. 7-8. Y concretamente, el director de la anterior publicación en, GRACIA GUILLÉN, Diego Miguel. «Objeción de conciencia: las lecciones de un debate», *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 26, núm. 3, 2011, p. 144.

⁹²⁸ GRACIA GUILLÉN, Diego Miguel. «Objeción de conciencia: las lecciones de un debate», *ob. cit.*, p. 144.

qué dirán, por tantas cosas más. En ciertos servicios, es mucho más fácil objetar que no objetar. Hay una auténtica coacción hacia el no objetor. Y la consecuencia es que se objeta, aunque no por razones de conciencia⁹²⁹.

La pseudo-objeción ha ganado terreno, hasta tal punto de ser una técnica recurrente como práctica para sortear las complicaciones de una mala decisión clínica anterior, probablemente de otro profesional, y que es perfectamente extrapolable a una mala praxis. El deber de este médico, pseudo-objector, es brindar la prestación sanitaria al paciente y lesionar lo menos posible – en caso de saber de la lesión inminente al amparo del principio de no maleficencia-. El claro ejemplo de tal situación, tal y como exponen la Fundación de Ciencias de la Salud en su Guía de casos prácticos y Diego Gracia entre otros⁹³⁰, son los casos en los que los Testigos de Jehová necesitan una intervención clínica con un protocolo especial; mediante el que la necesidad de transfusión de sangre se palie con otras técnicas. Como ejemplo del caso de la cripto-objeción, tal y como expone la Fundación en su Guía ética, propongo el incidente de una menor de edad acompañada con su madre a urgencias para recibir la PPDD. El ginecólogo de guardia no preinscribe tal medicación alegando que este no es un motivo para acudir a urgencias e impone, en base a la posibilidad de tomar la medicación en las 72h después, a la paciente a dirigirse mañana a su Centro de Salud o Centro de atención a la mujer para la recepción de tal tratamiento. Casos como el anterior, suponen unas mayores consecuencias para los pacientes. Son objeciones de conciencia de carácter desconocido para los gestores sanitarios y los centros de salud, pues son decisiones repentinas o basadas en situaciones concretas no predecibles sin un suceso de iguales características como antecedente. Predictiblemente esta modalidad de objeción se dará en servicios de urgencias o instituciones privadas, pues el perfil de la cripto-objeción encaja perfectamente en plataformas de objeción de conciencia colectiva (fomentada por valores institucionales correspondientes a su ideario).

Las observaciones anteriores sirven para elogiar el trabajo del OBD. Muestra de ello es el uso de sus propuestas en los CBA como es el caso de Neuquén. O las apreciaciones del GEPC en la misma dirección que veremos a continuación. Los matices anteriores, junto a sus nuevas recomendaciones, podrían de nuevo asesorar en los nuevos conflictos sanitarios con relación a la materia y mejorar la situación, tanto para profesionales como para pacientes.

⁹²⁹ GRACIA GUILLÉN, Diego Miguel. «Objeción de conciencia: las lecciones de un debate», *ob. cit.*, pp. 144-145.

⁹³⁰ También se puede interpretar esta actuación problemática, la pseudo-objeción profesional, en el caso de los rechazos de las transfusiones de sangre de los testigos de Jehová. En concreto *vid.* sus recomendaciones núm. 2 y 3 en MARTORELL, María Victoria; y SÁNCHEZ-URRUTIA, Ana (coords.), *Documento sobre el rechazo de los Testimonios de Jehová a las transfusiones de sangre*, Barcelona: OBD, 2005, p. 27.

9.4.2. Grupo de Estudios de Política Criminal: El tratamiento jurídico de la objeción de conciencia (2016).

El Grupo de Estudios de Política Criminal (GEPC en adelante) se creó en 1989 como un grupo permanente de trabajo constituido por penalistas de diversa procedencia⁹³¹, dedicado al estudio de temas político criminales con cierta trascendencia social. Estos estudios culminan con la publicación de una monografía especializada sobre el tema – actualmente constan quince publicadas- dividida en dos partes: (a) Manifiesto: que sienta las bases y realiza un estudio situacional del problema, como precedente de la investigación; y (b) Propuesta: para concluir el análisis el GEPC formula una propuesta alternativa, en la que se redactan y fundamentan las diversas reformas y modificaciones que deberían tener lugar para un adecuado tratamiento del asunto político criminal materia de estudio. La objeción de conciencia ha sido materia monográfica para el GEPC en dos ocasiones.

La primera de ellas a mediados de 1993, cuando el GEPC inició los trabajos para elaborar una propuesta sobre el tratamiento que debe darse al ejercicio del derecho a la objeción de conciencia en el sistema jurídico español. Que llegaría a manos de la publicación, a mediados de 1995, con la monografía titulada “Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia (1995)”⁹³². En esta publicación, se razona sobre un nuevo modelo de regulación legal de la objeción de conciencia del personal sanitario (entre otros como p.ej la objeción de conciencia al servicio militar). Ante esta singularidad, la objeción de conciencia sanitaria raramente valorada de forma tan concisa en el panorama legal español, se divide el ejercicio de tal práctica en dos colectivos que se consideran los principalmente ejercientes: por un lado los objetores ejercientes frente a la IVE (siendo en tales tiempos una práctica sometida a supuestos de despenalización del Código Penal (CP)) y por otro, los profesionales objetores con relación a los supuestos de la propia vida. La fundamentación para permitir la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, para el GEPC, radica en el respeto mutuo entre los derechos de ambas partes de la relación asistencial (entendidas como médico y paciente). Y las propuestas radican en la modificación/inclusión de los artículos contenidos en la Ley General de Sanidad vigente en

⁹³¹ En sus Estatutos a tales penalistas se les clasifica como penalistas con doble procedencia, que significa que además de ostentar tal condición pertenecen a uno de los distintos grupos siguientes: catedráticos y profesores permanentes de derecho penal de universidades españolas, y jueces, magistrados y fiscales activos en los diversos niveles de la jurisdicción penal española. En la actualidad, son más de 150 miembros en el GEPC. Para saber más sobre GEPC pueden consultarse sus estatutos en: <http://gepc.es/web/contenido/estatutos> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁹³² Grupo de Estudios de Política Criminal. *Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia*, Albacete: Grupo de Estudios de política criminal, 1995.

el Estado⁹³³.

A continuación analizaré la fundamentación y propuesta del GEPC en cada uno de los casos anteriores.

- La objeción de conciencia del personal sanitario en relación con la interrupción voluntaria del embarazo⁹³⁴.

Consta de un único punto de propuesta para esta situación. En este apartado, dada la situación – situándoles en contexto en 1993 se debatía sobre la aplicación de la eximente penal de la IVE en ciertos supuestos. Materia que se incluyó en el CP en 1995⁹³⁵, dato que corroboraba que la permisibilidad a tal práctica comenzaba a normalizarse, entendiendo esta normalización como una aceptación de la prestación ante necesidades muy concretas- el GEPC propone una disposición con rango de Ley en la que se expongan las condiciones legales para la IVE, superando la regulación única en el CP. Esta disposición se presume ubicada, de manera futura, en la propia LGS o en una Ley orgánica (cosa que finalmente sucedió en 2010, bajo el último supuesto). Volviendo al punto propuesto, el GEPC disemina esta proposición en cinco aspectos básicos que deben contenerse si o si en la nueva regulación de la materia. Estos artículos pueden sintetizarse en: reconocimiento de la materia, procedimiento, sanción, excepción y responsabilidad.

La fundamentación para tal propuesta, reproduciendo el argumento del GEPC es:

“La existencia en la sociedad española de convicciones contrarias a estas intervenciones obliga hacer compatible el ejercicio del derecho de la mujer con el de la libertad ideológica y religiosa al que pertenecen dichas convicciones y, consecuentemente a reconocer al personal sanitario el derecho a negarse a intervenir en la práctica del aborto”⁹³⁶.

La negación a la intervención, aunque reconocida en el ámbito público y privado de los sistemas de salud, converge en una situación más grave en el caso del sistema público, pues el garante de la prestación pública es el Estado y de las instituciones privadas lo es la propia administración en sí. Sin entrar en detalles de todos los argumentos que conforman la justificación de la regulación, haré un inciso y concluiré remarcando la idea del GEPC con el único conflicto arduo, aunque previsible, dentro del ejercicio de la objeción de conciencia

⁹³³ España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, núm. 102, 29 de abril de 1986.

⁹³⁴ Grupo de Estudios de Política Criminal. *Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia*, *ob. cit.*, pp. 33-37.

⁹³⁵ *Vid.* Los artículos 144, 145, 145 bis y 146 del CP en Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en *Boletín Oficial del Estado*, núm. 281, de 24 de noviembre de 1995, pp. 33987 a 34058.

⁹³⁶ Grupo de Estudios de Política Criminal. *Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia*, *ob. cit.*, p. 34

sanitaria en casos de IVE, siendo estos los casos de urgencia. Casos en los que los profesionales ven limitado su derecho a objetar, actuando a favor de la vida de la gestante aún contradiciendo sus convicciones, y para los que no actuar no supondría una falta penal muy grave (como lo es declararse objetor en el sistema público pero ejercer en el sistema privado ejecutando la prestación objetada), si no que tal exigencia del deber sanitario establecería una responsabilidad por su incumplimiento que podría calificarse con rango disciplinario u objeto de sanción penal⁹³⁷.

- La objeción de conciencia del personal sanitario en relación con los supuestos de disponibilidad de la propia vida.

El GEPC es un ferviente defensor de la disponibilidad de la propia vida⁹³⁸. A diferencia del caso anterior, donde brindaban alternativas sobre las vías reguladoras, en el presente caso el GEPC propulsa la regulación del ejercicio de objeción de conciencia sobre la disponibilidad de la propia vida, únicamente mediante la implementación de un *bis* en el art.10 LGS, complementando el anterior artículo para una mejor interpretación. Se propone, para dicho artículo la siguiente regulación:

“Art. 10-*bis*. Se reconoce el derecho a la objeción de conciencia del personal sanitario en relación con los supuestos de disponibilidad de la propia vida (...)”⁹³⁹.

Ante la voluntad de ejercer el GEPC propone que el médico objetor ejerciente, que tenga bajo su responsabilidad a un enfermo que haya solicitado ayuda para morir – una vez que la eutanasia estuviere admitida en el cuerpo legal anterior-, deberá informar de su condición de objetor, así como derivar al paciente a otro facultativo previo informe al gestor sanitario del centro en el que trabaja. Al reconocerse, hipotéticamente, la prestación por parte del sistema público el incumplimiento o que pusiere trabas a la consecución de la misma, a nivel profesional, daría lugar a responsabilidades jurídicas.

La objeción de conciencia en este caso se fundamenta en “las mismas razones de respeto a la autonomía individual que llevaron a formular una propuesta alternativa a la

⁹³⁷ Grupo de Estudios de Política Criminal, *Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia*, *ob. cit.*, pp. 36-37.

⁹³⁸ Muestra de ello es la siguiente monografía, anterior en el tiempo que la de objeción de conciencia *vid.* GEPC, *Una alternativa al tratamiento jurídico de la disponibilidad de la propia vida*, Albacete: Grupo de Estudios de política criminal, 1993.

⁹³⁹ “(...)a los que se refiere el párrafo octavo del artículo anterior y el artículo 408-2 del Código Penal” Tal y como aclara el GEPC a pie de página los artículos mencionados no son textos vigentes, si no artículos propuestos por el mismo Grupo de investigación a favor de la regularización de los supuestos de eutanasia. Actualmente los cambios propuestos no podrían llevarse a cabo, pues las disposiciones que objeto de modificación se han derogado por la ley 41/2002, sobre la autonomía del paciente; así como el Código penal (modificado ese mismo 1995) . *Vid.* Grupo de Estudios de Política Criminal. *Una alternativa al tratamiento jurídico de la disponibilidad de la propia vida*, *ob. cit.*, pp. 28-32.

disponibilidad de la propia vida, militando a favor de conceder una suficiente atención a la libertad de conciencia de los profesionales que se encuentren en tales situaciones⁹⁴⁰». El alcance de la anterior definición fue objeto de debate en el GEPC. Se debatía entre permitir el ejercicio de la objeción de conciencia profesional a sólo los supuestos de eutanasia activa (equiparando la eutanasia con IVE, solo puede objetar el médico que asiste directamente en la ejecución de la acción), o consentir una inclusión de todas las situaciones eutanásicas. Finalmente, consideraron que la solicitud de modificación del cuerpo legal del CP y de la LGS suponen una permisibilidad amplia para objetar en conciencia a cualquiera de las modalidades que supongan poner fin a la vida de un paciente de forma regulada.

Años más tarde, a propósito de los 25 años de trabajo del GEPC, en 2016 se publica una monografía dedicada a la “Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente (2016)”⁹⁴¹ como consolidación del trabajo realizado por el grupo en el período 2014-2015. Esta miscelánea compilación de las propuestas del GEPC supone una revisión de fundamentaciones y propuestas, en las la valoración social ha influido en la perspectiva jurídico criminal y por tanto, ha dado lugar a que los anteriores pronunciamientos de la GEPC evolucionen en la misma dirección que los requerimientos sociales⁹⁴². Entre estos temas se encuentra la objeción de conciencia sanitaria.

En esta ocasión, el manifiesto se centra en la IVE respetando la argumentación nuclear – el reconocimiento legal de la prestación pública, que se ve reflejada en la Ley 2/2010- centrándose en la proposición de un cuerpo legal autónomo para la regulación de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario o una modificación de la LAP. La realidad social, acerca del ejercicio de la objeción, ya no se centra únicamente en los casos de IVE y la disposición de la propia vida, es una posibilidad a valorar en casos de límites del esfuerzo terapéutico de los pacientes, documentos de voluntades anticipadas y técnicas de reproducción asistida. Para los profesionales, tal y como definen Cabré y Solsona, existen

“decisiones que se interpretan como un fracaso profesional y un gran impacto emocional, ya que normalmente se siguen de la muerte del paciente. A los profesionales les resulta más dificultoso interrumpir que no iniciar (...)”⁹⁴³.

⁹⁴⁰ Grupo de Estudios de Política Criminal. *Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia*, ob. cit., p. 38.

⁹⁴¹ Grupo de Estudios de Política Criminal. *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, Valencia: Grupo de Estudios de Política Criminal y Tirant lo Blanch, 2016.

⁹⁴² Grupo de Estudios de Política Criminal. *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, ob. cit., p. 12.

⁹⁴³ CABRÉ PERICAS, Lluís y SOLSONA DURÁN, José Felipe. «Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva». *Medicina intensiva*. vol. 26, núm. 6, 2002, p. 310. Y los anteriores autores, para justificar tal afirmación los autores citan el estudio ABIZANDA CAMPOS, Ricardo, et al. «Limitación del esfuerzo terapéutico.

Y esta nueva situación, en la que los pacientes ostentan una autonomía reconocida, hace que el ejercicio de la objeción de conciencia se esgrima profesionalmente con mayor frecuencia y en ocasiones sin acierto. El GEPC, cita los cambios del Código Penal y la Ley 2/2010, como catalizadores de una beligerancia entre los profesionales ejercientes y los derechos reconocidos por parte de los pacientes. Ante tal situación, y modificando la propuesta de 1995, en 2016 reconoce el mantenimiento de los requisitos de la regulación para legitimar la objeción de conciencia, pero el cuerpo legal donde incluir su regulación cambia. La Ley 2/2010 se limita mediante un artículo (19.2) a reconocer el ejercicio de la objeción de conciencia, pero no especifica parámetros situacionales tales como actores, requisitos, sanciones ...etc. Por ello, se insiste en la creación de una regulación única y general sobre objeción de conciencia sanitaria. El artículo incluido en la Ley 2/2010, pese a ser una de las vías de la Propuesta de 1995, ha transpuesto de forma incompleta las recomendaciones del Grupo. El reconocimiento del ejercicio no es más que la asunción de un derecho, pero es necesario desplegar todas las disposiciones anteriores para poder dar un buen uso de la figura jurídica dentro del ámbito asistencial. Tras los cambios acontecidos a nivel social, criminológico y constitucional, el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario necesita una nueva fundamentación: o bien se legisla una Ley sobre objeción de conciencia en el ámbito sanitario, o se modifica la actual Ley de los Derechos del Paciente incluyendo la posibilidad de objetar en conciencia, delimitando requisitos y límites⁹⁴⁴.

Además del requerimiento anterior, el GEPC supera sus propios razonamientos vertidos en la anterior publicación sobre la misma materia, de forma reseñable. Sigue la línea del *Observatori de Bioètica i Dret*, defendiendo una objeción de conciencia basada en motivos ideológicos o religiosos. Ambos grupos de investigación defienden la posibilidad de que la objeción de conciencia dentro del ámbito sanitario actual puede deberse a diferencias en sus planteamientos concernientes a ideas políticas o de pensamiento de dignidad de la persona⁹⁴⁵. Pero debe tenerse especial cuidado con no confundir la objeción de conciencia con la consideración de buena/mala praxis médica, y el ejercicio de objetar con el de desobedecer (especialmente en la valoración política *vid.* la fundamentación de la objeción de conciencia ante el Real Decreto de Medidas Urgentes).

A su vez, coinciden nuevamente en la propuesta de un Registro de objetores con

Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva». □ *Medicina intensiva*, vol. 18, núm. 3, 1994, pp. 100-105.

⁹⁴⁴ Grupo de Estudios de Política Criminal. *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, ob. cit., pp. 53-54.

⁹⁴⁵ Grupo de Estudios de Política Criminal. *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, ob. cit., p. 54.

carácter previo a la voluntad de negarse a realizar una prestación. Y en la comunicación al paciente de su condición de objetor.

A modo de consideración, el trabajo del GEPC ha evolucionado favorablemente en la dirección en la que los requerimientos prácticos del ejercicio de una eximente reconocida legalmente de manera muy limitada, ante la que ciudadanos y profesionales de la salud presentaban conflictos. Se han abierto nuevas vías de acceso a su ejercicio, donde la laicidad del Estado se ha visto incluida mediante la objeción ideológica, lo que atestigua la necesidad de incluir tal ejercicio en una regulación para todos los profesionales objetores, pues aunque dificultosos, se demuestra que en el ámbito asistencial el credo no es el único argumento para no poder realizar el deber. Esta último razonamiento, sin voluntad de enjuiciarlo, lo sopeso como un inconveniente pues en la mayoría de los casos el uso incorrecto de la objeción invoca una eximente no legal del profesional y un obstáculo para los pacientes.

9.4.3. Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid. Su compilación de artículos sobre la objeción de conciencia y el reprochable uso de los CEA en España.

La Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid (ABIMAD) se creó con el fin de “la promoción de la dimensión ética en el campo de las Ciencias de la Salud y de las Ciencias Biológicas, con una atención preferencial hacia la medicina y la investigación científica”⁹⁴⁶. De entre sus medios, cuenta con un apartado de artículos mediante los cuales oferta la opinión e ideas expertas, con la voluntad de aportar argumentos que potencien el debate frente a cuestiones (bio) éticas de actualidad. Subrayo este apartado, porque alberga los planteamientos acerca de la materia objeto de esta tesis (objeción de conciencia y CEA) que me gustaría distinguir. Comenzaré por la compilación de una serie de argumentos acerca de objeción de conciencia sobre los que ABIMAD incide, y acto seguido haré la misma tarea con su razonamiento acerca de los CEA que como bien adelante en el título ABIMAD los considera infrutilizados.

El primero de los artículos que integran la sección de objeción de conciencia es “La objeción a informar del aborto en primaria”⁹⁴⁷. Tras la Sentencia del Tribunal de Justicia de

⁹⁴⁶ Información extraída de su página web, en el apartado fines y objetivos. Accesible mediante el siguiente enlace: <https://www.abimad.org/objetivos/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁹⁴⁷ ABIMAD. *La objeción a informar del aborto en primaria*, accesible: [en http://s432590510.web-inicial.es/materiales-y-videos/8-objeci%C3%B3n-de-conciencia-m%C3%A9dica-y-farmac%C3%A9utica/la-objeci%C3%B3n-a-informar-del-aborto-en-primaria/](http://s432590510.web-inicial.es/materiales-y-videos/8-objeci%C3%B3n-de-conciencia-m%C3%A9dica-y-farmac%C3%A9utica/la-objeci%C3%B3n-a-informar-del-aborto-en-primaria/) (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Andalucía (TSJA) sobre la objeción de informar del aborto en primaria de fecha 11 de abril de 2013 se realiza esta pequeña recopilación de opiniones dispares acerca del ejercicio de la objeción de conciencia en ámbito de la IVE citando sobre todo los diversos argumentos de la Asociación Nacional para la Defensa al derecho a la objeción de conciencia (ANDOC, de la que se habla en este mismo apartado más adelante). Sin embargo lo que especialmente me interesa de esta crónica es su último cuestionamiento, ¿Es necesaria una ley de objeción de conciencia para los médicos?. Se responde a la pregunta con la opinión experta de Rodríguez Sendín (presidente de la OMC, considerada en este mismo epígrafe) y los argumentos del Grupo experto Profesionales por la Ética (el que también he mencionado anteriormente a lo largo de este trabajo). Mientras que Sendín defiende con tesón la iniciativa de regular el ejercicio de la objeción de conciencia mediante ley, arguyendo que el reconocimiento de la Ley 2/2010 es insuficiente. Profesionales por la Ética expone que regular la objeción de conciencia supondría la creación de listas negras de objetores ejercientes con un claro carácter discriminatorio apuntando tal razonamiento con datos acerca de la práctica de la IVE actual en el país, asintiendo la mejoría tras la promulgación de su ley reguladora y sentenciando con la profecía de que

“con la reforma de la actual ley del aborto, se rompería la cadena de falsos derechos y consecuencias de las leyes de plazos que hemos visto desarrollarse con la actual ley de aborto libre, lo que contribuiría a resolver los conflictos creados”.

ABIMAD, recoge ambas opciones como válidas sin pronunciarse en este momento sobre la regulación de la objeción de conciencia, aunque siguiendo el hilo de este apartado, puede entenderse que la asociación está más cerca de la mejora deontológica de la normativa existente, así como una mejor ejecución deontológica de la regulación legal actual (LO 2/2010), que de proponer un nuevo cuerpo legislativo al respecto.

El segundo de los artículos comprendido en este apartado, de objeción de conciencia médica y farmacéutica, de ABIMAD es una reflexión de Herranz sobre “La OMC y la objeción de conciencia⁹⁴⁸”. El autor recrimina los diez años que preceden a la Declaración

Creando una crónica a partir de los datos compilados de *Redacción Médica* de 12 de abril de 2013 y de *Diario Médico* de 21 de abril de 2013. El País (edición Andalucía) 12/4/2013. Notas de prensa de Asociaciones profesionales. Véase: <https://www.abimad.org/documentaci%C3%B3n-por-temas/8-objeci%C3%B3n-de-conciencia-m%C3%A9dica-y-farmac%C3%A9utica/la-objeci%C3%B3n-a-informar-del-aborto-en-primaria/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

En este mismo sentido ALBERT MÁRQUEZ, Marta María. «El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el contexto de «nuevos derechos»: Los casos del aborto y la eutanasia», *Revista de la Universidad de Deusto*, vol. 66, núm. 2, 2018, pp. 153-189.

⁹⁴⁸ HERRANZ RODRÍGUEZ, Gonzalo. “La OMC y la objeción de conciencia” en *Diario Médico*. Accesible mediante la página web de ABIMAD en el siguiente enlace: <http://abimad.org/la-omc-y-la-objeccion-de-conciencia/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020). Del mismo autor, conviene destacar, el arraigo en su postura,

de la CGCOM sobre la objeción de conciencia médica y la situación actual frente a la materia. La inactividad de la OMC como encargada de proponer nuevas soluciones ante los nuevos conflictos de conciencia y el caso omiso de las autoridades (Estado). Asimismo el autor propone una nueva definición de objeción, atendiendo la legítima autonomía de pacientes y profesionales, destituyendo su concepto hasta la fecha universal. La actual objeción de conciencia en el ámbito sanitario se define como:

“recurso ético que a todos sin distinción confiere su dignidad humana de proteger aquellos valores, muy pocos, relacionados con el respeto a la vida y a las personas, que constituyen el núcleo intangible de la propia identidad moral”.

Hace ahínco en la idea de que las prestaciones sanitarias y el propio ejercicio de la objeción no son una práctica gustosa para el profesional, sigo el esquema expositivo de Herranz, y gracias a las “razones serias, sólidas, constantes y defendibles” que apoyan tal actuación el mismo objetor debe estar dispuesto a dar explicación “pacífica, comprensiva y (...)humana”. Haciendo uso de este último alegato puedo defender, como lo haré en el próximo bloque de mi estudio doctoral (parte III), que esta explicación puede equipararse a la cesión de un dato concreto a la HC del paciente. En concreto, la condición de objetor ejerciente, para un profesional directamente implicado en una determinada prestación, a la que el usuario tiene derecho y necesita de su uso inmediato o previsiblemente en un plazo corto que supone inmediatez.

Por último, Herranz, recalca que el colectivo colegial no está de acuerdo con la normativización legal de la objeción de conciencia en la práctica médica. Y propone un “corporativismo de las conciencias”, lo que se traduce en una superación de la cuestión desde la deontología.

A mi entender, Herranz, sostiene una visión de lo más idealista y poco probable, pues la situación actual necesita grandes mejoras en la aplicación de la normativa deontológica para conseguir superar la situación actual. Pese haberse superado la diferenciación entre objeción de conciencia y desobediencia civil, el hábitat actual se cierne en el mal ejercicio de la objeción de conciencia traducido en cripto y pseudo-objeciones las cuales deben ser vedadas de raíz para sobreponer el derecho (entendido como eximente) a ejercer la objeción de conciencia dentro de la profesión.

El tercer y último comentario de la materia es “la objeción de conciencia

farmacéutica”⁹⁴⁹ por Ruiz Hornillos. Un crónica publicada directamente en la sección por ABIMAD, a raíz de la Sentencia del Tribunal Supremo de 23 de Abril de 2005 en la que, suscribiendo las palabras del anterior autor,” se reconoció expresamente con carácter general no solo la objeción de conciencia para médicos, sino también para aquellos profesionales sanitarios con competencias en la materia de dispensación de medicamentos”⁹⁵⁰. No insistiré en el voto particular a tal Sentencia de la Magistrada Asúa, pues ya hablé de el anteriormente en el cuerpo de esta tesis doctoral, pero cabe recalcar que ambos autores distan de una interpretación semejante. Mientras que Ruiz Hornillos defiende la extensión del ejercicio de la objeción de conciencia entre otras profesiones del gremio, posiblemente implicadas, dentro del proceso asistencial entendido como la relación asistencial en sí y la dispensación médica (p.ej: farmacias para medicamentos anticonceptivos o colectivos profesionales sanitarios con relación a la PPDD). La Magistrada Asua defiende notoriamente la idea contraria, preservando el ejercicio de la objeción médica lo máximo posible sin ocasión de extensión en su ejecución.

Por último, y al margen de la voluntad de interpretación extensiva del perímetro aplicable a la objeción de conciencia a la materia, Ruiz Hornillos manifiesta la objeción a la ciencia como una variable reconocida en el ejercicio de la objeción de conciencia albergada en su aplicación en el campo farmacéutico. Ya que, según su perspectiva “la objeción de ciencia, que consiste en la capacidad del farmacéutico de negarse a dispensar un fármaco que, según su criterio profesional, no procura la curación deseada del paciente”, extrapolando ese fármaco a la dispensación de la PDD. Por tanto, el autor, persigue que se reconozca una nueva variable ejecutiva deontológica del instrumento, equiparando la situación española a la de Uruguay, donde se reconoce la objeción a la ciencia como un ejercicio extrapolable a la objeción de conciencia en materia sanitaria.

Este reportaje, funciona para avivar el debate de los límites de la objeción de conciencia sanitaria, aunque para mi modelo propuesta vacuo de interés, estimo importante valorar a nivel actual todas las posibilidades de ejercicio de la objeción de conciencia intentando prevenir las posibles contrariedades a las que el ejercicio de objeción de conciencia se encuentra a día de hoy en el campo de la salud. Y sin lugar a dudas, la objeción a la ciencia, al igual que la pseudo y cripto objeción surgen como posibles detonantes problemáticos.

⁹⁴⁹ RUIZ HORNILLOS, Javier. “La objeción de conciencia farmacéutica”, *ABIMAD*, 2015. Disponible en: <https://abimad.org/objecion-de-conciencia-farmaceutica/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁹⁵⁰ *Sentencia 6154/2002*, Sala Tercera, de lo Contencioso Administrativo del del Tribunal Supremo, de 23 de Abril de 2005. *Vid.* el apartado del CBE dónde se utiliza el voto de la Magistrada Asua, para tener una percepción completa de la discusión de ideas entre el autor, Javier Ruiz del anterior artículo informativo, y la visión de la Magistrada del TS.

En relación con la actuación o uso de los CEA a nivel estatal utilizo la expresión reprochable en el título como sinónimo de capacidad de actuación criticable, en base al artículo incluido en el apartado de Comités de Ética de la ABIMAD. A tal reseña, “Los comités de ética Asistencial, infrutilizados” de De Santiago⁹⁵¹, le antecede un estudio de American Journal of Bioethics (AJB) como muestra de la falta de requerimiento de asistencia, en la capacidad de decidir ante un dilema profesional, de los médicos⁹⁵². De Santiago realiza una identificación, en base a los datos publicados por Journal of General Internal Medicine⁹⁵³ – ambas revistas de referencia en materia bioética- , entre los CEA de EUA y los CEA de España recabando unos datos sumamente impactantes de EUA que permiten hacer una transposición, para así explicar la situación española sin datos concretos propios de la casuística, recabados hasta la fecha.

Los CEA se consolidaron con el art.19 DUBDH, con voluntad de brindar unos instrumentos capacitados para mediar ante los conflictos en la relación asistencial⁹⁵⁴, entre la que se encuentra la objeción de conciencia. La gran mayoría de los hospitales, a nivel internacional en concreto EUA y España – siguiendo el artículo de G. de Santiago y por deferencia los estudios en los que sus afirmaciones se basan-, detentan un servicio de asesoría ética brindado por un CEA establecido en el propio centro asistencial, o se presentan vías para acceder al mismo. A pesar de ello, los casos presentados ante tal organismo son escasos, y de ahí la valoración del autor de infravaloración. *AJB* apunta que el desuso de estos comités se justifica en “el coste, la carencia de recursos, de formación o habilidades mediadoras” con lo cual no se puede resolver la dificultad presentada con la celeridad y de la forma necesaria. A su vez, Santiago, recoge otros argumentos que sostienen la deshabitación hacia los CEA en general tales como: (i) el papel de los asesores de los CEA es ficticio pues no se posicionan ante una resolución del problema ni prestan alternativas (Friedman)⁹⁵⁵; (ii) los médicos sintetizan el uso del CEA como una posible seña para la reprimenda jurídica de la cuestión (Caplan)⁹⁵⁶; y (iii) el orgullo del médico a reconocer la necesidad de ayuda (Diekema)⁹⁵⁷.

⁹⁵¹ DE SANTIAGO, G. “Comités de ética asistencial infrutilizados”, *Diario médico*, de 4 de enero de 2008. Disponible en: <http://s432590510.web-inicial.es/materiales-y-videos/6-comit%C3%A9s-de-%C3%A9tica-asistencial/los-comit%C3%A9s-de-%C3%A9tica-infrutilizados/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁹⁵² HURST, Samia A. «Standing on more than one leg: Interdisciplinarity's balancing acts», *The American Journal of Bioethics*, vol. 8, núm. 1, 2008, pp. 50-51.

⁹⁵³ DUVAL, Gordon (et al.). «A national survey of US internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation», *Journal of general internal medicine*, vol. 19, núm. 3, 2004, pp. 251-258.

⁹⁵⁴ STEINKAMP, Norbert (et al.). «Regulation of healthcare ethics committees in Europe», *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 10, núm. 4, 2007, pp. 461-475.

⁹⁵⁵ ROSS, Lainie Friedman (et al.). «Human subjects protections in community-engaged research: A research ethics framework», *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, vol. 5, núm. 1, 2010, pp. 5-17.

⁹⁵⁶ CAPLAN, Arthur L. «Off the RAC», *Human gene therapy*, vol. 25, núm. 1, 2013, pp. 17-18.

⁹⁵⁷ Véase concretamente el Caso Ashley en DEVETTERE, Raymond J. *Practical Decision Making in Health Care Ethics: Cases, Concepts, and the Virtue of Prudence*, Georgetown University Press, 2016, pp. 402-405.

Santiago por su parte reunió a tres presidentes de CEA (dos de centros públicos y uno de centro concertado, sobre los que no se revelan datos) para indagar sobre la aceptación y uso de los CEA en España. La conclusión de tal estudio fue en palabras del autor que “el médico acude pocas veces a este órgano asesor y resuelve los conflictos con sus propios conocimientos”.

Ante esta perspectiva de abandono de las posibilidades de los CEA, propongo una mayor implicación de los mismos en los casos de ejercicio de la objeción de conciencia mitigando su mermado trabajo y confiando en su capacidad resolutoria. Pudiendo ser los encargados de iniciar el control sobre el ejercicio de la objeción de conciencia dentro de las instituciones sanitarias, facilitando tal tarea a los gestores sanitarios. Son también un escenario excelente, para plantear los posibles conflictos ante un ejercicio de la eximente problemático. Pues podrían solventar la situación desde la experiencia y sus aptitudes frente un real análisis de la relación asistencial, valorando derechos del paciente y profesional, así como los deberes del último frente al primero. Su arbitraje o mediación, debería configurarse como obligatoria frente a tales casos, y relevaría el actual papel de los Tribunales frente a conflictos que son perfectamente resolubles en el ámbito interno de las instituciones, bajo unas premisas deontológicas inspiradas en la regulación actual, con unas mejores indicaciones de uso. Ese concretamente es el anhelo principal del modelo propuesta que presento en este trabajo doctoral, articulando como principal órgano competente de actuación y ejecución del mismo a los CEA.

9.4.4. Asociación Nacional para la Defensa al derecho a la objeción de conciencia.

La Asociación Nacional para la Defensa al derecho a la objeción de conciencia (ANDOC en adelante), es una asociación nacional española con sede en Granada, que nace en 2001⁹⁵⁸ como mecanismo de defensa de un grupo de farmacéuticos de Andalucía contrarios a la legalización de la PDD por el Ministerio de Sanidad (España). La PDD se declaraba de obligada tendencia en todas las farmacias mediante la Orden dictada en junio de 2001 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Desde entonces ANDOC se ha utilizado como un cauce para defender el ejercicio de la objeción de conciencia ideológica, ética y religiosa de profesionales de diversos ámbitos de sanidad (enfermeros/as; médicos; farmacéuticos...etc.).

⁹⁵⁸ ANDOC se constituye formalmente en Granada, en 2001 y fue inscrita en el Registro de Asociaciones del Ministerio del Interior, con el núm. 168852. En septiembre de 2003 adaptó sus estatutos a la ley 1/2002 de 22 de marzo, reguladora del derecho de Asociación.

Su principal argumento, como defensa del ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, es la aplicación de la interpretación del art.16.1CE. Ante el organismo, ANDOC, se examinan los problemas ético-morales planteados por cualquier personal o colectivo que desarrolla su actividad profesional en el ámbito de salud. Reconociendo unos principios éticos orientados al respeto a la vida, la salud, la libertad y la dignidad de la persona, de conformidad con las normas deontológicas de las profesiones o con las convicciones éticas de las personas que se vean afectadas⁹⁵⁹. Además, facilitan cobertura jurídica especializada a los asociados que consideren lesionado su “derecho a la objeción de conciencia” en el ámbito de su ejercicio profesional.

Los conflictos en el ejercicio de objeción de conciencia hasta la fecha han versado sobre el inicio de la vida (protección de los derechos del no nacido) y la eutanasia.

La función de la ANDOC inspira, y sería absorbida por la nueva función de los CEA siempre y cuando su actuación fuese oportuna. El Comité sería el encargado de defender en primera instancia la cuestión sin necesidad de acudir a los Tribunales, y si y sólo si, los CEA se viesan superados por las cuestiones a su amparo se trasladaría el caso a instancias superiores, muy probablemente juzgados.

⁹⁵⁹ Para más datos e información sobre ANDOC consulte su página web, disponible en: <http://andoc.es/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

TERCERA PARTE

Balance equidistante entre los profesionales sanitarios y los usuarios del servicio de salud. El papel de la contraprestación y el Registro de objetores como muestra de equilibrio.

La tercera parte de esta tesis doctoral se centra en los dos elementos clave del *modelo propuesta*, cada una en un capítulo, que son la contraprestación y el Registro de Objetores (ROC). En estos capítulos se dibujan los principales argumentos, a favor y en contra, que se pueden manejar. El *modelo propuesta* tiene como objetivo el desarrollo de un mecanismo que permita el ejercicio efectivo de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario, a partir de dos pilares básicos. Por un lado, la contraprestación, entendida como la publicación del dato profesional de la condición de objetor en la HC₃, como un mecanismo de control y garantía que actúa frente a los riesgos que puede conllevar el mal uso del ejercicio de la objeción de conciencia. Por otro, la creación de un ROC central y único, que se puede crear a nivel institucional o autonómico, pero que tiene pretensión estatal.

Debo advertir, desde un principio, que este *modelo propuesta* no es la solución única y definitiva para la práctica de la objeción de conciencia sanitaria. Pero, en mi opinión, puede ser un mecanismo proforma que no entra en las valoraciones individuales de la objeción de conciencia, con la pretensión de solventar algunos de los problemas que suscita su ejercicio. En particular, trata de evitar las obstrucciones o retrasos en la prestación sanitaria a la que tienen derecho los pacientes y usuarios del sistema de salud cuando el profesional asignado ejercita el derecho de objeción de conciencia. Con ello, no defiende un ejercicio de la objeción absoluto o indiscriminado a la práctica sanitaria. La idea de una objeción de conciencia por parte de los profesionales de salud implicados directa o indirectamente en una prestación concreta, sin restricciones, no me parece aceptable. Este *modelo propuesta* puede superar algunas trabas que puede generar la objeción de conciencia, que pueden afectar a la eficiencia en el acceso a las prestaciones sanitarias reconocidas por el Estado.

La situación actual del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria obliga a reflexionar no solo sobre cuestiones teóricas sino prácticas. No se trata ahora de insistir en el debate sobre si la objeción de conciencia debe ser admitida, y en qué casos, sino en analizar qué ocurre una vez el profesional sanitario ejerce la objeción de conciencia, y de tomar las medidas necesarias para que el ejercicio de la objeción de conciencia no perjudique al usuario sanitario. Esta parte se centra en la gestión eficiente de la objeción de conciencia sanitaria. En la actualidad, el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario por parte de los profesionales conlleva, en la gran mayoría de los casos, una eximente legal directa, sin

repercusión alguna para el ejerciente, pero sí para la institución, para otros compañeros de profesión y para sus pacientes. Por tanto, resulta insatisfactorio considerar la situación sólo desde la perspectiva individual, sino que hay que tener en cuenta la situación global, de conjunto, para evitar desequilibrios injustos. Ello a costa de los derechos sanitarios de los pacientes, y de una sobrecarga laboral de los médicos no objetores. Para intentar equilibrar la situación, propongo la instauración de dos medidas: la contraprestación y el ROC frente al ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, para equilibrar la balanza entre los intereses de todas las partes involucradas.

Capítulo X

La contraprestación

En el debate sobre la objeción de conciencia sanitaria no parece que se contemple la necesidad de una contraprestación. Sin embargo, del mismo modo que, históricamente, la respuesta jurídica frente a la oposición al servicio militar obligatorio pasó por una prestación sustitutoria, me parece que la respuesta a la admisión de la objeción de conciencia sanitaria también puede llevar aparejada la exigencia de una contraprestación. En este capítulo, se describen varias propuestas de prestación sustitutoria, para después centrarme en la propuesta que defiendo, que consiste no solo en la cesión del dato a las entidades encargadas de gestionar la derivación a otro profesional, sino en la autorización a la cesión del dato al propio usuario del servicio sanitario.

10.1. La prestación sustitutoria a un deber legal.

Es necesario recordar que cuando el servicio militar era obligatorio, el objetor de conciencia podía quedar exento del deber de prestar el servicio militar, pero estaba obligado a realizar una prestación social sustitutoria. En puridad, esta prestación no es una exigencia constitucional, en la medida en que el art. 30.2 CE, que establece la necesidad de una regulación legal de la objeción de conciencia frente a las obligaciones militares, termina diciendo que la ley puede imponer, en su caso, una prestación social sustitutoria, pero no obliga a imponerla⁹⁶⁰.

Una prestación sustitutoria es una conducta que la norma impone como alternativa al cumplimiento de otro deber, cuando éste colisiona con las convicciones de una persona y manifiesta su objeción. En el diseño de la prestación sustitutoria se han debatido dos aspectos. El primero de ellos es el aspecto temporal, y hace referencia a la duración de la prestación, pues se discutía si debía ser igual o superior al del servicio militar; el segundo se

⁹⁶⁰ Por eso CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. *La objeción de conciencia: estructura y pautas de ponderación*, ob. cit., p. 122, lo califica de elemento contingente, puesto que no es esencial e inseparable del derecho de objeción de conciencia.

centraba en el contenido de dicha prestación sustitutoria. En el campo de la objeción de conciencia sanitaria, por el momento, ninguno de estos aspectos ha tenido la suficiente entidad como para generar un debate.

El criterio temporal de la prestación social sustitutoria ha ido variando. La Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y la prestación social sustitutoria, que dio cumplimiento al mandato constitucional de regular esta materia, se remitía a una posterior regulación reglamentaria, fijando una horquilla de entre dieciocho y veinticuatro meses⁹⁶¹. El Real Decreto 20/1988, de 15 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de la Prestación Social de los Objetores de Conciencia, fijó la duración de la prestación social sustitutoria en dieciocho meses (art. 2).

La duración se redujo por Ley Orgánica 13/1991, de 20 de diciembre, del servicio militar, que situaba la franja temporal entre trece a dieciocho meses⁹⁶². El Real Decreto 525/1992, de 22 de mayo, por el que se determina la duración de la situación de actividad en el régimen de la prestación social sustitutoria del servicio militar, lo fijaba en trece meses (art. Único), plazo que confirmó el Reglamento de la objeción de conciencia y de la prestación social sustitutoria, aprobado por Real Decreto 266/1995, de 24 de febrero (art. 15.3). En todo caso, la duración de la prestación social sustitutoria era superior a la duración del servicio militar obligatorio, de nueve meses desde la incorporación a filas (art. 24.1 LO 13/1991).

La mayor duración de la prestación social sustitutoria, comparada con la duración del servicio militar obligatorio, suponía, para el objetor, una desventaja, y podía generar una discriminación. Constituye una especie de sanción al objetor, incrementando el factor temporal de la dedicación a unos deberes impuestos. La equiparación entre la duración del período de actividad de la prestación social sustitutoria y el servicio militar llegó finalmente con la Ley 22/1998, de 6 de julio, reguladora de la Objeción de Conciencia y de la Prestación Social Sustitutoria: “La duración de la situación de actividad será la misma que la fijada para el servicio militar en filas” (art. 8.2).

Esta Ley 22/1998 define la prestación social sustitutoria como “el desarrollo de actividades de utilidad pública que no requieran el empleo de armas ni tengan relación con la institución militar” (art. 6.1). Se trata de un servicio civil, e incluye prestaciones de lo más

⁹⁶¹ Disponía el art. 8.3 que “La duración de la situación de actividad será fijada por el Gobierno mediante Real Decreto. En todo caso, comprenderá un período de tiempo que no será inferior a dieciocho meses ni superior a veinticuatro”. *Vid.* España. La Ley 48/1984, de 26 de diciembre, reguladora de la objeción de conciencia y la prestación social sustitutoria, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 311, de 28 de diciembre de 1984, pp. 37366-37368.

⁹⁶² *Ibidem*. Disposición Adicional Decimotercera.

diverso⁹⁶³. Creo que puede trasladarse de idea de necesidad de un elemento contraprestacional a la objeción de conciencia sanitaria⁹⁶⁴, para garantizar la igualdad entre profesionales (los que objetan y los que no), manteniendo una proporcionalidad entre la actividad que se deja de realizar y la que se impone.

En el ámbito de la objeción de conciencia sanitaria, la contraprestación podría consistir en la realización de otras tareas, no necesariamente médicas, sino de gestión o revisión de historias clínicas (en adelante HC). Una tarea que se asemeja, de alguna manera, al servicio civil, por su generalidad y poca necesidad de especialización.

Esta opción llevaría a la necesidad de detallar varios aspectos de esta contraprestación, relacionados, por un lado, con qué tipo de HC debe revisarse y, por otro, en qué momento y durante cuánto tiempo debe realizarse. En relación con la primera cuestión, pueden estimarse varias posibilidades como a) las HC no revisadas desde un tiempo, estableciendo un listón temporal para procederse a la revisión, cuando se considere necesario su actualización; b) actualizar las propias HC; o c) las HC del servicio en el que se ejerce la objeción o los historiales de urgencias, etc. En relación con el momento y durante cuánto tiempo debe realizarse la revisión de HC, deberá determinarse si se hará durante el horario laboral del objetor, o al margen de éste, como actividad adicional. El tiempo de duración de la contraprestación, en principio, debería ser equivalente al de la prestación objetada.

La revisión de HC resulta de lo más problemática desde cualquier punto de vista. En primer lugar, a nivel de contenido, la revisión de HC presenta un problema: no puede concederse un tiempo extra para revisar las HC propias, pues esta temporalidad adicional premiaría al objetor con una discriminación positiva, que supondría una desigualdad injusta frente a los trabajadores no objetores que realizan su trabajo sin objeciones de ningún tipo. Tampoco pueden analizarse HC en curso de otros compañeros, por la necesidad de respetar el secreto profesional. Y finalmente, tanto la propuesta de los archivos atrasados, como las de actualización de sistemas de urgencias, generan dudas en relación con el

⁹⁶³ El art. 6.2 menciona los sectores en los que se puede desarrollar dicha prestación: "a) Servicios sociales y, en particular, los que afecten a la acción comunitaria o familiar, protección de menores o adolescentes, tercera edad, personas con discapacidades físicas, psíquicas y sensoriales, minorías étnicas, prevención de la delincuencia, reinserción social de alcohólicos, toxicómanos y ex-reclusos y promoción de hábitos saludables de conducta. b) Servicios sociales por la paz y, en particular, ayuda a refugiados y protección de los derechos humanos. c) Programas de cooperación internacional. d) Conservación del medio ambiente, mejora del medio rural y protección de la naturaleza. e) Educación y cultura y, en particular, promoción cultural, alfabetización, bibliotecas y asociaciones. f) Educación en el ocio. g) Protección civil. h) Servicios sanitarios. i) Cualesquiera otras actividades, servicios u obras de carácter análogo que sean de interés general."

⁹⁶⁴ Algunos autores consideran que en muchos supuestos de objeción de conciencia no tiene sentido imponer prestaciones sustitutorias, como GASCÓN ABELLÁN, Marina Felicia. *Obediencia al derecho y objeción de conciencia*, ob. cit., p. 249; ESCOBAR ROCA, Guillermo. *La objeción de conciencia en la Constitución española*, ob. cit., p. 237.

tiempo que se dedicaría a la contraprestación. En segundo lugar, a nivel de duración, ya que las prestaciones objetadas no tienen un tiempo estimado equiparable a la duración de la contraprestación propuesta. La revisión, análisis, actualización de las HC implica una carga temporal mucho mayor que cualquiera de las prestaciones obligatorias que el profesional sanitario pretende eludir y, por tanto, esta propuesta lleva a un callejón sin salida.

Una posible solución es admitir que la contraprestación a la objeción de conciencia sanitaria tenga una duración superior, tal como venía haciendo la regulación de la prestación social sustitutoria hasta que se equiparó la duración de la prestación social sustitutoria con el servicio militar, en 1998. Sin embargo, considero injusto obligar al objetor a invertir más tiempo en la contraprestación que a la práctica objetada.

Otra opción sería obligar al objetor a realizar tareas dentro de los Comités bioéticos de la red asistencial de la que forma parte. Pero su integración en los comités se enfrenta al mismo problema temporal que hemos visto, pues el incremento de tiempo invertido en la contraprestación supone un aumento de carga laboral, que puede ser percibido como un castigo por parte de los profesionales objetores.

Estas diferentes opciones apuntadas no resultan satisfactorias, y esto me conduce a hacer una propuesta distinta para dar una solución al conflicto entre la oposición a una determinada actividad y el cumplimiento de los deberes legales.

10.2. El contenido de la contraprestación en el *modelo propuesta*.

En mi *modelo propuesta*, la contraprestación consiste en la cesión del dato de la condición de objetor del profesional, y en la autorización de la cesión del dato al propio usuario sanitario, incorporada a la historia clínica (HC) del paciente. Cabe hacer alguna aclaración en torno al empleo del término “contraprestación”, pues difiere del empleado en el contexto de la objeción de conciencia militar, que es el de “prestación social sustitutoria”. Es cierto que el término puede tener alguna relación con conceptos de derecho contractual, acaso patrimonial; lo que pretendo destacar con el uso del término “contraprestación” es que va más allá de la cesión de los datos personales necesarios para garantizar la objeción, porque autoriza la cesión de esos datos a un tercero, que es el paciente.

10.2.1. El acceso al dato de la objeción por parte del paciente o usuario sanitario.

10.2.1.a). Justificación.

El *modelo propuesta* incluye el acceso a la condición de objetor por parte del paciente a través de la HC₃. El dato de la objeción de conciencia puede integrarse en la historia clínica del paciente en soporte electrónico. Antes de entrar en la propuesta, cabe hacer alguna referencia más detalladas a la HC y su evolución. Se habla de Historia Clínica Compartida en Cataluña⁹⁶⁵ (en adelante HC₃) y en España, Historia Clínica Digital del Servicio Nacional de Salud (HCDSNS). La HC₃, al igual que toda historia clínica, agrupa un conjunto de documentos que contienen datos e información relevante sobre la situación y evolución de un enfermo a lo largo de su proceso asistencial. Este es un instrumento que se concibe desde primer momento en formato electrónico, para permitir el acceso de manera organizada a la información relevante de las historias clínicas de centros sanitarios de la Red Pública Asistencial, siguiendo parámetros idóneos de seguridad y confidencialidad. Los centros integrados en esta Red, mediante mecanismos de interoperabilidad y uso de estándares entre sistemas de información, pueden acceder a la información sanitaria y de salud de un paciente enfermo, en el lugar y momento que lo necesiten⁹⁶⁶. Esta idea, pese a que refleja claramente la aspiración de la HC₃, no se ha conseguido aún, pues en la actualidad hay muchos centros que no tienen habilitada la compatibilidad de su HC con la de otros. Cataluña es una de las comunidades más proactivas en este sentido⁹⁶⁷, pero este tema ya no es solo de ámbito autonómico o estatal, sino que, desde el año 2008 ha adquirido interés euro regional⁹⁶⁸.

La HC₃, aunque compila todos los documentos con relevancia médica generados en

⁹⁶⁵ BUISAN ESPELETA, Lidia. «La historia clínica compartida y el ejercicio de la autonomía de las personas en sanidad», *ob. cit.*, pp. 51-68. Idea que la autora expuso en: *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la Historia clínica compartida a Catalunya*, *ob. cit.*, pp. 24-88.

⁹⁶⁶ BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la Historia clínica compartida a Catalunya*, *ob. cit.*, p. 43; y, LABORDENA BARCELÓ, Xus. *Transformació de l'HC₃ en la xarxa d'informació*. Barcelona: Gerència de Sistemes d'Informació del CatSalut, 2012.

⁹⁶⁷ Información expuesta en el apartado *Objetivos* de Generalitat de Catalunya, *Història clínica compartida en Catalunya*. Disponible en: <http://www.gencat.cat> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

⁹⁶⁸ Consorcio europeo de trabajo en el proyecto pilot epSOS (European Patients Smart Open Services), puede consultarse su trabajo en: www.epsos.eu (Última consulta 29 de diciembre de 2020); *Cfr.* La documentación aportada por el proyecto VISC+ modificada en 2015: Memoria del proyecto VISC+: más valor a la información de salud de Cataluña; Garantías éticas de uso de los datos; Datos y proceso de anonimización; Análisis de riesgos; Análisis de los posibles modelos para la gestión del proyecto; estándares de recolección de datos; Presentación del proyecto VISC+. Disponibles en: <http://aquas.gencat.cat/ca/projectes/visc/documentacio> (Última consulta 29 de diciembre de 2020). Este proyecto ha recibido numerosas críticas, incluso se paralizó la gestión reorientada a partir de 2015. *Vid.* LLÀCER MATAÇAS, María Rosa; CASADO GONZÁLEZ, María; BUISAN ESPELETA, Lidia. *Document sobre bioètica i Big Data de salut: explotació i comercialització de les dades dels usuaris de la sanitat pública*. Barcelona: OBD, 2015, p. 49.

relación con el paciente, no sustituye necesariamente toda la HC que el paciente tiene en cada centro. La finalidad de la HC₃ es propiciar un nuevo modelo asistencial que permita el acceso y la consulta de forma inmediata, segura y confidencial de la información relevante sobre los pacientes, en los centros sanitarios de la Red de Asistencia Pública de Cataluña. La HC₃ se configura como el registro electrónico de información sanitaria de pacientes del *Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya*, y así lo declara la *Agència de Protecció de Dades de Catalunya* (APDCAT en lo sucesivo)⁹⁶⁹.

La inclusión del dato de objetor del profesional sanitario en la HC3 del paciente puede generar algunas dudas. Tanto la Ley 21/2000 del Parlamento de Cataluña, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente⁹⁷⁰, y la documentación clínica como la Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁹⁷¹, se ocupan de la historia clínica y sus usos⁹⁷².

El titular de la información que contiene la historia clínica es el paciente y sólo podrán ser informados de este contenido otras personas cuando el paciente expresa o tácitamente lo consienta. El artículo 11 de Ley 21/2000 se ocupa de los usos de la historia clínica, y en ningún lugar consta que pueda haber cesión de datos sin consentimiento del paciente, ya que los apartados 1 y 2 sólo se refieren el acceso a la historia clínica por parte de los profesionales asistenciales implicados en un episodio clínico de un paciente. El apartado 3 trata del acceso con fines epidemiológicos, de investigación o docencia, y los apartados 4 y 5 tratan, respectivamente, de los datos a los que tiene acceso el personal de administración y gestión de los centros sanitarios, así como el personal al servicio de la Administración sanitaria que ejerce funciones de inspección.

La ley estatal señala que la finalidad principal de la historia clínica es “facilitar la asistencia sanitaria” (art. 15.2), y en este sentido, la inclusión de datos sobre el médico puede facilitar esta asistencia; aunque seguidamente dice que la historia clínica “dejando

⁹⁶⁹ Autoridad Catalana de Protección de Datos. CNS 40/2010, *Alcance del ejercicio del derecho de oposición en el marco de la Historia Clínica Compartida*, de 2 de diciembre de 2010.

⁹⁷⁰ Cataluña. Ley 21/2000 del Parlamento de Cataluña, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 3303, de 11 de enero de 2001.

⁹⁷¹ España. Ley básica 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información, *Boletín Oficial del Estado*, num.274, de 15 de noviembre de 2002.

⁹⁷² SAN JOSÉ, Carlos. «Medidas de seguridad en la custodia y gestión de las historias clínicas». En: BUISAN ESPELETA, Lidia y SÁNCHEZ URRUTIA, Ana. *Intimidación, confidencialidad y protección de los datos de salud*, Navarra: Editorial Aranzadi Thomson Reuters, 2011, p. 13; BUISAN ESPELETA, Lidia. «La historia clínica compartida y el ejercicio de la autonomía de las personas en sanidad», *ob. cit.*, pp. 51-68. Idea que la autora expuso en: *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la Història clínica compartida a Catalunya*, *ob. cit.*, pp. 24-88.

constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud” del paciente, por lo que parece que no hay datos de los profesionales. Sin embargo, el dato específico de la objeción de conciencia del profesional agiliza y facilita la prestación sanitaria.

Los profesionales objetores siempre deben consentir la cesión del dato concreto (condición de objetor) a los pacientes. Con éstos pasa lo contrario, ya que el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre⁹⁷³, autoriza la cesión de datos de salud entre organismos, centros y servicios del Sistema Nacional de Salud, sin el consentimiento de las personas afectadas, justificada esta ausencia de necesidad de autorización en el hecho de que se trata de información necesaria para la atención sanitaria de estas personas. En este caso, el tratamiento de los datos en la HC₃ y su cesión prima sobre el derecho de autonomía del paciente.

Esta situación (ausencia de necesidad de autorización) no se puede imponer a los objetores ejercientes, pues se vulneraría sus derechos. Parece conveniente, y de ahí la propuesta, que los pacientes que tengan programada una visita con el profesional puedan conocer previamente si es objetor o no. Pero de ningún modo puede incorporarse el dato sin la autorización previa del profesional (que sería su contraprestación). Los derechos que amparan la objeción de conciencia protegen y sitúan al objetor en una posición privilegiada en este aspecto. Ahora bien, si no autoriza el dato, no podrá objetar. Acaso sea mejor concebir la declaración no como obligación, sino como una carga.

10.2.1.b). Obstáculos teóricos y prácticos.

Existen varios escollos a esta propuesta relacionados con la protección de datos, que tiene una vertiente teórica, constitucional y una procedimental, vinculada con la HC₃. Considero oportuno traer los argumentos que podrían aducirse en sentido contrario a la contraprestación que propongo, para intentar rebatirlos, ofreciendo argumentos para defenderla.

La Constitución española garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos (art. 16) y el derecho a la intimidad (art. 18), y ello implica que “nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias” (art. 16.2). Los profesionales que objetan comparten información sobre su conciencia y, aunque no es necesario que

⁹⁷³ España. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 17, de 19 de enero de 2008.

detallen cuáles son esas creencias, sí deben manifestar que son contrarios a ciertas prácticas (aborto, eutanasia, por citar las más frecuentes). Esto no supone que estén “obligados a declarar” antes del ejercicio de su profesión, a modo de requisito previo para la colegiación, que estaría prohibido por la Constitución. Ahora bien, llegado el momento de ejercer la objeción de conciencia, el profesional sanitario tendrá que manifestar esa objeción, externalizarla, para que el centro pueda tomar las medidas oportunas en cuanto a la prestación debida, y de ahí que el dato de la objeción de conciencia debe trascender al exterior.

El art. 9.1 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales protege unas categorías especiales de datos⁹⁷⁴ incluyendo, entre otros, los que revelen la ideología, religión o creencias. Estos datos están especialmente protegidos, lo que implica la necesidad de que su tratamiento quede sujeto a las máximas garantías de confidencialidad, de forma que sólo puedan utilizarse dicha información en relación con la práctica de abortos sin que, en ningún caso, pueda darse lugar a la elaboración de “listas negras” que sirvan para discriminar laboralmente a los profesionales objetores.

La protección de la intimidad del profesional puede ser un obstáculo para la publicación de su condición de objetor y, en consecuencia, un impedimento para la contraprestación y el Registro de objetores de conciencia, que son los pilares del *modelo propuesta*. Hoy en día, parece que tiene mayor entidad el derecho del profesional a su intimidad que los distintos derechos, aplicables en la relación asistencial, de los pacientes (tales como la autonomía, la autodeterminación informativa, la justicia o la salud). Esta práctica habitual de optar por la prevalencia del derecho del profesional supone, entiendo, desproteger al paciente en situaciones que pueden ser difícil (piénsese en la mujer que quiere abortar). Si no existe publicidad (aún restringida) de la condición de objetor, se puede obstaculizar la gestión ágil de la prestación del servicio sanitario. El hermetismo no es, ni puede ser, una solución válida.

Cabe alegar que el profesional de publicidad del dato comunicándolo al centro o institución y que esa publicidad debe tener una difusión limitada, pues se comparte no solo para poder dejar de realizar una determinada actividad, sino para que el centro sanitario pueda gestionar el servicio de manera adecuada y evitar afectar negativamente a terceros (las usuarias del servicio).

⁹⁷⁴ Lo que el art. 7.2 LOPD denominaba “datos especialmente sensibles”. *Vid.* España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales protege unas categorías especiales de datos, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 294, de 6 de diciembre de 2018.

En principio, parece que el consentimiento expreso y por escrito del afectado legitima el posterior tratamiento de datos de carácter personal. Sin embargo, algunos datos están especialmente protegidos, entre ellos, los que revelan la ideología, religión y creencias (art. 9.1 LO 3/2018) y, por tanto, el consentimiento es necesario, pero no suficiente.

En el ámbito sanitario, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP en lo sucesivo), que está en vigor desde el 15 de mayo de 2003, recoge tanto el derecho a la información asistencial (art. 4) como el derecho a la información en el Sistema Nacional de Salud (art. 12). El derecho a ser informado del art. 4 está vinculado al concepto de consentimiento informado⁹⁷⁵, e incluye, como mínimo, “la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias”, que después detalla el art. 10 LAP. La información es necesaria porque ayudará al paciente “a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad” (art. 4.2 LAP).

El art. 12 LAP dispone que “los pacientes y los usuarios del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ellos” (apartado 1), así como “las prestaciones disponibles, las características asistenciales del centro o del servicio, y sus dotaciones de personal, instalaciones y medios técnicos” (apartado 2). Con este marco legal, el derecho a acceder a la información sobre la condición de objetor del profesional puede estar justificada. Es cierto que cuando se trata del derecho a la información se suele centrar en la información asistencial, no debemos dejar de tener presente que la LAP también contempla el derecho a la información del propio servicio sanitario en el que ha de recibir la prestación sanitaria. Esta información sobre el servicio es relevante para poder elegir médico y centro, como establece el art. 13 LAP.

El derecho a la elección de médico es recogido en el catálogo de derechos del art. 10 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Salud, que aún sigue vigente. Esta capacidad electiva era aplicable, inicialmente, solo a la elección de médico en la atención primaria y, para su efectividad, la ley conmina a los poderes públicos a su desarrollo normativo (art. 14), lo que se hizo mediante el Real Decreto 1575/1993, de 10 de septiembre, por el que se regula la libre elección de médico en los servicios de atención primaria del Instituto Nacional de la Salud. Con posterioridad, se amplió para incluir a la atención médica especializada,

⁹⁷⁵ La LAP se promulgó para poner al día la Ley General de Sanidad en materia de derechos de los pacientes, enumerados en su art. 10, incorporando los postulados del Convenio de Oviedo. Cabe recordar que es importante la influencia ejercida sobre la ley estatal de la ley catalana, Ley 21/2000, de 29 de diciembre sobre los derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente y la documentación clínica. Es innegable la influencia de la ley catalana en la ley estatal posterior, sobre todo por lo que hace referencia al consentimiento informado.

por el Real Decreto 8/1996, de 15 de enero, sobre libre elección de médico en los servicios de atención especializada del Instituto Nacional de la Salud. Existe una vinculación entre el derecho a la elección de médico y la necesaria información previa, como confirma el art. 8, que obliga a los centros y establecimientos sanitarios del Instituto Nacional de la Salud a facilitar a los usuarios información suficiente para ejercer el derecho de elección. Entre la información que el usuario debe poder conocer, el precepto menciona los lugares y horarios de consulta, el tiempo de espera, “así como cualquier otra información que pueda ser de interés al usuario para el ejercicio de su derecho”. Qué duda cabe que la condición de objetor de un profesional es una información de interés al usuario, que le permitirá elegir a uno o a otro con base en este motivo únicamente.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, además de regular los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas, determina el establecimiento de los registros de profesionales que permitan hacer efectivos los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud (art. 1). El art. 32 contempla algunos registros, como el de Registro Nacional de Especialistas en Formación, el de Especialistas en Ciencias de la Salud y el de Especialistas con Diploma de Capacitación Específica, y prevé los datos de los profesionales sanitarios que tienen carácter público. Es la ley la que puede delimitar qué datos tienen carácter público y cuáles son confidenciales.

Es preciso tener en cuenta también la Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno⁹⁷⁶, al menos para su aplicación a los profesionales sanitarios que trabajan en centros públicos. Los ciudadanos tienen derecho de acceso a la información pública, recogido en el art. 105.b) CE, salvo que afecte a la intimidad de las personas. El art. 14.1. reitera ese límite vinculado a la confidencialidad, y seguidamente, el art. 15 establece como mecanismo de protección de datos, que solo pueden ser revelados con el consentimiento expreso y escrito del afectado⁹⁷⁷. Si aplicamos esta norma a la objeción de conciencia sanitaria, este consentimiento sería necesario porque la objeción, aunque directamente no incluya el dato de la ideología, religión o creencias del profesional, permite deducir, aún de manera indirecta, que existen.

Si, por el contrario, se considera que la objeción de conciencia no incluye datos

⁹⁷⁶ España. Ley 19/2013, de 9 de diciembre, de transparencia, acceso a la información pública y buen gobierno, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 295, de 10 de diciembre de 2013.

⁹⁷⁷ Reza así el precepto: “Si la información solicitada contuviera datos personales que revelen la ideología, afiliación sindical, religión o creencias, el acceso únicamente se podrá autorizar en caso de que se contase con el consentimiento expreso y por escrito del afectado, a menos que dicho afectado hubiese hecho manifiestamente públicos los datos con anterioridad a que se solicitase el acceso”.

especialmente protegidos, se aplicaría el art 15.3, y entonces el órgano al que se dirija la solicitud de información concederá el acceso previa ponderación suficientemente razonada del interés público en la divulgación de la información y los derechos de los afectados cuyos datos aparezcan en la información solicitada, en particular, su derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal.

La cesión de datos entre instituciones está permitida a nivel estatal, según dispone la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud⁹⁷⁸. Del capítulo quinto, y en función a la inclusión de la condición de objetor en la HC₃ y en consecuencia en el ROC, resultan de aplicación los arts. 54 y 56.

El art. 54 de la Ley 16/2003 establece que “El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la utilización preferente de las infraestructuras comunes de comunicaciones y servicios telemáticos de las Administraciones públicas, pondrá a disposición del Sistema Nacional de Salud una red segura de comunicaciones que facilite y dé garantías de protección al intercambio de información exclusivamente sanitaria entre sus integrantes”. Dicha transmisión supone: requerimientos de certificación electrónica, firma electrónica y cifrado. De otro lado, señala que a través de dicha red circulará información relativa, entre otras, los “registros sanitarios”. Por tanto, la transmisión de la condición de objetor puede seguir el Código de Identificación Personal Único (en adelante CIP) para su acceso con fines asistenciales, es una posibilidad amparable por la regulación.

El art. 56 de la misma ley prevé un intercambio de información de salud entre diferentes organismos, centros y servicios del SNS. Esta previsión es fallida, como ilustraré enseguida, al abordar el Informe del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) del Ministerio de Industria, Energía y Turismo del Gobierno de España titulado *Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*⁹⁷⁹.

Consentir la cesión (u obligar a ello) de datos profesionales, no supone una vulneración de la intimidad del profesional o, en su caso, puede considerarse justificada. Mi propuesta es que la contraprestación en el ámbito de la salud se normalice, de manera que el ejercicio de la objeción de conciencia voluntaria por parte de los profesionales sanitarios pueda hacerse de manera ágil. En cuanto el médico realiza su declaración de objeción de conciencia, el dato queda integrado dentro de la HC del paciente. Esta contraprestación

⁹⁷⁸ España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, *Boletín Oficial del Estado*, núm. 128, de 29 de mayo de 2003.

⁹⁷⁹ ONTSI. *Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*. Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2016. Disponible en: <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/197> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

supone, como consecuencia directa, la creación de unos Registros de objetores que permiten su control, de los que hablo a continuación.

Esta propuesta tiene como finalidad superar y normalizar el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, siguiendo los antecedentes y el modelo de la objeción de conciencia militar. De este modo el sistema sanitario y, en particular, los centros y los gestores sanitarios, se pueden centrar en la eficiencia de la asistencia de forma pura, sin pasar por los obstáculos del ejercicio de las prestaciones. La actuación profesional se podrá controlar no ya solo a nivel institucional, sea el gestor, sea el jefe de servicio, sino también a nivel de usuario sanitario. El paciente, que tiene libertad de elegir al profesional sanitario, debe poder elegir a uno que no sea objetor de conciencia, de forma directa, eliminando así las incomodidades del procedimiento actual: sin necesidad de derivación, ni traslado de los pacientes. Este sistema ofrece mayores garantías, y resulta un proceso eficaz y eficiente⁹⁸⁰. El fundamento principal de la propuesta que formulo en esta tesis doctoral exige, como presupuesto o premisa, la contraprestación por parte de los objetores de conciencia en el ámbito de salud.

En cuanto a los obstáculos prácticos, de implementación de la propuesta, sería necesario resolver dos problemas. El primero hace referencia la implantación de las HC₃, que aún no es total. El formato y estructura de la información actualmente disponible en las HC₃ de los centros no está totalmente estandarizada. Si nos fijamos en Cataluña, cada centro informa según sus propios sistemas; por el momento solo están adscritas a la HC₃ instituciones sanitarias que pertenecen al *Sistema sanitari integral d'utilització pública de Catalunya* (SISCAT)⁹⁸¹.

⁹⁸⁰ El funcionamiento sería el siguiente: una mujer, a la que llamaremos Ana, acude a su centro de salud sexual y reproductiva para abortar. La auxiliar administrativa le da una cita con una comadrona para hacer el primer reconocimiento. Ésta confirma que está embarazada y le informa de las diversas posibilidades que tiene, aunque Ana tiene claro que quiere abortar. La comadrona la deriva a un especialista. Ana vuelve a la auxiliar administrativa de la recepción para que le programe una cita. Este sería el procedimiento habitual, y aquí entraría en escena la inclusión de la contraprestación de mi modelo propuesta.

Ana puede acceder a su HC₃ y ver que al lado del nombre del profesional asignado hay un símbolo, que puede ser un asterisco, lo que le indica que el especialista es objetor de conciencia. Si el profesional no ha objetado, no parecerá el asterisco. Ante esta información, Ana puede solicitar un cambio de profesional en el CatSalut, justificando tal cambio en la imposibilidad de recibir la atención deseada por el profesional asignado.

⁹⁸¹ El sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT) fue constituido mediante Cataluña. Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 5776, de 16 de diciembre de 2010, pp. 91245 y ss. Los anexos se han ido actualizando periódicamente. Véase Cataluña. Cataluña. Orden SLT / 313/2014, de 13 de octubre, por la que se actualiza el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6735, de 24 de octubre de 2010; Cataluña. Orden SLT / 346/2011, de 30 de noviembre, por la que se actualiza el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6026, de 16 de diciembre de 2011; Cataluña. Orden SLT / 222/2012, de 17 de julio, por la que se actualiza el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Catalunya (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6180, de 27 de julio de 2012; Cataluña. Orden SLT / 28/2013, de 12 de febrero, por la que se actualiza el anexo

El segundo problema hace referencia al registro de acceso a la condición de objetor, igual que cualquier tipo de acceso a la HC₃. De momento, tal y como apunta Buisán⁹⁸², esos datos no se registran en función del título nominal (nombre) sino que se confiere como un registro de uso. No existe un derecho a conocer la identidad de las personas que acceden a dicha información. Esta tarea recae en la institución sanitaria. La APDCAT actuaría a instancia de parte, del médico objetor en caso de que viera vulnerada su intimidad, y los inspectores de la APDCAT estarían encargados de realizar las comprobaciones necesarias para verificar no sólo el registro de accesos, sino si el ROC institucional respeta la normativa aplicable.

10.2.2. El precedente de la provincia de Santa Fe (Argentina).

Santa Fe es la única provincia de Argentina que ha creado un registro de objetores de conciencia de carácter público y abierto. En su Resolución 843/2010, de 28 de abril, ordena la creación de un sistema web con el objetivo de concentrar en una base central los datos del registro de objetores, que tienen el carácter de información pública (art. 3). La Resolución 267/2014, de 21 de marzo⁹⁸³, reitera que es de libre acceso

El gobierno de la provincia de Santa Fe divulgaba en su página web, en la sección de trámites y servicios, un trámite exclusivamente dedicado a los trabajadores de salud que decidan ejercer la objeción de conciencia, bajo el título “Trabajadores de Salud: Declaración de objeción de conciencia”⁹⁸⁴. El portal, sintético y muy intuitivo, es el punto de partida, sobre el que luego volveré en la tercera parte de esta tesis doctoral, del que ahora destaco lo que me parecen sus ventajas e inconvenientes.

Este trámite empieza con un apartado explicativo, donde se detalla con gran claridad

del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6321, de 22 de febrero de 2013; Cataluña. Orden SLT / 80/2014, de 12 de marzo, por la que se actualiza el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6589, de 25 de marzo de 2014; Cataluña. Orden SLT / 214/2014, de 4 de julio, por la que se actualiza el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6666, de 17 de abril de 2014; ORDEN SLT / 118/2015, de 21 de abril, por la que se actualiza el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6867, de 8 de mayo de 2015; Cataluña. Orden SLT / 27/2015, de 5 de febrero, por la que se actualiza el anexo del Decreto 196/2010, de 14 de diciembre, del sistema sanitario integral de utilización pública de Cataluña (SISCAT), *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 6812, de 17 de febrero de 2015.

⁹⁸² BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la història clínica compartida a Catalunya*, ob. cit., p. 122.

⁹⁸³ La referencia completa a estas regulaciones se encuentra en el epígrafe 6.3.3 de este trabajo.

⁹⁸⁴ Ministerio de Salud, Santa Fe, Trabajadores de Salud: Declaración de objeción de conciencia. Acceso mediante: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/tramites/modul1/index?m=descripcion&id=126283> <https://www.santafe.gov.ar/index.php/tramites/modul1/index?m=descripcion&id=126283> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

que es un trámite exclusivo “del derecho de todos/as los/as trabajadores/as a negarse, por convicciones éticas o religiosas, a dar una prestación en relación con la salud sexual y reproductiva de mujeres y varones”⁹⁸⁵.

El internauta llega al propio trámite de declaración de la objeción, un formulario en formato pdf/ proforma que, al completarse, se constituye como un documento legal que tal y como su propio título indica, tiene valor de declaración jurada. Se deben rellenar tres ejemplares: uno para el jefe de servicio, otro para las autoridades de la institución donde se trabaja, para que lo trasmitan a la Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Sexual y Reproductiva que también el objetor puede enviar por sí mismo⁹⁸⁶, y el tercero ejemplar para el profesional.

Por último, en este análisis de la web del gobierno se especifica que este trámite es gratuito. Se exhibe toda la normativa acerca de la objeción de conciencia (a nivel de reconocimiento, trámite y registro), además de los dos documentos mencionados con anterioridad (explicativo y declaración jurada) y se habilita una plataforma virtual para responder dudas y preguntas.

La Resolución 267/2014 establece cuales son los canales de búsqueda que, como mínimo y con independencia de cómo se visualicen, son los siguientes: “a) por efector [centro sanitario o institución sanitaria]; b) por práctica en salud sexual y reproductiva; c) por nombre y apellido de quienes objetan la práctica; d) por matrícula o documento de identidad del objetor”. Cada centro de salud debe confeccionar, a partir de la información del registro, un listado de profesionales objetores, con indicación de las prácticas objetadas.

Cualquier persona puede acceder a la base de datos y averiguar fácilmente si el médico asignado es o no objetor para, en su caso, solicitar un cambio de profesional. Basta introducir el nombre de un profesional para conocer si es objetor; también se puede obtener el listado de objetores por centro sanitario. Es un ejemplo (no conozco otro) de acceso tan transparente que supone su publicación en *abierto* de su registro de objetores, en una página web⁹⁸⁷. Eso sí, resulta cuestionable que la visibilidad sea tan abierta. La misma página web justifica el carácter abierto del registro para “que se cumpla el principio de igualdad, y que permita de esta manera organizar los servicios con antelación a que se presenten las circunstancias que se contemplan como derechos de la población”. Para cumplir este principio de igualdad, el Estado debe tener igual consideración hacia los

⁹⁸⁵ Transcribo el texto de la web mencionada con anterioridad.

⁹⁸⁶ Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia y Sexual y Reproductiva, por correo postal Bv. Gálvez 1563 - 5º Piso - Santa Fe ó por correo electrónico a saludsexual@santafe.gov.ar

⁹⁸⁷ El listado era accesible a través de: <https://salud.santafe.gov.ar/objecion/index.php?action=mostrarConsulta> (Última consulta 29 de diciembre de 2019 consta deshabilitado).

profesionales que trabajan en el ámbito de salud como hacia los usuarios del servicio: “En este aspecto, el principio de igualdad también requiere que las personas dispongan de iguales recursos para desplegar sus proyectos vitales. Los recursos deben entenderse en sentido amplio, incluyendo oportunidades, bienes materiales y simbólicos, libertades, etc”⁹⁸⁸.

Conviene destacar, acerca de los registros de objetores argentinos — San Luis, Pampa y Santa Fe— tal y como señalan Ramón Michel y Ariza que “a fecha no hay investigaciones sobre la implementación de estas políticas, las dinámicas o la dimensión de la objeción en los servicios de salud y sus consecuencias en el acceso”⁹⁸⁹.

Existen dos maneras de acceder a los datos de objeción del médico a través del aplicativo. Una es rellorando el nombre completo del profesional, y otra es buscando el centro, lo que permite obtener un listado de los profesionales objetores. Esto permite conseguir un cribado de datos completo sobre los objetores del país. En el Anexo I de este trabajo doctoral muestro algunos ejemplos de ello, en los que se ve que el acceso a los datos es excesivamente fácil, sin restricción alguna ni contraseña. Lo acompaño a la tesis porque ya no es posible acceder a ella, puesto que Santa Fe lo ha eliminado de su página web⁹⁹⁰.

Acertadamente, puesto que acceder de una forma tan fácil a unos datos tan sensibles resulta excesivo. El objetivo del registro de Santa Fe se había extralimitado, puesto que los datos los deben conocer los centros para gestionar el servicio y los pacientes o usuarios del servicio, para elegir profesional, pero no cualquier persona sin interés legítimo en conocer el dato de la objeción. Este tipo de información sensible no debería obtenerse fruto de la casualidad, sino de la causalidad. Por ello, el acceso libre, sin codificación y sin vigilancia aparente desmejora una idea que, en principio, parece buena. Considero que el acceso al registro debe ser público, pero ello no quiere decir que cualquier persona pueda acceder a los datos con solo pedirlo. El acceso debe estar justificado por un interés legítimo, con un sistema codificado *a fortiori* pero guardando un equilibrio entre los intereses de todos los implicados.

⁹⁸⁸ Todo lo anterior mencionado entre comillas corresponde a las explicaciones de la página web en el epígrafe sobre “¿Por qué un registro público de objeción de conciencia?”.

⁹⁸⁹ RAMÓN MICHEL, Agustina; ARIZA, Sonia. *Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia. Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina*. Cedes: Buenos Aires, 2018, p. 9.

⁹⁹⁰ Para un análisis de la página web, antes de su retirada, Vid. ARIZA NAVARRETE, Sonia, <<Objeción de conciencia sanitaria: un estudio exploratorio sobre su regulación>>. EN: RAMÓN MICHEL, Agustina y BERGALLO, Paola (comp.). *La reproducción en cuestión: investigaciones y argumentos sobre el aborto*, Buenos Aires: Eudeba, 2018, p. 423.

10.2.3. Cauce normativo adecuado.

El *modelo propuesta* podría utilizarse para mitigar los incumplimientos del Estado español en materia de objeción de conciencia denunciados por el CDESC⁹⁹¹. Debe tenerse en cuenta que la esencia del *modelo* no es su transposición directa en la normativa deontológica estatal, autonómica e incluso institucional, sino que es un punto de partida, por lo tanto, el *modelo propuesta*, no puede considerarse la total solución al problema de modo inmediato, ya que una superposición no permitiría su explotación íntegra. Aunque no se deben obviar los beneficios que la posible nueva dinámica aportaría al campo sanitario. Empezando por la divulgación de informes estadísticos verídicos que certifiquen la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios, que ayudarían a prever las medidas a seguir en determinadas CCAA para así obedecer las leyes que el Estado y la CA les impone como institución. Y acabando por los listados laborales, de objetores de conciencia ejercientes de la institución en concreto que permitirían un correcto funcionamiento del organismo, y por tanto, la desaparición de los obstáculos en la consecución de determinadas prestaciones (p.ej la IVE). Sin olvidar, el desarrollo positivo de la relación asistencial hacia una simetría recíproca entre pacientes y profesionales, con la inclusión de la condición de objetor en la HC3.

Si bien es cierto que al *modelo propuesta* le quedan muchas contiendas que atemperar, como la vulneración de la intimidad de dato íntimo del profesional (su condición de objetor ejerciente) o la aceptación de la inclusión de dicha condición como una contraprestación justa en base al principio de obediencia al derecho. Es innegable que este nuevo procedimiento, la ejecución del *modelo*, contribuiría a desencallar las posturas actuales sobre la cuestión. Se trata de superar conflictos, instaurando un procedimiento práctico, justo y modélico, como primer objetivo. Una vez quede afianzado el sistema, se podría pasar de nuevo a debatir su posible regulación.

La pretensión del *modelo* es fomentar el equilibrio en dos direcciones. Por un lado, en la relación asistencial, igualando las posiciones de paciente y profesional. Por otro, entre las CCAA del Estado, utilizando un único modelo de actuación donde además se comparten los datos mediante un sistema compartido, y recabando datos para informes estadísticos que expondrán la significación del ejercicio de manera real. Dejando atrás el debate sobre su juridificación, dado que esta opción se muestra en punto muerto. La positivación jurídica en este tema actualmente está, desde la perspectiva técnica, obsoleta. Sin necesidad de la

⁹⁹¹ Véanse las *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España*, elaborado por el CDESC, *ob. cit.*

promulgación de nuevas leyes, las normas deontológicas ofrecen el entorno adecuado para fomentar el debate. Llegado el momento, se podrá pensar en instaurar una nueva legislación, una vez encauzado el debate.

Esta propuesta contribuiría también en la agilización de la gestión interna de las instituciones. Con las garantías y la seguridad que un modelo conjunto supone. La voluntad de mejorar el sistema está condicionada, por un lado, con la finalidad de garantizar, bajo las condiciones más óptimas posibles, el uso y disfrute en el mayor grado del derecho a la salud de los pacientes. Por otro, el menor coste posible, tanto a nivel humano como a nivel económico, para la institución sanitaria obligada a prestar los servicios.

El futuro del *modelo propuesta* es trabajoso, pero muy positivo. Por lo que puede interpretarse como la concepción inspiradora que active de nuevo la acomodada cuestión desde todos los medios involucrados, y se inicie de nuevo el debate.

Capítulo XI

Registro de objetores de conciencia

La explicación del *modelo propuesta* lleva a analizar los dos elementos esenciales que lo conforman. En el capítulo anterior se ha presentado la defensa de la contraprestación, articulada como autorización a la cesión de datos. Este capítulo se centra en el Registro de objetores de conciencia, como el segundo elemento indispensable para normalizar el ejercicio de objeción de conciencia. Analizo aquí algunos registros de objetores de conciencia, creados por normativa autonómica y el proyectado en la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, para finalmente centrarme en la propuesta.

11.1. Registros de objetores de conciencia en el derecho estatal español.

El Registro de objetores de conciencia (en adelante, ROC) está llamado a permitir una gestión más eficaz de la objeción de conciencia. Es un mecanismo que permite garantizar tanto el ejercicio de la objeción de conciencia reconocida a los profesionales, como la correcta organización del servicio asistencial por parte del centro, lo que redundará en la calidad de la asistencia a los pacientes que solicitan una prestación.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, que regula por primera vez la objeción de conciencia, enmarca los elementos básicos de esa objeción, pero quedan sin abordar ciertos aspectos que exigen desarrollo posterior, para su plena aplicación y eficacia, como el registro de objetores. Las personas que pueden objetar son personal sanitario “directamente implicado” en el aborto; en cuanto a los requisitos formales se prevé que la decisión, siempre individual, “debe manifestarse anticipadamente y por escrito”. Pero el art. 19.2 no menciona ningún aspecto procedimental referido a plazos, al destinatario de la comunicación, ni crea un registro de objetores. Como veremos, algunas comunidades autónomas procedieron a regular esta cuestión, dado el silencio de esta ley estatal.

La Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, en su art. 16, sigue

las líneas de regulación de la objeción de conciencia de la LO 1/2010: las personas que pueden objetar son personal sanitario “directamente implicado” en la realización de la prestación de ayuda para morir; en cuanto a los requisitos formales se prevé que la decisión, siempre individual, “debe manifestarse anticipadamente y por escrito”.

La novedad (y mejora) consiste en el mandato a las administraciones públicas para que procedan a la creación de un registro de objetores de conciencia, aunque las previsiones normativas son escasas. Queda claro que en dicho Registro se inscribirán las declaraciones de objeción de los profesionales; y que tendrá por objeto facilitar la necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de la ayuda para morir. El texto de la norma incluye referencias al principio de confidencialidad, y el recordatorio de la aplicación de la normativa de protección de datos. No está tan claro quiénes son los encargados del registro.

En la tramitación parlamentaria, el ROC fue uno de los temas de debate. Los grupos parlamentarios presentaron algunas enmiendas al texto de la proposición de ley. Así, se ha propuesto añadir una última frase al art. 16: “En ningún caso se facilitará esta información a efectos de contratación laboral”⁹⁹². Otra enmienda propone añadir el término “médico” a la expresión “ayuda para morir”, y añadir la frase “El Registro se someterá al principio de estricta confidencialidad y a la normativa de protección de datos de carácter personal.”⁹⁹³ El dictamen emitido por la Comisión de Justicia recoge la referencia a los principios de estricta confidencialidad y la normativa de protección de datos⁹⁹⁴. Y finalmente, se plantea introducir una precisión, en el sentido de que se trata de un Registro “propio” de profesionales sanitarios, lo cual permitirá un adecuado desarrollo normativo por parte de las Comunidades Autónomas, de conformidad con el reparto competencial.⁹⁹⁵ La disposición final tercera aclara que la ley tendrá carácter de ley orgánica, a excepción de varios preceptos, entre ellos el art. 16.2.

⁹⁹² Enmienda núm. 78 presentada por el Grupo Parlamentario Plural. Congreso de los Diputados. XIV Legislatura, Serie B: Proposiciones de Ley, *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, núm. 46-4, de 4 de noviembre de 2020, p. 57.

⁹⁹³ Enmienda núm. 108 presentada por el Grupo Parlamentario Vasco (EAJ-PNV). Congreso de los Diputados. XIV Legislatura, Serie B: Proposiciones de Ley, *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, núm. 46-4, de 4 de noviembre de 2020, p. 71.

⁹⁹⁴ Congreso de los Diputados. XIV Legislatura, Serie B: Proposiciones de Ley, *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, núm. 46-6, de 17 de diciembre de 2020, p. 9.

⁹⁹⁵ Enmienda núm. 254 presentada por el Grupo Parlamentario Republicano. Congreso de los Diputados. XIV Legislatura, Serie B: Proposiciones de Ley, *Boletín Oficial de las Cortes Generales*, núm. 46-4, de 4 de noviembre de 2020, p. 159.

11.2. Registros de objeción de conciencia en el derecho autonómico.

Algunas comunidades autónomas han elaborado normas para dar concreción al artículo 19.2 de la LO 2/2010, concretamente Castilla-La Mancha y Navarra, normas que han sido impugnadas ante los tribunales, con resultado dispar, que examino a continuación.

11.2.1. La normativa en Castilla-La Mancha.

La primera fue la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, a través de la Orden de 21 de junio de 2010 de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha⁹⁹⁶ (modificada por Orden de 14 de octubre de 2010)⁹⁹⁷, cuyo art. 3.4 establece que el ejercicio de la objeción se debe realizar con una antelación mínima de siete días hábiles antes de la práctica de la interrupción. Esta disposición, la primera que regula el registro de objetores tras la entrada en vigor de la LO 2/2010, encomienda su gestión a la Dirección-Gerencia del Servicio de Salud.

El Colegio Oficial de Médicos de Toledo presentó un recurso contencioso administrativo contra la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, impugnando la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia ante el aborto y la creación de un Registro público. El Colegio alega que la regulación autonómica debe ser anulada por los siguientes motivos. En primer lugar, la objeción de conciencia puede ser ejercida sin necesidad de regulación y la normativa aprobada por la CA niega de manera expresa a los médicos de atención primaria la objeción de conciencia en relación con la IVE. El I art 3.1. de la Orden de 21 de junio de 2010 es contrario al ejercicio fundamental de la objeción de conciencia, pues en él únicamente se reconoce únicamente como objetor a:

“Los profesionales sanitarios del Sescam directamente implicados en una intervención de interrupción voluntaria del embarazo que por razones de conciencia no puedan realizar dicha intervención deberán presentar una declaración de objeción de conciencia, para lo que utilizarán el modelo que figura como Anexo a la presente Orden. A los efectos de esta Orden, se considera que son profesionales directamente implicados en una interrupción voluntaria del embarazo los facultativos especialistas en ginecología y

⁹⁹⁶ Castilla La Mancha. Orden de 21 de junio de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se establece el procedimiento de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, *Diario Oficial de Castilla La Mancha*, núm. 124, de 30 de junio de 2010.

⁹⁹⁷ Castilla La Mancha. Orden de 14 de octubre de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se modifica la Orden de 21 de junio de 2010, *Diario Oficial de Castilla La Mancha*, núm. 205, de 22 de octubre de 2010.

obstetricia, los facultativos especialistas en anestesiología y reanimación, los diplomados en enfermería y las matronas”.

Para el Colegio de médicos esto es excesivamente restrictivo, dado que la tarea de información dentro del proceso hacia el aborto es un trámite imprescindible para que se pueda realizar el aborto.

En segundo lugar, el Colegio no está de acuerdo con que más allá de la comunicación previa y por escrito del objetor de conciencia, y facilitada a su superior jerárquico, deba crearse un ROC, aunque sea a los solos efectos objetores, pues se proyecta en gerencias, servicios o centros en los que no desempeña el médico objetor su actividad. Por tanto, el Colegio se muestra disconforme con la creación de un fichero de datos de carácter personal de la Consejería de Salud y Bienestar (Servicio de salud de Castilla la Mancha).

En tercer lugar, considera que es improcedente la nota interior que la Gerencia de Atención Primaria dirigió a todos los profesionales de las SESCAM en fecha 2 de julio de 2010⁹⁹⁸. En ella explícitamente se denegaba la objeción de conciencia de los profesionales del CAP, en relación con el objetivo fundamental de los profesionales sanitarios, que es informar a las usuarias. Así, la información sobre IVE a las pacientes que lo requieran resulta obligatoria. Además, tal y como apela el Colegio, ha quedado desvirtuada la orden que la amparaba, de fecha 21 de junio de 2010, sustituida por la Orden de 14 de octubre de 2010, en la que se reconoce el derecho a favor de todos los médicos colegiados en el Colegio de Médicos de Toledo, sin limitación ni excepción alguna, reconociéndoles su derecho de objeción de conciencia en materia de interrupción voluntaria del embarazo.

El TSJ de Castilla La Mancha, en sentencia 143/2012, de 20 de febrero, enjuicia la regulación de dicha comunidad y estima el recurso por lo que hace referencia a la nota de información de Gerencia, acto que anula por ser contrario al Derecho, dado que en el art. 3.1. de la Orden de 14 de Octubre de 2010 expone que los objetores podrán ser aquellos

“profesionales sanitarios del Sescam directamente implicados en la interrupción voluntaria del embarazo que quieran ejercer el derecho a la objeción de conciencia deberán presentar una declaración de objeción, para lo que utilizarán el modelo que figura como Anexo a la presente Orden”.

⁹⁹⁸ Circular nota interior de fecha 2 de julio de 2010 del Director Gerente del SESCAM sobre Procedimientos de Información Ley del aborto, de 2 de julio de 2010, sobre información a la usuaria recogía: 1.- El objetivo fundamental del profesional sanitario será la INFORMACIÓN A LA USUARIA. En este cometido no existe la posibilidad de objeción de conciencia por parte del personal sanitario. (...)

Sin embargo, desestima lo referente a la impugnación de las dos Ordenes vigentes en ese momento que regulan la creación de un ROC de carácter autonómico y la obligatoriedad de la declaración para aquellos profesionales que manifiesten su voluntad de ejercer la objeción de conciencia con relación a la IVE, sustancialmente coincidente con la LO 2/2010 que no define o concreta quiénes son los profesionales “directamente implicados”. El motivo de la desestimación es la pérdida sobrevenida de vigencia.

11.2.2. La Ley Foral 16/2010, de 8 de noviembre, por la que se crea el registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo.

En Navarra, la Ley foral 16/2010, de 8 de noviembre, por la que se crea el registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo⁹⁹⁹ establece el procedimiento que deben seguir los profesionales sanitarios para manifestar su objeción a la realización del aborto, y regula la creación de un registro de objetores de conciencia al aborto. En su exposición de motivos recuerda que las administraciones sanitarias deben garantizar la prestación sanitaria.

Los profesionales sanitarios que estén “directamente implicados” en una intervención sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo que, por razones de conciencia, no puedan realizar dicha intervención deberán presentar una declaración de objeción de conciencia, especificando cuáles son los supuestos a los que objetan. El modelo que figura como anexo contempla la posibilidad de que un profesional objete a algunos supuestos, pero no a otros¹⁰⁰⁰.

La declaración se presentará por escrito, sea en el registro del centro de trabajo, sea por vía telemática, y estará dirigida a la dirección del centro en el que preste sus servicios. La declaración o su revocación deberán presentarse con una “antelación mínima de siete días hábiles a la fecha prevista para la intervención”. La dirección del centro podrá denegar la inscripción si no cumple “los requisitos legales o hubiera sido presentada por profesionales que no estén directamente implicados” en un aborto. Cabe plantear la duda de cuáles son esos requisitos legales cuyo incumplimiento determinan la no aceptación de la objeción de conciencia. Acaso la presentación fuera de plazo sea uno de ellos, pero

⁹⁹⁹ Navarra. Ley foral 6/2010, de 8 de noviembre por la que se crea un registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial de Navarra*, de 15 de noviembre de 2010, núm. 139, pp. 3-6.

¹⁰⁰⁰ El Letrado del Parlamento de Navarra, en la STC 1541/2014 que luego será objeto de comentario, explica que no son infrecuentes los casos en que los profesionales sanitarios objetan a participar en la interrupción voluntaria del embarazo en el supuesto previsto en el art. 14 de la Ley Orgánica 2/2010, esto es, dentro de las catorce primeras semanas de gestación a petición de la embarazada, pero no en el caso de que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada, o riesgo de graves anomalías en el feto.

resultaría excesivo. Sobre todo porque, en muchas ocasiones, el profesional sanitario se enteraría con dos o tres días de antelación que ha de participar en un aborto, lo que le impediría objetar a tiempo. Además, si la denegación puede ser recurrida en alzada, y estos recursos no producen efectos suspensivos de la decisión administrativa, el profesional se verá obligado a realizar la prestación, lo cual puede resultar desproporcionado. Es necesario compaginar el derecho del profesional con las necesidades de planificación del servicio y, en la medida en que la declaración de objeción de conciencia se puede hacer sin necesidad de esperar a encontrarse con la programación de un aborto, y que la objeción se puede hacer una sola vez, sin necesidad de reiterarla en el tiempo, no parece un plazo excesivamente corto. Lo que se quiere evitar es que la administración sanitaria se vea en la necesidad de reprogramar una intervención sanitaria por la negativa del profesional, cuando no haya otros que puedan asumirla.

En cuanto al registro de objetores creado por la Ley foral, que depende de la Dirección-Gerencia del Servicio Navarro de Salud, tiene como objetivo recoger las declaraciones de objeción de conciencia, así como su revocación, y facilitar esta información a la administración sanitaria para que pueda garantizar una adecuada gestión del servicio.

Uno de los primeros debates que surgió en relación con esta ley navarra fue su posible inconstitucionalidad, pues aborda aspectos relativos a la objeción de conciencia y, en particular, regula requisitos sustantivos y esenciales para el ejercicio de un derecho fundamental de objeción, lo cual exige Ley Orgánica¹⁰⁰¹. Esta cuestión fue objeto de un recurso de inconstitucionalidad respecto a la ley foral, que será examinado en el siguiente epígrafe.

11.2.3. La STC 151/2014, de 25 de septiembre.

Una vez aprobada la ley navarra, cincuenta diputados del Grupo Parlamentario Popular del Congreso de los Diputados (GPP) interpusieron un recurso de inconstitucionalidad con base en dos motivos. El primero de ellos, por invadir competencias exclusivas del Estado, ya que las comunidades autónomas no tienen competencia para

¹⁰⁰¹ En este sentido, RUIZ-BURSÓN, Francisco Javier. «La regulación de la objeción de conciencia en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo», *Persona y Derecho*, núm. 63, 2010, pp. 163-196, en p. 194.

Otros autores, como BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis. «Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas», *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 3, 2012, pp.1912-207, consideran que es constitucional, pues entienden que la regulación del ejercicio de la objeción de conciencia puede realizarse mediante ley ordinaria. En este mismo sentido con anterioridad, del mismo autor «Una propuesta de regulación de la objeción de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria», *Derecho y Salud*, vol. 16, núm. 1, 2008, pp. 135-146.

regular el ejercicio de la objeción de conciencia, que exige ley orgánica. Alegan los recurrentes que el Estado tiene competencias exclusivas para establecer “la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales” (art. 149.1.1 CE), por lo que una comunidad autónoma no puede crear un registro de objetores de conciencia, máxime cuando la LO 2/2010 no contempla la creación de un registro. El segundo motivo gira en torno al contenido material de la ley navarra, que limita de forma desproporcionada el ejercicio de derechos fundamentales, ya que impone una serie de restricciones que resultan innecesarias, desproporcionadas y que exceden lo contemplado en el art. 19.2 de la Ley Orgánica 2/2010.

El Tribunal constitucional evita entrar en el análisis de la naturaleza jurídica del derecho a la objeción de conciencia, pues no es objeto del recurso de inconstitucionalidad presentado, pero recuerda que la propia LO 2/2010 no atribuye al art. 19.2 el carácter de orgánico¹⁰⁰².

En cuanto al primer motivo, la STC señala que lo que está constitucionalmente reservado a la ley orgánica es la regulación de determinados aspectos esenciales para la definición del derecho, reserva que no alcanza los aspectos organizativos y procedimentales. Recuerda la STC que el art. 149.1.1 CE se limita a las condiciones básicas que garantizan la igualdad, no al diseño completo y acabado de su régimen jurídico, y recuerda que si el Estado considera necesario establecer en el futuro esas condiciones básicas y al dictarlas entraran en contradicción con preceptos de leyes autonómicas en vigor, estos últimos quedarían automáticamente desplazados por aquellas.

La STC declara la constitucionalidad de la creación y regulación foral del registro de profesionales que objetan a la práctica del aborto. La Comunidad Foral de Navarra tiene competencias para establecer medidas legales, de naturaleza organizativa y procedimental, para garantizar tanto la prestación sanitaria de la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos legalmente previstos, como el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia de los sanitarios afectados, pues a Navarra le corresponde la planificación y organización de sus servicios sanitarios.

Es cierto que existe una reserva de ley orgánica por tratarse del desarrollo de un derecho fundamental, pero la regulación por la ley foral del registro de profesionales en relación con la interrupción voluntaria del embarazo y de la declaración de objeción de

¹⁰⁰² Disposición Final Tercera de España. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, *ob. cit.*

conciencia de los profesionales se ajusta al marco de las competencias asumidas por la Comunidad Foral de Navarra en materia de sanidad, respeta las bases estatales y sus exigencias no limitan desproporcionadamente el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia (FFJJ 5, 6 y 9). Examina el conjunto de obligaciones que se imponen a los profesionales sanitarios que objetan y concluye que la injerencia en la objeción de conciencia que reconoce la Ley no es desproporcionada.

Resulta interesante el paralelismo que hace esta STC con la objeción de conciencia al servicio militar. La creación de un registro no se contradice con la doctrina constitucional dictada hasta la fecha en materia de objeción de conciencia, concretamente en relación con el derecho a la objeción de conciencia como exención al servicio militar obligatorio, según la cual el ejercicio de este derecho no puede, por definición, permanecer en la esfera íntima del sujeto, pues trae causa de la exención del cumplimiento de un deber y, en consecuencia, el objetor “ha de prestar la necesaria colaboración si quiere que su derecho sea efectivo para facilitar la tarea de los poderes públicos en ese sentido (art. 9.2 CE), colaboración que ya comienza, en principio, por la renuncia del titular del derecho a mantenerlo —frente a la coacción externa— en la intimidad personal, en cuando nadie está obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias (art. 16.2 CE)” (STC 160/1987, de 27 de octubre, FJ 4).

Por tanto, el deber de declarar sobre su condición de objetor no es “un sacrificio desproporcionado e injustificado de los derechos a la libertad ideológica e intimidad”, ni tampoco tiene la finalidad, como afirman los recurrentes, de disponer de una lista de objetores con la finalidad de discriminarlos y represaliarlos, pues “esta es una afirmación sin base jurídica alguna y en la que no se puede fundar una queja de inconstitucionalidad” (FJ 5).

Una de las cuestiones debatidas gira en torno a quién puede acceder al Registro. La normativa foral prevé en su art. 5 que pueden acceder a los datos del registro los que sean titulares de la dirección del centro, las direcciones médicas y las direcciones de enfermería, el profesional objetor, así como aquellas personas “que autorice expresamente la persona titular de la Gerencia del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, en ejercicio legítimo de sus funciones”. Esta previsión faculta un nuevo acceso, la posesión y el uso de los datos personales en unos términos tan abiertos e indeterminados que supone un límite injustificado al contenido del derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal, protegido en el art. 18.4 CE, por lo que es declarado inconstitucional y nulo.

Tras la lectura de esta sentencia, se puede afirmar que un registro de objetores resulta de suma necesidad para acreditar la condición de objetor, y para gestionar un

servicio sanitario de forma adecuada y eficiente. Cabe afirmar que el ROC es una obligada consecuencia de la aplicación práctica de la LO 2/2010 y que, por su carácter instrumental y organizativo, puede regularse mediante una ley autonómica¹⁰⁰³.

Aunque la legislación autonómica es competente para regular el ROC, quiero destacar que el ROC en el *modelo propuesta* que formulo nace con vocación estatal. Muy pocas son las CCAA que tienen habilitados los marcos útiles que la HC₃ precisa para compartir los datos contenidos en las HC de los pacientes, como bien se verá en el apartado de este trabajo donde se analiza la información sanitaria y su acceso mediante las nuevas tecnologías de forma más detallada. Además, otra de las justificaciones para el uso de la HC₃ es la propia legislación autonómica, que frena la expansión de este instrumento clínico, basando tal contención en aspectos competenciales. La asistencia sanitaria, salvo casos puntuales regulados por Ley Orgánica, se configura como una competencia delegada, regulada por la CA y con alcance adscritos a su circunscripción. En Cataluña, se hace alusión únicamente a la Red de Asistencia Pública, lo cual demuestra que el empleo de la HC₃ se encuentra limitado, incluso dentro de la CA, no llegando a comprender completamente los datos de los pacientes reales del entorno sanitario, ya que la participación de las entidades privadas no se contempla a nivel legal.

Insisto, una vez más, que el proyecto de *modelo propuesta* aspira a tener un despliegue y uso no limitado a los contornos geográficos de cada CA, sino que debe estar conectado también a nivel estatal. Pese a que la finalidad más evidente del ROC es la organización de la gestión sanitaria para que no se vea afectado por el ejercicio de la objeción de conciencia profesional, también persigue recopilar datos estadísticos sobre ese ejercicio para divulgar la información como dato público, al que tienen derecho los ciudadanos. Por tanto, las diferentes CCAA deberán ceder datos al Estado para que pueda elaborar los informes anuales oportunos, que permiten conocer la realidad de la objeción de conciencia en nuestro país.

11.3. Implantación de los ROC en los colegios profesionales.

Dada la falta de regulación estatal y autonómica (salvo excepciones, como hemos visto), algunos Colegios de médicos ya han creado registros voluntarios y confidenciales de objetores, para recoger las objeciones de conciencia de los médicos frente a algunas prestaciones tales como Aragón, Andalucía, Madrid, Alicante, Badajoz, Castellón, Murcia,

¹⁰⁰³ En este sentido se pronuncia la AEPD, en el informe 0272/2010 emitido a consecuencia de una Consulta sobre el art. 19.2 de la LO 2/2010. [2010-0272.pdf \(aepd.es\)](https://www.aepd.es/contenidos/consultas/0272-2010.pdf) (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

Cuenca, Las Palmas, Vizcaya, Cataluña. Otros se limitan a recomendar a los médicos que prestan asistencia sanitaria en centros públicos su inscripción en una lista creada por la propia Administración sanitaria, como hacen los de Castilla León y Galicia¹⁰⁰⁴. Pero la necesidad misma de un registro no es pacífica y algunos autores consideran que los registros constituyen una medida que no solo no es necesaria, sino que resulta desproporcional¹⁰⁰⁵, y abogan por la suficiencia de una notificación administrativa personal ante la Dirección del Centro donde trabaja el profesional, con los mismos efectos organizativos que el ROC¹⁰⁰⁶.

En Málaga y Madrid los colegios profesionales son los que han tomado la iniciativa sobre los registros. En Málaga se creó el ROC en relación con la IVE en el 2000, dada la voluntad de sus colegiados a dejar constancia por escrito de su opción de no practicar IVE amparados en su objeción de conciencia¹⁰⁰⁷. En Madrid, el Colegio Oficial de Médicos creó en 2006 un ROC para garantizar a los médicos el ejercicio del derecho de objeción por razones de conciencia ante determinadas prácticas clínicas, sin ser exclusivo para la práctica del aborto¹⁰⁰⁸. Para poder inscribirse, el facultativo debe enviar una carta firmada a la Comisión Deontológica, haciendo constar su nombre, apellidos, número de colegiado, especialidad, así como las prácticas a las que objeta. Por el contrario, en Barcelona, el COMB deja esta responsabilidad a los propios hospitales y centros de atención primaria (CAP). Según Josep Arimany, director gerente del servicio de responsabilidad profesional

¹⁰⁰⁴ Asociación Nacional para la defensa del derecho de objeción de conciencia (ANDOC). *Informe sobre vulneraciones al derecho de objeción de conciencia de los profesionales de la sanidad pública ante el aborto y técnicas de cribado prenatal*, de 21 de junio de 2011.

Cfr. también ALARCÓN SEVILLA, Verónica. «Los registros públicos de médicos objetores de conciencia al aborto: libertad de conciencia, intimidación y protección de datos». En: CHIEFFI, Lorenzo y SALCEDO HERNANDEZ, José Ramón. *Questioni di inizio vita. Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, Milán: Mimesis Edizioni, 2020, pp. 729-739

¹⁰⁰⁵ MARTÍNEZ LEÓN, María de las Mercedes y RABADÁN JIMÉNEZ, José. «La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la ética y deontología», Cuadernos de bioética, vol. 21, núm. 72, 2010, p. 208; ADRIASOLA, Gabriel. «La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo: ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias?», *ob. cit.*, p. 55.

¹⁰⁰⁶ Vid. SERRANO PEREZ, María Mercedes, «Reflexiones jurídicas sobre un registro de médicos objetores a la interrupción del embarazo», en *Juristas de la Salud*, <http://www.ajs.es/blog/reflexiones-juridicas-sobre-un-registro-de-medicos-objetores-a-la-interrupcion-del-embarazo/> (enlace no habilitado, última consulta 29 de diciembre de 2020), quien considera que «el propio Colegio de Médicos de Navarra manifestó que la condición de objetor y por tanto la ordenación del sistema sanitario en cuanto a la IVE podría satisfacerse mediante una notificación administrativa personal ante la Dirección del Centro donde el profesional trabaja, con los mismos efectos organizativos que el Registro de objetores». De la misma autora: *El derecho fundamental a la protección de datos. Derecho español y comparado*, Madrid: Thomson Civitas, 2003, p. 66.

¹⁰⁰⁷ Según una entrevista a Joaquín Fernández-Crehuet, el aún presidente de la Comisión Deontológica del Colegio Oficial de Médicos de Málaga, en 2010 constaban 46 profesionales registrados, en la actualidad no constan datos. Vid. FERNÁNDEZ-CREHUET Joaquín. «El registro de objetores debería ser validado por la deontológica de los colegios», *Diario Médico*, de 29 de marzo de 2010. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/inmunologia/formacion/el-registro-de-objetores-deberia-ser-validado-por-la-deontologica-de-los-colegios.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020) (Acceso para abonados).

¹⁰⁰⁸ Eso sí, en 2010, cobra una nueva importancia como registro de objetores de conciencia para los que no quieren realizar abortos, en cumplimiento del art. 19 de la LO 2/2010. Véase «El Registro de objetores de conciencia del Colegio de Médicos de Madrid tiene 56 inscritos médicos», *Europaress*, de 14 de julio de 2010. Disponible en: <https://www.europapress.es/madrid/noticia-registro-objetores-conciencia-colegio-medicos-madrid-tiene-inscritos-56-medicos-20100714112727.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

del COMB, no puede entenderse un registro que no sea anónimo¹⁰⁰⁹. Cada centro de salud donde ejerza el trabajador es el único interesado y afectado por el ejercicio de la objeción de conciencia.

Una vez expuestos los ejemplos anteriores, que ponen de manifiesto la fragmentación de soluciones, resulta oportuno conocer la posición de la CGCOM, como sujeto con entidad global frente a los registros. Primeramente, los registros no deben entenderse como fuentes de datos genéricos de la profesión donde también se incluye el condicionante profesional de la objeción de conciencia. La CGCOM defiende la creación de ROC en todas las CCAA, y considera que deben ser los colegios profesionales de cada CCAA los encargados de crear y controlar estos ROC¹⁰¹⁰.

Cabe defender que sea la administración corporativa la que acoja el archivo o registro de objetores, máxime cuando en el Código de Deontología de varias profesiones sanitarias se reconoce de forma expresa la protección y tutela de la objeción de conciencia al aborto¹⁰¹¹. La CGCOM explica que los Colegios son las organizaciones capacitadas para orientar a los profesionales, encargados de su asesoramiento y defensa legal. La CGCOM muestra su conformidad a que los jefes de servicio del hospital puedan acceder al ROC, siendo estos los únicos que conozcan los datos de los médicos registrados para poder organizar el trabajo, sin que esto suponga una discriminación para el profesional.

Frente a estas posiciones favorables a la existencia de los ROC, también existen posturas contrarias. En este sentido, algunas organizaciones como Hazte Oír.org¹⁰¹², Centro Jurídico Tomás Moro¹⁰¹³ o la Asociación Nacional para la Defensa de los Objetores de Conciencia¹⁰¹⁴, muestran su disconformidad con los ROC. Este sector no es contrario a la

¹⁰⁰⁹ “Aborto.- El Colegio de Médicos de Barcelona delega en los hospitales un registro de objetores”, *Europapress*, de 14 de julio de 2010. Disponible en: <https://www.europapress.es/sociedad/noticia-aborto-colegio-medicos-barcelona-delega-hospitales-registro-objetores-20100714182450.html> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹⁰¹⁰ ROMERO, Serafín (et al.). «Debate sobre la objeción de conciencia: ¿es necesario regularla?», *Revista oficial del Consejo General de colegios médicos de España. Organización Médica Colegial*, número 15, octubre 2010, pp. 34.

¹⁰¹¹ Cfr. RUIZ-BURSÓN, Francisco Javier. «La regulación de la objeción de conciencia en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo», *ob. cit.*, p. 194, nota 68.

¹⁰¹² Hazte Oír se define como una asociación española de corte ultracatólico y conservador cuya finalidad es promover la participación política, la dignidad y los derechos de la persona y de la familia y el valor de la vida. Para más información puede consultarse su web oficial: <http://www.hazteoir.org/conocenos> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹⁰¹³ El Centro Jurídico Tomás Moro se define como un centro cristiano que tiene como fines la defensa de la dignidad de la persona, de la familia y de los derechos humanos, y en especial la protección del derecho a la vida del nasciturus y del embrión humano. Para más información consúltese su página web en: <http://www.tomasmoro.info/> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹⁰¹⁴ Asociación Nacional para la Defensa de los Objetores de Conciencia (ANDOC) nació a principios de 2001 cuando, de forma espontánea, un grupo de farmacéuticos andaluces mostraron su disconformidad ante la legalización del medicamento llamado *Norlevo*, conocido como “píldora del día después” (PDD), por el Ministerio de Sanidad; y la Orden dictada en junio de 2001 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que

existencia de un derecho a la objeción de conciencia; más bien al contrario, llegan a abogar por la insumisión frente a la LO 2/2010¹⁰¹⁵. Estas organizaciones critican la creación de ROC públicos, ya que, en su opinión, atentan contra la intimidad de los profesionales y temen que pueda desatarse una persecución contra los que han manifestado su condición de objetores.

11.4. Funcionamiento de los Registros de Objetores de Conciencia.

Tomando como referencia la Ley Foral 16/2010, se plantean cuestiones sobre su funcionamiento, en concreto la inscripción de los candidatos o su denegación. La Ley navarra plantea que la declaración de la condición de objetor se haga a través de un modelo preestablecido que figura como anexo en la propia ley. Y, además, impone un límite temporal para poder expresar tal posición. El art. 3 de la ley mencionada propone una antelación de siete días hábiles a la fecha prevista de la intervención para presentar este formulario. De oficio se ordenará la inscripción correspondiente (art. 3.4 de la Ley 6/2010) y, si la solicitud no cumpliera los requisitos necesarios para su inscripción, ésta se denegaría (art. 3.5 de la LO 6/2010).

Surgen muchas dudas acerca de este procedimiento, que procedo a desgranar. En primer lugar, la ley foral propone un límite temporal al ejercicio de la objeción de conciencia, y, aunque el plazo parece un tiempo suficiente, no me queda del todo clara la actuación posterior del profesional. Surgen algunas incógnitas al respecto: (i) Una vez el paciente acude a la consulta para demandar la prestación, el profesional comunica al paciente en primer término su condición de objetor (no se obliga a ello en ningún momento en la ley foral) y posteriormente rellena el formulario para incluirse en el ROC; (ii) cuando un profesional ya figura en el ROC, con carácter previo, no tiene obligaciones para con sus pacientes, por tanto, no les da explicaciones, aunque no se especifica qué ocurre después con la planificación del servicio; está claro que no tiene que recurrir de nuevo a rellenar el formulario; (iii) la planificación del servicio se entiende que corresponde a los gestores o jefes del servicio sanitario, pero de nuevo echo en falta una especificación del proceso que se ha de seguir; por último (iv) el incumplimiento de requisitos al que se hace referencia es muy parco. Resulta algo confuso ya que cumplimentar un formulario redactado previamente de forma clara y sencilla difícilmente puede dar lugar a un incumplimiento.

declaraba de obligada tenencia en las farmacias de la píldora postcoital. Defienden el derecho fundamental a la objeción de conciencia de cualquier profesional y ofrecen cobertura jurídica especializada a los objetores de conciencia asociados, que consideren vulnerado su derecho a objetar en base a su conciencia. Esta asociación se trata de forma individual en un epígrafe de la Segunda Parte de este trabajo doctoral.

¹⁰¹⁵ En los últimos años parece que el ejercicio de la objeción de conciencia en el ámbito sanitario actual se está fanatizando y, como advertía Gracia “los fanáticos de la objeción de conciencia son los profesionales más peligrosos. Cfr. GRACIA, Diego de. *Medicina y humanidades*, Madrid: Arán, 2011, p. 144.

La inscripción en un ROC despliega sus consecuencias jurídicas, de manera que, a partir de entonces, adquiere la condición de objetor con efectos constitutivos. Por tanto, la denegación de la inscripción en el registro supone el impedimento del ejercicio del derecho. Es decir, el profesional sanitario puede manifestar, sin problemas, su condición de objetor de conciencia con anterioridad a su ejercicio; el problema está en la anticipación a la que se refiere el precepto, pues establecer un límite o restricción sin matices al efectivo ejercicio del derecho a la objeción de conciencia puede implicar una violación del principio de proporcionalidad.

La vulneración del principio de proporcionalidad tiene lugar porque una ley autonómica no puede restringir un derecho constitucional, pues la dimensión básica del derecho corresponde al Estado y no a las CCAA. Analizando la normativa, se puede comprobar que la LO 2/2010 establece dos obligaciones: la primera es que la declaración de objetor de conciencia se realice con anterioridad a la solicitud a la prestación del usuario; la segunda, que tal declaración conste por escrito. A lo anterior, la Ley foral navarra añade que la declaración se presente con una anterioridad de siete días, que se especifiquen los supuestos de IVE concretos que activan su condición de objetor y, finalmente, que se cumplimente un modelo, lo que implica el consentimiento a la recogida y tratamiento de los datos. El Grupo parlamentario popular, que interpuso un recurso de inconstitucionalidad contra la Ley foral, entiende que esos requisitos suponen un sacrificio excesivo e innecesario para los profesionales que desean ejercer la objeción de conciencia.

Puede darse el caso de que los profesionales conozcan que les asignan una práctica que para ellos es objetable (relacionada, en todo caso, con la IVE), en un tiempo menor a siete días. La consecuencia de no admitir la objeción creo que sería desproporcionada; existen mayores perjuicios para los afectados que para el interés general. Las necesidades de organización del registro no justifican ese límite temporal, pues cabe pensar que es posible organizarse en un menor tiempo. En cualquier caso, la actuación correcta sería formular la declaración escrita en el momento en que el profesional conoce las obligaciones frente a las que objeta, y en el momento de la práctica, abstenerse de actuar, pese a no haber cumplido los plazos estimados. La objeción de conciencia sobrevenida, que no se ejercita en tiempo y forma, y lleva al incumplimiento de sus obligaciones puede conllevar una sanción -aunque sólo fuera en ese primer ejercicio de la objeción de conciencia, puesto que después ya actuaría en tiempo y forma, como la norma establece.

Aunque la ley foral insta, en ese mismo art. 3, a especificar los supuestos concretos a los que se objetan, ésta no es una *conditio sine qua non* para poder objetar. La regulación actual, en materia de objeción de conciencia sanitaria, no considera necesario que el objetor

declare los motivos por los que objeta, pues éstas pertenecen a su esfera íntima; únicamente “obliga” a expresar la condición de objetor. La especificación de supuestos queda al arbitrio del objetor, pudiendo incluso objetar de forma global o genérica a todos los supuestos de la LO 2/2010, tal como se especifica en el anexo de la ley foral. Si no se especifica, se entiende que la objeción incluye todos los posibles supuestos de aborto.

En cuanto al tratamiento de los datos en los ROC, cabe analizar la Ley foral 6/2010 a la luz de la normativa actual de protección de datos, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD en los sucesivos)¹⁰¹⁶. Es importante recordar que esta ley es de aplicación estatal, y únicamente permite el tratamiento de los datos referentes a la ideología en los supuestos en los que previamente se dé el consentimiento expreso y escrito del interesado. La LOPDGDD regula, en su art. 11, el deber de transparencia e información al afectado, que con anterioridad contemplaba el art. 5 LOPD (hoy derogado). Recabar datos para la gestión del ejercicio de la objeción de conciencia no es motivo suficiente para justificar su almacenamiento; por tanto, el objetor debe consentir su gestión. Con la declaración de objeción, creo que el objetor queda irremediadamente unido el consentimiento del tratamiento de datos, pues se hace una manifestación pública en un escrito, que el objetor firma.

La necesidad de un único Registro Centralizado en cada una de las CCAA que integran el Estado, debe analizarse en relación con el principio de proporcionalidad. Según la ley foral, disponer de un registro único coadyuva a la mejor gestión de los registros humanos, y sobre todo ofrece más y mejores garantías para la correcta protección y preservación de los datos. El acceso a los datos, presumiblemente en estos casos, supondría una contradicción. De un lado se centraliza la información en un solo ROC para mantener unificado el acceso, pero a su vez acceden más personas a una sola base. Lo cual permite, de otro lado, prejuzgar la mala utilización (de nuevo, por partida doble) por el sujeto responsable de manera impertinente¹⁰¹⁷. Un perjuicio basando en: el mal uso de más de un ROC por parte de los responsables de los centros sanitarios con un acceso poco controlado a una información sensible solucionando tal desventaja con un único ROC y un acceso múltiple al mismo donde quizás la situación plantea un quebranto mayor. En definitiva, nuevamente con una dudosa proporcionalidad.

¹⁰¹⁶ España. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. *Boletín oficial del Estado*, 6 de diciembre de 2018, número 294, pp. 119788-119857. Esta ley deroga la anterior España. Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín oficial del Estado*, 14 de diciembre de 1999, número 298, pp. 43038-43099.

¹⁰¹⁷ Siguiendo el FJ 4º pronunciamiento de la Sentencia del TSJ de Castilla la Mancha de 20 de febrero de 2010.

11.5. El modelo propuesto de Registro de objetores de conciencia.

11.5.1. La creación del Registro y ente encargado del mismo.

Crear un Registro de Objetores de Conciencia identifica aquellos profesionales que han manifestado su objeción a algún acto sanitario, por ser contrario a sus convicciones. A mi entender, el ROC es la consecuencia lógica y necesaria de la exigencia de una contraprestación al profesional, una vez realiza la declaración de objeción. Es el procedimiento más seguro para dirigir los centros de salud y uno de los métodos más fiables para posteriormente trasladarlos a instancias superiores, y que cumplan la función de informar a la ciudadanía de un aspecto que les es relevante.

A pesar de que desde sectores conservadores se tildan de “listas negras”, que pueden llevar a la discriminación o exclusión laboral, y los perciben como mecanismos de vulneración sistemática de la intimidad del profesional¹⁰¹⁸, creo que el ROC tiene como objetivo principal facilitar la gestión sanitaria de los centros con la participación voluntaria del usuario de salud. Además, es una contraprestación en relación con los usuarios, en virtud de la autodeterminación informativa reconocida en el principio de autonomía y exhortada por las recomendaciones deontológicas como, por ejemplo, la *Carta de Drets i Deures del Pacients*.

El ROC se inserta en la e-Administración o Administración electrónica, que supone la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en la administración pública, tanto a nivel intraoperativo como en las relaciones con terceros. El ROC que propongo conlleva la creación de un programa informático, el “aplicativo”, que permite incluir el dato de la objeción a los expedientes internos de los trabajadores y las historias clínicas de los pacientes.

Me parece interesante adoptar un modelo similar al del *Programa de atención integral al médico enfermo* (PAIMM, por su acrónimo en catalán, *Programa d' Atenció Integral al Metge Malalt*), que traté al señalar los aspectos remarcables del organismo colegial de médicos de Barcelona, el COMB. El PAIMM, que resulta fiable y eficaz, tiene entre otras funciones, la aplicación y uso del encriptado de la información personal del profesional, con la finalidad de almacenar este dato sensible, la enfermedad de un trabajador, dentro de los ficheros sistematizados del centro. Ello permite anonimizar los datos identificativos del profesional e impide un visionado masivo agresivo por parte de los

¹⁰¹⁸ ADRIASOLA, Gabriel. «La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo: ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias?», *ob. cit.*, p. 55.

trabajadores y terceras personas, impidiendo la vulneración y divulgación de un dato sensible.

Existen, sin embargo, diferencias entre el ROC de mi modelo propuesta y el PAIMM. En el ROC, la condición de objetor, así como su modificación, se hace a instancia o con autorización del profesional. Es este el que se adelanta, informando de su condición de objetor, tal y como estipulan los parámetros legales y deontológicos actuales, para evitar el conflicto prestacional. No es el centro, ni tan siquiera su superior directo, el encargado de alertar de tal condicionante. Sin embargo, el PAIMM permite la actuación de oficio, al conocer alguna situación irregular en el ejercicio de la profesión del trabajador en cuestión. La realidad es que el PAIMM actúa preventivamente frente a una situación difícil, y protege a la parte débil de un grave perjuicio, que no es equiparable a la de un objetor.

Creo que los ROC no deben quedar única y exclusivamente a cargo de los colegios profesionales. Si éstos recopilan la declaración de objeción de los profesionales, luego deben transferir estos datos a los centros, que son los que gestionarán los datos que el ROC contiene para organizar el servicio asistencial. Comparto la reflexión de Terribas¹⁰¹⁹ cuando afirma que los registros deben controlar el ejercicio de la objeción de conciencia de forma institucional, por respeto a la confidencialidad del dato recabado (ser objetor de conciencia) y la intimidad profesional. Sin embargo, entiendo que la referencia a cuestiones institucionales lleva a hablar de órgano directivo del centro sanitario o, mejor aún, de CEA.

Quiero destacar el papel que creo deben tener los CEA como órgano competente de ejecución y control del *modelo propuesta*. Los CEA son órganos reglamentados¹⁰²⁰, con un

¹⁰¹⁹ TERRIBAS I SALA, Núria. «Objeción de conciencia del profesional y derechos del paciente», *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 17, núm. 10, 2010, pp. 664-670.

¹⁰²⁰ El primer CEA en el Estado español fue creado en Barcelona, concretamente, en el Hospital Materno Infantil de Sant Joan de Déu en los años setenta, que dio lugar a la primera reglamentación Estatal de la cuestión mediante una circular informativa del INSALUD el 30 de marzo de 1995.

A continuación, cito las CCAA con CEA, que presento por orden cronológico de aprobación de su normativa: Cataluña regula la acreditación de los CEA en sus centros, servicios y establecimientos sanitarios a través de la Orden de 14 de diciembre de 1993. En: Cataluña. Ordre LCAT 1993/583, de 14 de diciembre, per l'acreditació de Comitès d'Ètica assistencial, *Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya*, núm. 1836, de 24 de desembre de 1993, pp. 8401 y ss.; en País Vasco el Decreto 143/1995 de 7 de febrero establece la creación y acreditación de los CEA. En: País Vasco. Decreto 143/1995, de 7 de febrero, sobre creación y acreditación de Comitès de Ètica Asistencial, *Boletín Oficial del País Vasco*, núm. 43, de 2 de marzo de 1995, pp. 2260 a 2264 ; en Castilla la Mancha se regula mediante el art. 6 de la Ley 8/2000 de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria regula la constitución de los CEA así como el Decreto 95/2006 de 17 de julio. En: Castilla la Mancha. Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha, *Diario Oficial de Castilla la Mancha*, núm. 126, de 19 de diciembre de 2000, pp. 12159 a 12178; y, Castilla la Mancha. Decreto 95/2006, de 17 de junio, de los Comitès de ètica Asistencial en el ámbito de servicio de salud de Castilla la Mancha, *Diario Oficial de Castilla la Mancha*, núm. 149, pp. 15981 a 15983.; Galicia mediante el Decreto 177/2000 de 22 de junio. En: Galicia. Decreto 177/2000, de 22 de junio, por el que se regula la creación y autorización de los comitès de ètica Asistencial, *Diario Oficial de Galicia*, núm. 130, de 5 de julio de 2000, pp. 10482 a 10485.; en Navarra se regula en base a la Orden Foral 435/2001 de 24 de agosto. En: Navarra. Orden foral 435/2001, de 24 de agosto, del Consejero de Salud, por la que se regula la creación y acreditación de los Comitès de Ètica Asistencial. *Boletín Oficial de Navarra*, núm. 116, de 24 de septiembre de 2001, pp. 7616 a 7617; en Madrid para su regulación el Decreto 61/2003 de 8 de mayo que regula su constitución y, la Orden 355/2004 de 13 de abril que normativiza su

carácter meramente consultivo y asesor. Entre sus competencias se encuentra la de mejora continua de la calidad integral de la atención sanitaria. No hay constancia del número exacto de CEAs existentes en el Estado español, así como tampoco la obligación de constituir un CEA. Tampoco se impone la creación de redes de transferencia, que los interconecte¹⁰²¹. Se consolida Cataluña como la CA con más CEAs instituidos; por sí misma constituye un 50% de la cuota total de CEAs en el estado¹⁰²².

En un principio los CEA se erigieron únicamente en instancias hospitalarias¹⁰²³. Sin embargo, la evolución de la relación asistencial y sus conflictos, ha desplazado el foco al primer nivel asistencial, es decir, a la atención primaria, como el lugar con problemas éticos más frecuentes¹⁰²⁴. Los casos complejos evidencian que el dilema ético que se presenta no es susceptible de resolución sin el examen de un comité ético específico. De este modo, con el paso del tiempo, se otorga más competencias al órgano. Entiendo que, en este contexto, no estaría de más profesionalizar dichos Comités, y aprovechar el *modelo propuesta*, para desarrollar el CEA como un puesto laboral especializado, en el que la obligación laboral

acreditación. En: Madrid. Decreto 61/2003 de 8 de mayo, por el que se regula el régimen jurídico de funcionamiento y la acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria y crean y regula la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria y el Comité Asesor de Bioética de la Comunidad de Madrid, *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, núm. 124, de 27 de mayo de 2003, pp. 14 a 18; y, Madrid. Orden 355/2004, de 13 de abril, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se crea la Comisión de Acreditación de los Comités de Ética para la Asistencia Sanitaria, *Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid*, núm. 99, 27 de abril de 2004, pp. 17 a 18; en Murcia se normativiza mediante el Decreto 26/2005 de 4 de marzo. En: Murcia. Decreto núm. 26/2005, de 4 de marzo, por el que se regula el Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial «Dr. D. Juan Gómez Rubí» y los Comités de Ética Asistencial, *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, núm. 59, de 12 de marzo de 2005, pp. 6300 a 6305; en Asturias actúa el Decreto 109/2005 de 27 de octubre. En: Asturias. Decreto 109/2005, de 27 de octubre, por el que se establece el régimen jurídico para la creación y acreditación de los comités de ética para la atención sanitaria, *Boletín Oficial del Principado de Asturias*, núm. 257, de 7 de noviembre de 2005, pp. 1518 a 1521; la Comunidad de Valencia actualiza la reglamentación siendo la norma vigente el Decreto 99/2005 de 20 de mayo, que modifica a su vez el 99/2004 de 11 de junio. En: Comunidad Valenciana. Decreto 99/2005, de 20 de mayo, del Consell de la Generalitat, de modificación del Decreto 99/2004, de 11 de junio, del Consell de la Generalitat, por el que se regula la creación y acreditación de los comités de bioética asistencial, *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana*, núm. 5013, de 25 de mayo de 2005; y, Comunitat Valenciana. Decreto 220/2014, de 12 de diciembre, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento de Administración Electrónica de la Comunitat Valenciana, *Diario Oficial de la Generalitat Valenciana*, núm. 6376, de 17 de diciembre de 2014; en Extremadura se aplica el art. 40 de la Ley 3/2005 de 8 de julio, mediante el cual se implementa la creación del Consejo Asesor de Bioética y de los Comités de Bioética Asistencial. En: Extremadura. Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, *Diario Oficial de Extremadura*, núm. 82, de 16 de julio de 2005, pp. 10442 a 10458; Y finalmente la última CA en pronunciarse sobre su regulación es Canarias que regula el CEA con el Decreto 94/2007 de 8 de mayo. En: Canarias. Decreto 94/2007, de 8 de mayo, por el que se crean y regulan la Comisión Asesora de Bioética de Canarias y los Comités de Ética Asistencial. *Boletín Oficial de Canarias*, número 103, de 23 de mayo de 2007, pp. 10880 a 10887.

¹⁰²¹ Con la excepción de la Red de Comités de ética del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

¹⁰²² BARROSO ASENJO, Porfirio y CALVACHE PÉREZ, Laura. «Comités de ética asistencial (CEA) en España y en Europa», *Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. 5, núm. 2, 1999, p. 18.

¹⁰²³ LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, ob. cit., p. 50. Cfr. pp. 49-55.

¹⁰²⁴ Vid. BARROSO ASENJO, Porfirio y CARO GIL, Raquel. «Papel, funciones, implantación y efectividad de los comités de ética asistencial en España», *Cuadernos de Bioética*, vol. IX, núm. 35, 1998, pp. 577-589; BARROSO ASENJO, Porfirio y GARCÍA IZAGUIRRE, Clara. «Situación actual de los comités de ética asistencial en los hospitales de comunidades autónomas y privados de España», *Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. 4, núm. 1, 2000, pp. 35-49; 75-84; VENTURA, T.; BABIANO, B.; NEBOT, M.; QUINTANILLA, M.A.; VELA, P. «Los Comités de ética asistencial como promotores de salud». En: ORTEGA ESQUEMBRE, César (et al. ed.). *El mejoramiento humano. Avances, investigaciones y reflexiones éticas y políticas*, Granada: Comares, 2015, pp. 597-606.

consista en la resolución de conflictos éticos.

El papel del CEA en relación con la objeción de conciencia, vinculado al *modelo*, sería múltiple¹⁰²⁵. Por un lado, el CEA tendría la tarea de elaborar un marco reglamentario conforme a las realidades sanitarias que sirviese para resolver los problemas éticos que apareciesen en la práctica diaria. Esta normativización, aún a nivel interno, permitiría al CEA actuar como órgano de resolución de problemas en el centro de salud, reconociendo su competencia para decidir en caso de conflicto.

Por otro, y relacionado con lo anterior, tras la asunción del *modelo* como herramienta útil en la institución, el CEA relegaría a jueces y tribunales a una posición marginal, pues el ejercicio de la objeción de conciencia se reconocería mediante las vías propuestas en el *modelo*. El CEA tendría reconocida la capacidad de actuación ante conflictos generados por el ejercicio de la objeción¹⁰²⁶. Solo se acudiría al ámbito judicial en supuestos excepcionales, cuando los CEAs no pudieran resolver el conflicto por su gravedad o complejidad¹⁰²⁷.

Además, el CEA tendría encomendada la tarea de gestionar las declaraciones de objeción de conciencia, bien sean por vía autónoma o delegada, como veremos. También sería el encargado de actuar, a instancia de parte o de oficio, ante declaraciones ilícitas o irregulares, denegando la inscripción de objetor de conciencia en el ROC y por tanto, sin activar el aplicativo y la inserción de tal condición en la HC₃. El CEA compilaría los datos en los ROC, siendo a su vez el órgano transmisor de los listados de objetores de conciencia a las autoridades administrativas autonómicas e incluso al Estado, para la realización de informes con efectos estadísticos.

11.5.2. Sujetos que pueden objetar y modo de hacerlo.

La condición de objetor de conciencia, con base en el *modelo propuesta*, no la pueden tener sólo y exclusivamente los facultativos. La condición de objetor puede ser

¹⁰²⁵ El incremento de sus funciones permitiría revitalizar los CEAs, para evitar su irrelevancia. Sobre esta cuestión *vid.* VIDAL-BOTA, Joan; SARRIAS LORENZ, Xavier; ROS SEVILLA, Fernando. «¿Están siendo útiles los comités éticos asistenciales?», Cuadernos de Bioética, vol. 17, núm. 61, 2006, pp. 391-400.

¹⁰²⁶ Triviño (p. 164) parece apuntar en esta dirección, cuando dice que en caso de objeción de conciencia sanitaria "parece conveniente ampliar los espacios de decisión y deliberación a ámbitos más plurales y participativos, como pudieran ser los comités de ética". De nuevo repite la idea en (p. 329) y añade: "los mecanismos jurídicos no siempre responden a la totalidad de los interrogantes normativos que se les plantean; de modo que también la discusión es deseable, útil y necesaria. Esta convicción me ha conducido al planteamiento de los conflictos desde el doble enfoque, ético y jurídico. De ahí que una vez revisados los conceptos y analizado el marco jurídico de la objeción de conciencia sanitaria, se haya atendido también su vertiente bio (ética)". *Vid.* TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. *El peso de la conciencia: la objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, ob. cit.

¹⁰²⁷ COWLEY, Christopher. «Conscientious objection and healthcare in the UK: why tribunals are not the answer», *Journal of Medical Ethics*, núm. 42, 2016, pp. 69-72.

expresada por todo aquel personal que desempeñe labores sanitarias en un emplazamiento sanitario, lo que incluye personal de enfermería. Por tanto, otras personas, como el personal administrativo y de servicios (incluyendo al personal de limpieza, de secretaría), que pueden tener convicciones contrarias al aborto, perfectamente legítimas, aunque no podrían ser objetores puesto que su actividad no está directamente implicada en esa práctica¹⁰²⁸.

El objetor debe seguir el procedimiento establecido para declarar su objeción de conciencia, adelantándose a los posibles conflictos que puedan aparecer en el desempeño de su profesión. Para ello propongo dos mecanismos, que denomino, a efectos expositivos, vía autónoma y vía delegada, que se unen al procedimiento actual, que denomino vía de declaración expositiva:

a) Vía autónoma, mediante acta en documento público.

El profesional puede acudir ante Notario y realizar una Acta de Manifestaciones, con su identificación colegial si la tuviera y su D.N.I. o documento acreditativo de identidad. En esta acta manifestará, por un lado, su condición de objetor y, por otro, las actuaciones clínicas que no va a poder realizar porque son contrarias a sus convicciones. De momento, son el aborto y la ayuda a morir. Acaso podría concluir la declaración incluyendo “otras situaciones”, en previsión de que se produzcan avances científico-tecnológicos que puedan modificar su declaración. Con este trámite, Acta de Manifestaciones, queda constancia de la declaración, y no podría tener consecuencias negativas por incumplir sus deberes profesionales.

Posteriormente, el declarante deberá remitir copia auténtica a las autoridades sanitarias competentes, que lo son a nivel autonómico, y copia simple a la dirección del centro en el que trabaja o al CEA directamente, que son los encargados de recopilar dichas declaraciones para gestión, control e inclusión en el ROC.

b) Vía delegada, mediante declaración expresa.

El profesional objetor de conciencia puede acudir a su Colegio Profesional, siguiendo las indicaciones de la OMC (que traté en su apartado correspondiente) o al CEA del centro en el que presta sus servicios profesionales, según prefiera. La declaración de objeción se

¹⁰²⁸ Así, por ejemplo, un trabajador del servicio de limpieza no se puede negar a realizar su trabajo en un quirófano donde se va a realizar, o se ha realizado ya, una IVE. Y su negativa a la limpieza por este motivo no puede considerarse una objeción, propiamente. Este es un ejemplo de pseudo-objección o objeción por conexión. *Vid.* ROMEO CASABONA, Carlos María. «La objeción de conciencia en la praxis médica», *ob. cit.*, p. 741; MIGUEL BERIAIN, Iñigo de. «La objeción de conciencia de farmacéutico: una mirada crítica», *Revista de Derecho UNED*, vol. 6, 2010, p.182; TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. *El peso de la conciencia: la objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, *ob,cit*, p. 268; *Vid. supra nota 422.*

realizará mediante un formulario proforma sencillo, puede asemejarse al de Argentina o al que muchos centros españoles ya tienen de forma interna para control del personal (aunque no son públicos), y por duplicado. Ambos formularios seguirán el mismo recorrido expuesto con anterioridad, uno de ellos para la CA donde ejerce su labor el profesional objetor y el otro para el director del centro, o el CEA si es el impulsor se lo queda directamente, bajo los mismos argumentos.

Pese a proponer dos vías, no puedo obviar ni erradicar la vía actual. Esta vía inevitablemente actuará, por lo menos en el período transitorio hasta alcanzar el uso real de las dos anteriores. Esta es la que denomino

c) Vía de declaración expositiva.

Dentro de esta vía se puede actuar de dos formas. Una, de forma previa, manifestando la condición de objetor al jefe de servicio, para que sea éste quien gestione y organice el servicio; otra, cuando se encuentra en la tesitura de prestar un servicio frente al que objeta. De todos modos, como se ha descrito a lo largo del trabajo, resulta conveniente que la declaración se haga con una cierta antelación, para permitir que el servicio se organice, derivando al usuario a otro profesional.

En cualquier caso, basta con una declaración, cumplimentar un formulario, y no cada vez que el profesional se dispone a ejercer la objeción de conciencia, lo que carecería de sentido, y sería ineficiente, pues este trámite se convertiría en una sistematización descontrolada de un acto reiterativo.

11.5.3. Acceso al Registro de Objetores de Conciencia.

11.5.3.a). Sujetos legitimados.

Pueden acceder al ROC las personas con interés legítimo en conocer el dato de la objeción. Ello incluye, por un lado, los gestores y directores de los centros sanitarios, que tienen encomendada la función de organizar el servicio sanitario, y tienen interés en el buen funcionamiento del lugar de trabajo. Acaso el personal administrativo que coordina la planificación del día a día, dada la codificación y control de acceso a la información, pueda acceder igualmente¹⁰²⁹. Y, por otro, los pacientes directamente afectados por la prestación

¹⁰²⁹ Cabe preguntar por qué determinados puestos administrativos del hospital deben tener acceso. Estoy pensando, por ejemplo, en el caso del personal administrativo que gestiona la agenda del especialista. Para el objetor ejerciente, sería eficiente que no le asignaran prácticas a las que ha objetado, pues resulta una pérdida de recursos a nivel general. Y si finalmente se aceptase este acceso, se dispondrán de tres vías de actuación, la de los gestores clínicos entendida como: director y gestor; la del personal administrativo coordinador de visitas; y

objetada.

Del acceso a los datos del ROC, al igual que a los listados codificados finales (resultantes de la enumeración de todas las declaraciones de objetores de conciencia recibidas), quedará rastro informático y el acceso indebido podrá conllevar sanciones¹⁰³⁰.

Los pacientes podrían acceder a la información del profesional de forma directa, mediante el acceso a su propia HC₃. El acceso estaría protegido mediante unas claves de acceso (las mismas que el usuario y trabajador del centro utilizan para acceder a las HC₃), lo que permitiría contar con un control y registro de quién consulta estas bases informativas; para posibles sanciones en caso de uso fraudulento o divulgación. Aquí cobra todo su sentido la contraprestación, como autorización a la cesión del dato al paciente, para que sea el propio paciente el que pueda acceder a la información, sin necesidad de que el profesional le exponga dicho condicionante.

El listado de objetores elaborado por las CCAA tomará como base los datos incluidos en el ROC, que después centralizará el Estado para elaborar los informes estadísticos correspondientes, siguiendo el *modus operandi* italiano. En concreto, será el ministerio de salud el obligado a recabar todos los datos, con una periodicidad anual, y publicar un informe estadístico sobre el ejercicio de objeción de conciencia; que indique tanto los porcentajes de objetores, dentro de cada especialidad y por CCAA, como por prestaciones objetadas.

Huelga decir que el profesional mismo puede acceder al ROC. Así lo disponen las normas sobre protección de datos (LOPDGDD) y algunas normas sobre registros profesionales, como el de Castilla-La Mancha. La solicitud de acceso por parte del profesional ha llevado a alguna reclamación ante la AEPD, cuando la petición no es contestada en tiempo¹⁰³¹. Ahora bien, la AEPD ha declarado que, si la falta de contestación se debe a la falta de concreción de la petición, en los casos en que la administración

por último, si las anteriores fallan porque se asigna al objetor una prestación objetada, el paciente mediante el aplicativo en su HC₃, para bloquear una consulta no deseada por todos. Según esta correlación de hechos, y partiendo de la presunción del buen uso del aplicativo y de los datos, confiando en la capacidad de no difamación ni discriminación por tal condicionante ni en la esfera laboral ni en la social, creo que se debe aceptar el acceso del personal administrativo encargado de programar las visitas tanto de forma externa (para los pacientes directamente) como interna (para una gestión de la cartera de su médico asignado). Pero no puedo obviar que la última palabra sobre este acceso lo tendrá la dirección del hospital e incluso, de ser necesario, los CEA.

¹⁰³⁰ Para las sanciones, la LO 3/2018 se remite al Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). *Vid.* Unión Europea. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, *Diario Oficial de la Unión Europea*, núm. 199 (Sección L), de 4 de mayo de 2016, pp. 1-88.

¹⁰³¹ AEPD. Resolución núm R/02035/2016, accesible en: [td-00702-2016.pdf \(aepd.es\)](https://www.aepd.es/td-00702-2016.pdf) (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

sanitaria gestiona varios registros de profesionales¹⁰³², puede solicitar al profesional que especifique de qué registro solicita la información. Lo que no puede hacer la administración sanitaria es dejar de contestar, sin más.

11.6. La incorporación de la condición de objeto a la historia clínica compartida: *mhealth* en el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria.

La concepción inicial de la HC₃, y por la que se trabaja de forma continua a distintos niveles en el Estado español, nos lleva a la imagen de un ciudadano que interacciona con el sistema sanitario porque él, en un futuro, también podrá introducir datos en su historia clínica. La inmediatez en el acceso, del ciudadano y del profesional, que pueden conseguir toda la información necesaria, con independencia de los centros asistenciales a la que estén vinculados o asignados ambos partícipes¹⁰³³. Gracias a las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)¹⁰³⁴ se ha superado la imagen estática de la HC. Gracias a los múltiples usos de la HC₃ y la voluntad de interacción por parte de los usuarios del sistema sanitario¹⁰³⁵.

La salud electrónica (ehealth) ha dado paso a la salud móvil (*mhealth*), que se puede definir, siguiendo a la OMS, como “la práctica de la medicina y la salud pública soportada por dispositivos móviles como teléfonos, dispositivos de monitorización de pacientes, asistentes digitales y otros dispositivos inalámbricos”. Los profesionales sanitarios, centros e instituciones de las CCAA ya no son los únicos encargados de orientar a los pacientes, que obtienen su información directamente de las redes, y ahora los pacientes tienen toda la información general, y la suya particular, a su alcance, a través de un dispositivo móvil. La telemedicina o teleasistencia puede ayudar a prestar asistencia, particularmente en lugares de difícil acceso.

Las nuevas tecnologías han invadido esa función, de manera que más de 500

¹⁰³² Castilla La Mancha. Decreto 211/2010, de 21 de septiembre de 2010, de los Registros de Profesionales Sanitarios de Castilla-La Mancha, *Diario Oficial de Castilla La Mancha*, núm. 186, de 24 de septiembre de 2010.

¹⁰³³ SERNA, Adriana y ORTIZ, Olga. «Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica», *Actual. Enferm.*, vol. 8, núm. 2, 2005, pp. 14-17; BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la historia clínica compartida a Catalunya*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2014, p. 31.

¹⁰³⁴ “Todos los usuarios del sistema de salud se pueden beneficiar de la continuidad asistencial que aportan las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) en general y la HCE en concreto” *vid.* GALIMANY MASCLANS, Jordi; ESTRADA MASLLORENS, Joan Maria; GIRBAU GARCÍA, Maria Rosa. «Continuidad asistencial e integración de la información, Atención Primaria y TIC». *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, vol. 6, núm. 1, pp. 1-3; GALIMANY MASCLANS, Jordi y FABRELLAS I PADRÉS, Nuria. «El cuidado a las personas y a las TIC», *Revista ROL de enfermería*, vol. 39, núm. 10, 2016. pp. 26-30.

¹⁰³⁵ “El número de altas en *La meva salut* ha incrementado en un 37,8% respecto al año 2017 y actualmente cuenta con 450.000 usuarios” TIC y Salud de APDC. *Informe de mapa de tendències en TIC i Salut*, jornada celebrada el 14 de marzo de 2019. Disponible en: <https://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/noticies/2019-03-15-informe-mapa-de-tendencies-en-TIC-salut> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

millones de personas ya utilizan el *mhealth*, o *salud móvil* en España¹⁰³⁶, conocido como el medio de las nuevas tecnologías y las apps. De manera que las aplicaciones de *software* que se instalan en los dispositivos móviles (conocidas como apps) han revolucionado el sistema sanitario¹⁰³⁷, y por consiguiente también han irrumpido en las HC₃.

Para abordar la temática de esta sección analizo tres estudios, cuya relevancia deriva de la institución que lo elabora, que aportan argumentos a favor de la tesis que sostengo. En primer lugar, y de manera detallada, el Informe del Ministerio de Industria, Energía y Turismo del Gobierno de España, para conocer el estado actual de la cuestión, acerca del uso de las TIC en el ámbito de salud nacional español. En segundo lugar, las Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (en adelante SEMICYUC), que giran en torno a la confidencialidad¹⁰³⁸, para poner de relieve las consecuencias negativas del *mhealth* en la actualidad y como estas afectarían al *modelo propuesta*. En tercer y último lugar, el *Documento sobre Bioética y Big Data de salud: explotación y comercialización de los datos de los usuarios de la sanidad pública*¹⁰³⁹, del *Observatori de Bioètica i Dret* de la *Universitat de Barcelona* (OBD).

El Informe realizado en 2016, *Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*, por parte del Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad Digital (ONTSI)¹⁰⁴⁰ no fue el primer informe que relacionaba y estudiaba la inserción de la Salud en el ámbito de la Tecnología. El ONTSI inició este tipo de investigaciones en el año 2008, analizando el impacto de la receta electrónica y la cita por internet¹⁰⁴¹. Y el último Informe emitido por este mismo organismo es de 2017, y es un estudio conjunto con Vodafone sobre la incidencia del *Big data* en salud digital.

El Informe de 2016 es interesante desde el punto de vista del *modelo propuesta* de

¹⁰³⁶ FERNÁNDEZ SALAZAR, Serafín y RAMOS MORCILLO, Antonio Jesús. «Nuevas tecnologías, apps y su aplicación en la práctica clínica basada en evidencias», *Enfermería clínica*, vol. 24, núm. 2, 2014, p. 99-101.

¹⁰³⁷ MORENO, Megan Andreas (et al.). «Ethics of social media research: common concerns and practical considerations», *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 16, núm. 9, 2013, pp. 708-713.

¹⁰³⁸ CABRÉ PERICAS, Lluís. (et al). «Confidencialidad: Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)». *Medicina intensiva*, vol. 33, núm. 8, 2009, pp. 393-402.

¹⁰³⁹ LLÀCER MATAACÁS, María Rosa; CASADO GONZÁLEZ, María; BUISAN ESPELETA, Lidia. *Document sobre bioètica i Big Data de salut: explotació i comercialització de les dades dels usuaris de la sanitat pública*. Barcelona: OBD, 2015, p. 46.

¹⁰⁴⁰ ONTSI. *Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*, 2016. Disponible en: <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/197> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

¹⁰⁴¹ El informe "las TIC en el Sistema Nacional de Salud" analiza el grado de implantación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación en el Sistema Nacional de Salud (SNS). Véase ONTSI. *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud*, 2008. Disponible en: <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/197> (Última consulta 29 de diciembre de 2020).

esta tesis doctoral por la información que ofrece sobre la presencia de las TIC y el desarrollo de los distintos servicios para la gestión de los pacientes desde los servicios sanitarios (receta electrónica, historia clínica, teleasistencia, cita por Internet y tarjeta sanitaria) así como del perfil de usuario sanitario. Aunque existen documentos posteriores de la ONTSI, no son tan específicos como éste.

Los datos del estudio se han obtenido tras realizar cinco mil encuestas con usuarios sanitarios y demuestran la viabilidad de mi *modelo propuesta*, por el desarrollo creciente en la e-sanidad y los cambios producidos en la relación médico-paciente por la incorporación de las nuevas tecnologías¹⁰⁴². Estos cambios en la relación asistencial son muy evidentes, en particular si nos fijamos en la mutabilidad del escenario en el que esta relación se desenvuelve. Este es un dato útil ya que la incorporación del Registro de datos a la HC₃, por la mejor gestión de las visitas, es factible a la luz de este Informe.

El perfil del usuario de la sanidad española, tal como lo presenta el Informe del ONTSI de 2016 (más ahora en 2020), sería receptivo al uso de la e-sanidad. Su perfil es el siguiente:

- a. Perfil sociodemográfico: usuarios con una edad comprendida de forma mayoritaria entre 35-49 años (30.9%), con un nivel de estudios universitario o secundario (27.5%) y de ambos sexos: mujeres (53%) y hombres (47%).
- b. Perfil socio-sanitario: el estado de salud de los pacientes es, en general, bueno (78.8%) con un nivel de asistencia médica de 1 ó 2 veces al año, y unas visitas a los centros sanitarios mayormente públicos (90%).
- c. Perfil tecnológico de los usuarios: muy presente en la ciudadanía (94.2%), la mayoría comprendidos en la franja de 25 a 34 años, con estudios medios o superiores y un acceso a las TIC mediante móvil (91.3%), Tablet (35.1%) y dispositivos de salud (5.2%).

A los anteriores rasgos, debe unirse el perfil de paciente empoderado y experto, que introducen un cambio en la figura del paciente pasivo, aunque de momento no son la mayoría. El primero, empoderado se define a sí mismo y según la encuesta, por los siguientes rasgos característicos: conoce en profundidad su estado de salud o enfermedad, posee un control sobre su estado de salud o enfermedad, participa en la toma de decisiones coordinada con los profesionales, es responsable respecto al cuidado de su salud, y se forma e informa sobre salud. Según el Informe ONTSI, existen más usuarios no

¹⁰⁴² MARTÍNEZ-MONTAUTI, Joaquín. *La relación médico-paciente*, Barcelona: Edicions UB, 2018, pp. 15-17.

empoderados (78.5%) que lo contrario. El segundo, los pacientes expertos, son aquellos denominados como crónicos, que son minoría (3.2%).

Sobre el perfil del paciente usuario del *modelo propuesta* no tiene nada de novedoso exponer que posiblemente sea de una persona mayor de edad, con unos estudios avanzados y un estado de salud bueno. Lo que supone cierta relevancia es cómo el principio de autonomía ha ido calando en el sistema público de salud y ha permitido la conversión de estos usuarios no habituales en pacientes empoderados. Un empoderamiento que, aunque en el presente Informe no se expone como tendencia mayoritaria, sí que vaticina un crecimiento futuro. El empoderamiento, en concreto lo que podríamos llamar su voluntad controladora, es una de las razones que favorecen la inclusión del objeto ejerciente en los ROC. Este dato indica que al usuario sanitario le gusta tomar decisiones y que no hayan obstáculos que el paciente no pueda controlar.

Este paciente sigue utilizando como principal fuente de información a los profesionales sanitarios para informarse sobre temas de salud: médicos (88.7%) y farmacéuticos (67.1%). Aunque más del 60%, al margen de lo anterior, también utiliza internet y un 22.3% las redes sociales (RRSS). La fiabilidad de la información obtenida sigue considerándose más fiable si procede del medio profesional (91.9%). Sin embargo, entre los internautas se considera que la información sanitaria hallada en internet es más fiable (50.5%) que en las RRSS (20.1%). La búsqueda de información en el ámbito de la salud por internet es utilizada por la población general (60.5%) y por los usuarios del sistema (74.4%). De entre las CCAA, la población que más utiliza internet en la búsqueda de información del ámbito de salud es Andalucía en un (75.1%), la que menos Navarra (37%), y Cataluña se sitúa en la franja intermedia (con un 58.9%).

El modo de acceso a la información de salud se realiza mediante buscadores comunes (85%); webs conocidas (5.8%); ambas (6.6%); y, otras formas, dónde se encontrarían las apps de salud (2.6%). Y el usuario principalmente indaga sobre información sobre los distintos centros sanitarios (46.5%) y sobre la opinión/valoración sobre profesionales sanitarios (30.2%).

En relación con la presencia de las TIC para la gestión de los pacientes, el Informe de la ONTSI recuerda como principales elementos para la gestión de los pacientes en España la HC (que categoriza como la historia clínica electrónica que se informatiza), y la HC₃ (que en el Informe se identifica como historia clínica digital, la que se comparte). Este mismo informe señala que las CCAA son las principales emisoras y receptoras de información, destacando que ésta es una asignatura pendiente en el País Vasco, Asturias y

Castilla y León. Y un dispositivo paralizado en Cataluña. Los obstáculos son la subsistencia de errores informáticos, y el desconocimiento de la posibilidad de consultar la HC₃ propia, por parte de los usuarios del sistema sanitario.

Para evaluar el uso real de las TIC en la gestión de pacientes sanitarios, se analiza el uso de los servicios ofertados por parte del sistema de Salud Pública: receta electrónica, solicitud de cita previa por internet o aplicación móvil, solicitud de tarjeta sanitaria, consulta de la HC, consulta de imágenes digitales, envío de avisos mediante sms, sistema de turnos (confirmación de llegada para la visita) e HC₃.

Los resultados recogidos por el Informe demuestran que:

- La receta electrónica (88.7%) y concertar visita por internet (82.2%) son los servicios ofertados más conocidos.
- La alerta mediante sms, el sistema de turnos (34.2%) y la consulta de la propia HC₃ (15.5%) los más desconocidos.
- La receta electrónica (83.3%) y la HC (77.1%) los más útiles.

Cabe destacar, respecto a la utilidad de la HC₃, que aquellos que conocen su posible manejo también la consideran un instrumento beneficioso con un porcentaje muy similar al de la HC (69.9%).

Finalmente, a efectos de la posible implementación del *modelo propuesta*, para elegir entre las CCAA con un mayor/menor conocimiento y uso de las TIC en la gestión de la sanidad, resulta que Valencia, Navarra, Murcia o Andalucía¹⁰⁴³ estarían en la mejor posición

¹⁰⁴³ Respecto al conocimiento, Valencia (73.9%) es la CA con más usuarios que conocen la HC, frente a Ceuta (44.1%) que es la que menos la conoce. Respecto al uso de la HC, los datos muestran que Navarra (89%) es la CA que mayor uso hace de ella, mientras que Ceuta (45.1%) reitera su posición como CA con un menor uso. Si nos fijamos en la HC₃, Murcia es la CA con mayor conocimiento (68.3%) y uso (87.2%) del mencionado instrumento sanitario, mientras que Ceuta vuelve a estar a la cola, en conocimiento (23.5%) y uso (33.3%) de la misma.

La CA que mejor conoce la posibilidad de solicitar la cita por internet es Andalucía (92%), siendo Ceuta (51%) la que menos. El uso telemático mayor ocurre en Murcia (88.1%) y menor en Castilla León (62.9%). El uso del mecanismo de solicitud de citas en realidad no solo se emplea para gestionar la visita médica con médicos de cabecera (44.4%) o especialistas (19.9%), sino que también gestiona la modificación de datos (10.5%) y los cambios de médico, gestión, queja o localización del centro (14.2%).

En general la actitud de los usuarios es positiva, propiciada por el ahorro de tiempo y la facilidad de acceso que supone el mecanismo de solicitud de citas por internet. Se obtiene, cuando la CA y el centro concreto lo tienen habilitado, una cita con el médico rápidamente (60.6%) a diferencia del modo presencial o telefónico (18%). Es un canal que se usa con mayor frecuencia, previendo un incremento de uso, en el ámbito de salud pública. Y es un canal utilizado principalmente por usuarios de 25 a 34 años.

Es significativo distinguir en función de la edad de las personas que proporcionan los resultados. Por ejemplo, la alerta mediante sms y el sistema de turnos es un mecanismo desconocido para los pacientes mayores de 65 años, mientras que el uso de la HC₃ se desconoce por la población menor a esa edad. Estos resultados confirman, una vez más, el perfil del ciudadano expuesto con anterioridad que participa de forma activa en la e-sanidad (recuerdo que era la población que correspondía a la franja de 30 a 49 años). Y que estos usuarios

para empezar con una “prueba piloto” del sistema de incorporación del ROC en la HC₃.

Todos los datos revelan que la inclusión del *modelo propuesta* en la HC₃ supondría un avance significativo en relación a la eficiencia (menor tiempo en el proceso a realizar) y la eficacia (brindar los menores obstáculos posibles, convirtiéndolos prácticamente en inexistentes)¹⁰⁴⁴. No obstante, siguiendo los datos del Informe señalados, para abordar una buena gestión sanitaria con cooperación activa por parte de los pacientes, es del todo urgente que las CA habiliten de una vez por todas los mecanismos de transmisión y recepción de información que les compete, sin errores en el sistema, de manera lo más universal posible para que puedan interconectarse no sólo entre centros de la misma CA, tanto públicos como privados. Ya advertía Buisán de la necesidad imperiosa de que la Administración informe a la población del uso y gestión de sus datos en la HC₃¹⁰⁴⁵ y, en concreto, el encargado de informar del derecho de acceso a esta información (contenida en la HC₃) es, en primera instancia, el médico o médico de familia¹⁰⁴⁶.

La principal preocupación que genera el uso de las TIC en el ámbito de salud es la protección de la confidencialidad de los datos. En el ámbito sanitario, la intimidad actúa como límite al uso de la información clínica y social de los pacientes, y es uno de los bienes más preciados por el paciente. Los datos del profesional incluidos en la HC3 deben recibir el mismo trato y protección.

Según las Recomendaciones del Grupo de Bioética de SEMICYUC, acerca de la confidencialidad¹⁰⁴⁷, el deber de secreto profesional se apoya en tres ejes: el marco ético, el marco deontológico y el marco legal. Estas cuestiones ya han sido tratadas a lo largo de esta tesis doctoral. En el capítulo anterior se ha analizado la ley de protección de datos así como la normativa de derechos de los pacientes, entre otras, que recogen los datos sanitarios como datos sensibles, sin distinción entre datos de pacientes y datos de profesionales¹⁰⁴⁸.

activos, utilizan de forma intensa los instrumentos que, gracias a las TIC se les ha brindado, lo que mejora claramente la autonomía informativa del paciente.

¹⁰⁴⁴ Los objetivos actuales de la relación asistencial, entre médico y paciente, según el Informe, tratan de ahorrar y optimizar el tiempo por ambas partes; primar la mejora de la calidad de vida del paciente, pues aunque curarse es el principal objetivo, adquiere importancia prestar especial atención a otros condicionantes de vida; orientar la medicina hacia la prevención y no tanto a los tratamientos; concienciar e informar al paciente.

¹⁰⁴⁵ BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la història clínica compartida a Catalunya*, ob. cit., p. 166.

¹⁰⁴⁶ *Ibidem*, p. 167.

¹⁰⁴⁷ CABRÉ PERICAS, Lluís. (et al.). «Confidencialidad: Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)», *Medicina intensiva*, vol. 33, núm. 8, 2009, pp. 393-402.

¹⁰⁴⁸ Para más información sobre las posibles vulneraciones de derechos cuando la información está incorporada a apps, pueden consultar: PAPAGEORGIOU, Achilleas (et al.). «Security and privacy analysis of mobile health applications: The alarming state of practice», *IEEE Access*, vol. 6, 2018, pp. 9390-9403; JONES, Nick y

La inserción de la condición de objetor en la HC₃ debe hacerse teniendo en cuenta el el marco ético de la confidencialidad. La confidencialidad y el secreto, desde la perspectiva ética, se articulan con base en una relación de confianza y fidelidad. Estos deberes habitualmente se han interpretado desde la perspectiva del paciente, aunque, si incluimos la información del profesional (objetor de conciencia) en la HC₃, según el *modelo propuesta*, será conveniente la aplicación extensiva de dichos deberes a los usuarios de salud.

Existe un argumento a favor del *modelo propuesta*, que gira en torno a la necesidad de proteger la confidencialidad de los datos de los profesionales siguiendo una máxima de la SEMICYUC: “compartir el mínimo de información que dé el máximo beneficio y que pueda provocar el menor daño posible”. Incorporar la condición de objeción en la HC₃ mediante un asterisco permite cumplir satisfactoriamente aspiración. Como argumento en contra del *modelo propuesta* cabe alegar que el acceso a la HC₃ está limitado a uso asistencial. Fuera de ese contexto asistencial no debe permitirse el acceso a su HC¹⁰⁴⁹, salvo en casos de inspección e investigación científica, o de autorización expresa del afectado¹⁰⁵⁰. La postura de la SEMICYUC, otros autores¹⁰⁵¹, podrían emplearse para compartir la condición de objetor aún en un medio sanitario controlado.

En el *modelo propuesta*, este consentimiento expreso se consideraría otorgado tras optar por una de las vías declarativas de la objeción de objetor, asumiendo de forma tácita la inserción en la HC₃ cuando se opta por la vía autónoma. En la vía delegada, ante el CEA o Colegio Profesional, presumiblemente se incluirá una cláusula en el formulario proforma, sobre la protección de datos. Y no será tema relevante en la vía de declaración expositiva, la actual, porque no se acomete su catalogación ni en registro ni en HC. En todo caso, la HC₃ no queda limitado a un uso asistencial, sino que puede incluir la gestión sanitaria¹⁰⁵².

Finalmente, entre las recomendaciones de la SEMICYUC, consta una Tabla 4 sobre cuáles son las medidas de seguridad a adoptar para proteger la confidencialidad¹⁰⁵³. De estas sugerencias, y en virtud de la promoción del sistema informático del *modelo propuesta* cabe destacar ahora las siguientes:

MOFFITT, Matthew. «Ethical guidelines for mobile app development within health and mental health fields», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 47, núm. 2, 2016, p. 155.

¹⁰⁴⁹ *Ibidem*, pp. 30-37.

¹⁰⁵⁰ SMELSER, Neil (et al.). «La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica», *Medicina clínica*, vol. 118, núm. 18, 2002, pp. 704-706.

¹⁰⁵¹ Cfr. JÚDEZ, Javier y Grupo Técnico del Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. «Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta», *Medicina Clínica*, vol. 177, núm. 1, 2001, pp. 16-17

¹⁰⁵² Cfr. BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la historia clínica compartida a Catalunya*, ob. cit., p. 128.

¹⁰⁵³ CABRÉ, Lluís, et al. «Confidencialidad: Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)». ob. cit., p. 398.

- 1) El control de acceso detallado y la gestión de soportes y documentos con su registro de acceso (tabla automática) que permita conocer el usuario que accede, el tipo de documento, la fecha y la hora, el número de documento, el tipo de información que contiene, la acción que realiza (consulta, modificación, nuevo registro, impresión en papel, etc.), la forma de envío y la persona responsable de recepción que deberá estar debidamente autorizada si procede.
- 2) El cifrado de los datos y de todas las comunicaciones electrónicas mediante certificado digital o al convertir el documento a PDF y escribir una contraseña para este.

Estas recomendaciones son de lo más acertadas para ejercer la función de control sobre la condición de objetor y los ROC. De un lado, las medidas son adecuadas pues lo que se persigue no es la creación de un nuevo instrumento clínico, sino que la pretensión del *modelo propuesta* es incorporar en un instrumento asistencial con una seguridad jurídica confirmada (la HC₃), y una restricción a su acceso bastante certera. Igual de fiable es el cifrado de datos y las comunicaciones que, hasta su descarga, no pueden interpretarse (utilizado para los documentos clínicos incluidos en las HC de los pacientes, de modo que también se encuentran en sus HC₃)¹⁰⁵⁴, y que, una vez se descargan, previa contraseña, se convierten en documentos clínicos que forman parte de la relación asistencial.

Pese a que el control de acceso detallado no ha resultado ser, hasta el momento, un aspecto remarcable, los objetores de conciencia deben poder tener conocimiento de quién ha consultado el dato de que son objetores. El control de acceso sí debe existir y debe ser, como sugiere el SEMICYUC, automático. Estos datos, sobre quién ha accedido a la condición de objetor de los profesionales, deben ser custodiados por el director o gestor de la institución sanitaria. Y pueden descargarla, por motivo justificado, tanto el CEA del centro, para resolver un conflicto con objeto del ejercicio (o no) de la objeción de conciencia; como las autoridades administrativas correspondientes, para la elaboración de los informes correspondientes.

El tercer y último de los documentos al que voy a referirme en este apartado, es el *Documento sobre Bioética y Big Data de salud: explotación y comercialización de los datos de los usuarios de la sanidad pública*¹⁰⁵⁵, en el que el OBD alerta de una serie de peligros

¹⁰⁵⁴ Pues son datos anonimizados. Aunque hay autores que consideran la anonimización insuficiente, aludiendo que la tecnología Big Data permite la reidentificación de personas. Cfr. GENÉ BADIA, Joan; GALLO DE PUELLES, Pedro; LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «Big data y seguridad de la información», *Atención Primaria*, vol. 50, núm. 1, 2018, p. 4; BUISAN ESPELETA, Lidia. «La historia clínica compartida y el ejercicio de la autonomía de las personas en sanidad», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 37, 2016, p. 60.

¹⁰⁵⁵ LLÀCER MATAACÁS, María Rosa; CASADO GONZÁLEZ, María; BUISAN ESPELETA, Lidia. Document sobre

que atañen a la intimidad y confidencialidad de los datos personales almacenados en las bases de datos sanitarios, y que deben servir como advertencia de los riesgos para el *modelo propuesta*, en concreto, la reutilización de estos datos para usos no deseados o la comercialización de los mismos. La información sanitaria es susceptible de ser reutilizada por su carácter estratégico y sensible, con gran valor dentro de la esfera personal. Valía que gracias a la globalización, supone que la explotación y comercialización de los datos de los usuarios en sanidad pública, sean objeto de negocio aún con fines bienintencionados¹⁰⁵⁶.

El Documento destaca que la normativa de protección de datos resulta insuficiente y ha sido superada por la tecnología *Big Data*, que propicia usos indebidos y discriminatorios de la información. Una de las recomendaciones del Documento del OBD, es que la cesión de datos debe contar con consentimiento expreso, a lo que me atrevo a añadir que eso será así sea cual sea la parte cedente (paciente o profesional)¹⁰⁵⁷.

En consecuencia, en todas las vías reconocidas sobre la declaración de objetor de conciencia ejerciente por parte de los profesionales sanitarios del *modelo propuesta* (vía autónoma y delegada) debe constar la estipulación acerca de la comercialización. Es decir, ambas cláusulas deben constar tanto en la vía autónoma (en el acta de manifestaciones notarial) así como en la vía delegada (en el formulario proforma del CEA o del colegio profesional). Esta especificación salvaguardará los datos profesionales de los objetores ejercientes de posibles infracciones, conflictos de intereses o malas prácticas en relación con la privacidad de la información.

Finalmente, sirvan las siguientes afirmaciones del Documento del OBD como punto final, cuando destaca la contribución de los comités de ética en el desarrollo de la cultura de respeto por la intimidad y la confidencialidad de los datos personales ya que, en su ámbito de actuación, son los primeros garantes de estos derechos.

bioètica i Big Data de salut: explotació i comercialització de les dades dels usuaris de la sanitat pública. Barcelona: OBD, 2015; p. 46.

¹⁰⁵⁶ Como ejemplo, el Proyecto de Valorización de Información del Sistema Sanitario Catalán, VISC+ que promocionaba la disposición de datos sanitarios anonimizados para ciudadanos, empresas e investigadores, para mejorar los servicios de salud e investigación, así como para revalorizar el conocimiento. Ante el que el OBD se postuló de forma crítica y el CBCat emitió un informe favorable. Cfr. LLÀCER MATAÇÀS, Maria Rosa; CASADO GONZÁLEZ, María; BUISAN ESPELETA, Lidia. *Document sobre bioètica i Big Data de salut: explotació i comercialització de les dades dels usuaris de la sanitat pública, ob. cit.*; Comité de Bioética de Cataluña. *Principis ètics i directrius per reutilització de la informació del Sistema de Salut català en Recerca, Innovació i Evaluació de la Generalitat*, 2015.

El proyecto VISC+, se convirtió en PADRIS en 2015. Los datos que se promocionan, ahora, son únicamente para usos de investigación tras una aprobación para su uso. Vid. GENÉ BADIA, Joan; GALLO DE PUELLES, Pedro; LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «Big data y seguridad de la información», *ob. cit.*, pp. 3-5.

¹⁰⁵⁷ LLÀCER MATAÇÀS, Maria Rosa; CASADO GONZÁLEZ, María; BUISAN ESPELETA, Lidia. *Document sobre bioètica i Big Data de salut: explotació i comercialització de les dades dels usuaris de la sanitat pública, ob. cit.*, p. 46.

CONCLUSIONES

Conclusiones

Primera. La objeción de conciencia no es un derecho fundamental.

Las normas internacionales y la Constitución española no recogen la objeción de conciencia en su catálogo de derechos y libertades fundamentales. Aunque no es un derecho fundamental, su ejercicio es manifestación de un derecho fundamental y, entre todos los posibles, que incluyen libertad religiosa, libertad de expresión, libertad de conciencia, es esta última la que mejor la justifica. La libertad de expresión resulta insuficiente porque la objeción de conciencia va más allá de la mera expresión de una opinión, pues conlleva una conducta determinada o, mejor dicho, una abstención de actuación; la libertad religiosa parece inadecuada ya que la negativa a actuar no tiene que estar basada necesariamente en motivos religiosos.

En la objeción de conciencia existe una tensión entre la libertad de conciencia de la persona, y el cumplimiento de una obligación o deber que impone una determinada prestación. Esta tensión se puede resolver prohibiendo la objeción de conciencia o admitiéndola en todo caso, pero el Derecho debe resolver mediante un equilibrio, buscando aquellas situaciones en las que es admisible la objeción de conciencia de manera que se respeten los intereses de todos los involucrados: del que quiere quedar exento del cumplimiento de un deber, y del favorecido por ese deber, que no se puede ver perjudicado.

Segunda. Sobre la regulación de la objeción de conciencia sanitaria.

El debate doctrinal en España sobre el ejercicio de la objeción de conciencia surge en relación con el servicio militar obligatorio en el país, y actualmente, el debate se centra en el ámbito de la sanidad y, en menor medida, en la educación. Aunque generalmente se habla de objeción de conciencia sanitaria pensando en la interrupción voluntaria del embarazo, y esa es la situación que contempla la escasa legislación en España, es previsible que también se contemple frente a la eutanasia o ayuda para morir (que tendrá una regulación propia una vez se apruebe lo que ahora es una proposición de ley). En todo

caso, la regulación debe garantizar, por un lado, el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios y, por otro, la prestación sanitaria a la que tienen los usuarios del servicio sanitario.

Existen tres posibles vías de regulación de la objeción de conciencia: mediante la introducción de un artículo en un cuerpo legal preexistente, mediante la aprobación de una ley que aborde la cuestión con alcance general, o a través de códigos deontológicos.

La primera de las vías supone la inserción de un artículo, o varios, en un cuerpo legal ya existente, sea en la Constitución, sea en cada una de las leyes específicas de salud que contemplan supuestos que pueden entrar en colisión con convicciones personales. Este es el camino que se ha elegido en España. Si bien es cierto que la Constitución española no contiene un artículo específico dedicado en exclusiva a la objeción de conciencia (más allá de la referencia del art. 30 CE), existen algunas referencias en la Ley orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo y en la proposición de ley de regulación de la eutanasia.

Esta opción puede resultar ineficiente, tiene un coste temporal y puede causar un desgaste legislativo. Si cada una de las leyes explicita el reconocimiento de la objeción de conciencia, pero no lo dota de una regulación completa, o si resultan distintas, puede llevar a situaciones de inseguridad jurídica.

La segunda de las vías consiste en crear un cuerpo autónomo, centrado exclusivamente en el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria, con alcance general. El aumento de casos en los que puede surgir la objeción de conciencia puede ser el principal argumento para optar por esta vía. La regulación del ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria mediante una ley general parece la mejor solución, sobre todo a largo plazo.

La tercera, y última, posibilidad regulatoria es la inclusión en las normas deontológicas, que son una herramienta útil para guiar la actuación profesional. Sin embargo, no pasan de ser directrices que, aún siendo útiles, sobre todo si incluyen una descripción detallada de la figura del objetor de conciencia y del cauce a seguir para realizar la declaración de objeción, pueden resultar insuficientes. La regulación contenida en normas deontológicas puede ayudar a resolver conflictos, y dar cauces de ejercicio de la objeción de conciencia, pero entiendo que esta es una situación transitoria, hasta que haya una norma que regule, con fuerza de ley, la objeción de conciencia.

La potenciación de esta tercera vía, la normativización deontológica de la objeción de conciencia, corresponde a los Comités de Bioética, e incluso a los propios Comités de Ética

Asistencial. Ambos son los organismos perfectos para proponer o mejorar este nuevo escenario para la normativización del ejercicio de la objeción de conciencia en la profesión sanitaria, mediante la elaboración de guías y el desarrollo de buenas prácticas. Nadie mejor que ellos para estimular una previsión deontológica que culmine en normativa deontológica primero, y legal después. Ni Comités de Bioética, ni Comités de Ética Asistencial, tienen poder normativo, pero entre las muchas funciones que desempeñan a diario, y posiblemente el mejor ejemplo de sus capacidades, deberían asumir una función de asesoramiento sobre los cambios legislativos necesarios para una mejor regulación de la objeción de conciencia a una determinada práctica sanitaria.

En relación con el estado actual de la objeción de conciencia sanitaria, los Comités deben seguir promoviendo el uso de los cauces adecuados, para ejercer la objeción de conciencia frente a una prestación concreta. La solución más práctica es promover el uso de un modelo único para todos los profesionales sanitarios que quieran objetar y, en este sentido, sugiero la aplicación del *modelo propuesta*.

Tercera. La objeción de conciencia en los casos de reducción del catálogo prestacional del Estado.

La objeción de conciencia sanitaria no puede admitirse, como un mecanismo para preservar el derecho a la salud. Es decir, la exigibilidad de los derechos sociales, entre los que se encuentra el derecho a la asistencia médica, no debe abordarse desde la perspectiva del ejercicio de la objeción de conciencia. En este sentido, la objeción de conciencia es inconveniente, dado que se utiliza como blasón contra las políticas estatales, injustas o no, tales como el Real Decreto de medidas urgentes español o los protocolos de actuación frente a la COVID19.

Ante las situaciones de recortes presupuestarios, el objetor que quiera prestar asistencia sanitaria a pacientes que, de acuerdo con el actual catálogo de prestaciones estarían excluidos de una prestación asistencial, puede hacerlo, pero sin utilizar medios públicos para ello. Lo que no resulta admisible es objetar a una regulación que reduce el catálogo de prestaciones, y hacerlo con medios públicos, porque esta acción redundaría en perjuicio de los que sí tienen reconocido el acceso a la salud pública.

Aunque es una cuestión que puede resultar conflictiva, lo cierto es que, aunque uno no esté de acuerdo con la reducción del catálogo prestacional, una vez se ha establecido esta disminución de prestaciones, debe cumplirse. Otra cosa es que después se intente

presionar para modificar y ampliar las prestaciones sanitarias públicas, y en esta lucha no ha lugar mediante el ejercicio de la objeción de conciencia.

Así, en los protocolos, o normas de actuación de carácter urgente por la pandemia, el profesional sanitario tampoco puede manifestarse como objetor de conciencia ante las nuevas obligaciones o actuaciones, aunque sí pueden ejercitar dicho derecho ante prácticas para las que son objetores manifiestos y dan lugar, en la atención de pacientes con la enfermedad (COVID19), por ejemplo, ante la interrupción voluntaria del embarazo o los tratamientos con límite del esfuerzo terapéutico.

En relación con la COVID19 se distinguen varios tipos de objetores de conciencia. El primero serían los objetores de conciencia a la atención médica, por riesgo de contagio. Este tipo de objeción resulta inadmisibles dado que la atención sanitaria es un derecho reconocido, y el miedo del profesional a contagiarse no puede ser un criterio que autorice una eximente. El segundo serían los objetores de la limitación del esfuerzo terapéutico de los tratamientos establecidos, en relación con los pacientes con COVID19. Surge un debate sobre el contenido de la objeción. Si el profesional justifica que ejerce la objeción de conciencia por motivos de praxis o por diferencias profesionales para con el protocolo de actuación de su unidad, la objeción resultará inadmisibles. De manera tal, que su criterio profesional no puede prevalecer por encima de las medidas extraordinarias establecidas, aunque no esté de acuerdo. La situación anterior, se asemeja a los casos en que el objetor debe actuar, obligatoriamente, por riesgo de muerte hacia la paciente. Salvando todas las distancias, pues el protocolo en pacientes de riesgo (de COVID19) aplica el límite del esfuerzo terapéutico cuando la continuación del tratamiento no mejora la condición del paciente, por necesidad de recursos para con otros pacientes o por criterios de valor social. Sin embargo, los objetores de conciencia, que actúan por convicción ante la negativa de retirar tratamientos al fin de la vida, podrán seguir ejerciendo la objeción de conciencia si no imposibilitan, u obstaculizan, el trabajo del resto de compañeros.

El tercero son aquellos objetores frente a prestaciones típicas (aborto), con la pandemia, siguen con su política contraria a su realización y las obstaculizan de manera flagrante. Las pacientes de ginecología y obstetricia, se han visto inmersas en un clima de inseguridad e indefensión, propiciado por la COVID19, que algunos han aprovechado para poner obstáculos a prácticas legales.

Factores como la objeción de conciencia ante los procesos abortivos, quirúrgicos o ambulatorios, en tiempo de pandemia y, una gestión sanitaria superada por la excepcional situación, suponen verdaderos obstáculos ante una prestación reconocida. La interrupción

voluntaria del embarazo, en tiempo de pandemia, sigue siendo una prestación reconocida a las usuarias. Dado el plazo que dispone la Ley orgánica 2/2010, la interrupción del embarazo se considera como una prestación de carácter “prioritario”, a diferencia de otras prestaciones que con la pandemia han sido aplazadas (tales como operaciones estéticas, odontológicas o tratamientos de fisioterapia, entre otros). La interrupción del embarazo no concibe aplazamientos, más allá del plazo límite estipulado en la regulación para poder abortar. Por ello, es importante que la institución sanitaria, ahora más que nunca, esté bien organizada y pese a que la objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo siga estando reconocida a los profesionales, ésta no puede suponer actuar en contra de la voluntad de las pacientes. Y, obviamente, en los casos de riesgo para la vida o salud de las gestantes, los profesionales estarán obligados a actuar, a pesar de ser objetores.

Cuarta. El perfil del objetor como persona física.

El objetor puede ser cualquier persona física que presta sus servicios en el ámbito sanitario, público o privado, que alega que una determinada práctica legal es contraria a sus convicciones más profundas y solicita se le exima del cumplimiento del deber. Aunque en esta tesis doctoral me he centrado sobre todo en los médicos, no excluyo a que otros profesionales sanitarios puedan objetar, como las enfermeras o los farmacéuticos. En cambio, otros trabajadores que forman parte del personal de administración y servicios, incluyendo el personal de limpieza, no deben poder objetar porque no están directamente implicados en la prestación de una actividad objetable. Aunque aleguen tener motivos de conciencia que les lleven a considerar algunas prácticas como objetables, éstos son irrelevantes y no podrían ser objetores de conciencia. La incomodidad laboral, en definitiva, no es motivo de objeción.

El farmacéutico debe poder objetar solo en la medida en que participe directamente en un proceso abortivo, cuando haya una relación causal entre el suministro de un fármaco y el aborto subsiguiente. La píldora del día siguiente no causa un aborto, sino que impide la implantación del óvulo fecundado, de manera que no puede objetar a suministrar dicho fármaco. La objeción frente a la eutanasia también se debería resolver del mismo modo, y así, si el farmacéutico no suministra directamente los medicamentos que llevan a la muerte del paciente, porque lo hace el propio médico, no debería poder objetar, pero sí si es el propio afectado el que acude a la farmacia para adquirirlos.

Lo más frecuente es que la objeción de conciencia surja ante determinadas prácticas (obligación de hacer) pero también se pueden plantear en relación con ciertas prohibiciones

(obligación de hacer). El caso paradigmático en España fue el de la objeción frente al Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que recortaba la asistencia sanitaria a las personas sin tarjeta sanitaria. Esta oposición puede ser calificada como objeción de conciencia positiva o como un acto de desobediencia. Considero que es más acertada esta calificación, dado que los profesionales que incumplían la ley estaban dispuestos a aceptar las posibles sanciones, y la finalidad era llamar la atención sobre la injusticia de la ley, para promover un cambio normativo. Frente a esta situación, el objetor de conciencia no busca modificaciones legales, sino algo más individual: que se le exima de participar en actos contrarios a sus creencias.

Quinta. Las instituciones que realizan prestaciones públicas no pueden declararse objetoras de conciencia.

Las instituciones públicas no pueden ser objetoras de conciencia porque, aunque las personas jurídicas tienen reconocidos cada vez más derechos, con las adaptaciones oportunas, las convicciones no son uno de ellos. En relación con las instituciones privadas, si tienen un ideario, pueden no realizar determinadas prestaciones contrarias al mismo. Basta con no solicitar el concierto con la administración pública para prestar determinadas prestaciones. En otros países la solución puede ser distinta, como ocurre en Uruguay, que no discrimina entre instituciones públicas o privadas y permite a todas ellas declararse objetoras de conciencia. Sin embargo, la manifestación pública de un perfil institucional religioso no es propiamente una objeción.

Entiendo que si un centro privado no incluye una determinada prestación entre las que ofrece, no puede declararse objetora a ella y, por tanto, se desvirtúa ese concepto de objetor porque lo que realmente hace es manifestar su ideario. No se puede ser objetor de algo que no se realiza. Y esta teoría se refuerza en los casos en que existe una urgencia vital (riesgo para la vida de la mujer embarazada, por ejemplo). La clínica privada deberá obligatoriamente practicar la prestación de la que manifiesta activamente estar en contra (de la interrupción de la gestación) dado que la vida y la salud de la paciente prevalece sobre el ideario institucional. En casos en que no haya urgencia médica, si la institución privada ya ha manifestado que no va a practicar unas determinadas prestaciones, y no recibe fondos públicos, esta puede negarse a realizar aquellas prestaciones que no le son propias.

Por tanto, ningún tipo de institución puede declararse objetora de conciencia, aunque la institución privada puede manifestar públicamente su ideario sin consecuencias, pero

manifestar su ideario no es equiparable a ser objetor. La falta de eficacia de la declaración de objeción de conciencia de las instituciones privadas radica en que no se puede obligar a una institución privada a realizar prestaciones, que no recoge en su catálogo, por lo que aparentemente, declararse institución objetora carece de sentido. Generalmente se confunde la declaración de objetor de conciencia institucional, con la identificación del ideario que define el centro privado, pero no debemos olvidar que, si no existe una obligación, no se podrá ejercer la objeción de conciencia. Debe haber un deber previo al que objetar.

Sexta. La declaración del objetor de conciencia.

El profesional que objeta en conciencia, debe hacer una declaración expresa reconociendo su condición de objetor. Los motivos que llevan a la objeción pueden ser de todo tipo, ideológicos o morales, y no deben estar basados necesariamente en creencias religiosas. Es suficiente la alegación de esos motivos, sin que sea un requisito tener que demostrarlos o acreditarlos de ningún modo.

La objeción puede hacerse frente a prácticas en las que esté directamente involucrado. La declaración de la objeción debe incluir la práctica a la que objeta, de forma escrita y, en la medida de lo posible, previamente a su ejercicio, aunque ello no impide el reconociendo la objeción sobrevenida. La declaración puede hacerse de varias maneras: ante Notario, ante el Colegio de médicos correspondiente y/o ante el Comité de Ética del centro sanitario. Una vez formalizada la declaración, se entrega y comunica a su superior jerárquico, jefe de servicio o colegio profesional. Cabe recordar que, además, será necesario que el objetor consienta la cesión de los datos contenidos en dicha declaración, concretamente su condición de objetor, para que se inscriban en el registro correspondiente, con la diligencia oportuna y confidencialidad. Con el propósito de una coordinación posterior entre agentes sanitarios, con fines informativos, en aras a la organización del servicio.

Esta declaración contiene datos sensibles y, la información que la misma contiene, no podrá ser accesible sin ostentar interés legítimo. Los datos se encriptan, su acceso se registra siendo sólo son accesibles para determinados usos y se tratarían con la diligencia oportuna en todo momento. El objetor tiene también derecho a solicitar una relación de las consultas realizadas de su condición de objetor.

Los empleadores deben poder preguntar a los profesionales a los que contratan si son objetores de conciencia o no, para poder planificar el servicio. En Italia y Argentina se

adopta este sistema y no se contempla como invasivo de la privacidad de los profesionales, ni como una forma de discriminación en la contratación, aunque puede ser un motivo que lleve a la contratación, o no, del profesional.

Séptima. Sobre el modelo propuesta.

El *modelo propuesta* gira en torno a un nuevo protocolo de actuación frente al ejercicio de objeción de conciencia en el ámbito sanitario que permite una gestión ágil y eficaz. Se designa bajo ese nombre por ser un *modelo* de actuación configurado como *una propuesta*.

Este *modelo* se basa no en la captación de la declaración de objetor (ya obligatoria actualmente), sino en la autorización para la cesión del dato de la objeción a los pacientes, que pueden acceder a él a través de su historia clínica electrónica.

Su objetivo principal, conseguir un mejor funcionamiento y eficiencia de las instituciones sanitarias, garantizando las prestaciones, a las que tienen derecho, los usuarios. También se contempla, una mejoría en la información acerca de la cuestión. En el *modelo propuesta* el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria no sólo se examina, y se exige su registro. Los datos recabados deben transmitirse a los ciudadanos mediante, a poder ser, informes estadísticos informativos que atestigüen el estado de la cuestión y su evolución.

Octava. Sobre la contraprestación.

Dado que el precedente jurídico de la objeción de conciencia sanitaria, en España y a nivel mundial, es el ejercicio de la objeción de conciencia ante el servicio militar obligatorio, y dado que la objeción militar obligaba a cumplir una prestación sustitutoria, puede aplicarse esa idea también al ámbito sanitario. Si un profesional quiere dejar de cumplir una norma, y el Estado lo permite, ha de ser a cambio cumplir una obligación distinta.

El paralelismo entre el ámbito militar y sanitario, a efectos de contraprestación, no va mucho más allá. En primer lugar, cabe destacar de la prestación sustitutoria al servicio militar imponía obligaciones alternativas que no estaban relacionadas con el servicio militar. La obligación alternativa o sustitutoria consistía en el desarrollo de actividades de utilidad pública que no requirieran el empleo de armas, ni tuviesen relación con la institución militar. Y, aunque este tipo de prestación sustitutoria *a priori* parecía asumible, el problema era que

estas obligaciones, en muchas ocasiones, no se desempeñaban por el personal adecuado. La falta de conocimientos acerca de la labor sustitutiva se suplía con cursillos de capacitación, generalmente insuficientes. Así, por ejemplo, la asignación de los objetores a puestos de auxiliar de enfermería se hacía por objetores sin conocimientos sanitarios previos.

En segundo lugar, el dato que caracterizaba a la prestación sustitutoria era la duración. La obligación alternativa se realizaba durante más tiempo que la obligación original, lo que suponía un coste adicional, a modo de una sanción, para los que no realizaban el servicio militar obligatorio, y optaban por la objeción.

En el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria no podemos aplicar esas ideas a la prestación sustitutoria. En primer lugar, la obligación sustitutoria debe estar relacionada con su ámbito profesional. Esto podría llevar a realizar otros actos médicos distintos, o asumir tareas como la revisión de antiguos expedientes o historias clínicas. Realizar actos médicos distintos es posible en algunos casos (anestesista del servicio de ginecología que pasa al servicio de traumatología), pero no en otros (enfermera de cuidados paliativos). En todo caso, habrá que asegurar que conserva el mismo sueldo y condiciones laborales, y evitar imponer traslados laborales, que pueden ser perjudiciales para el objetor. En segundo lugar, la alternativa prestacional no puede tener una duración superior a la práctica objetada.

Sin embargo, una vez valorada la posibilidad de exigir una prestación sustitutoria en el ámbito sanitario, considero más oportuno la respuesta jurídica que lleva a un deber de contraprestación por parte del profesional, más que una prestación sustitutoria. Utilizo el término "contraprestación" porque la alternativa al deber objetado no sería únicamente el cumplimiento de otro, sino una autorización puntual: la cesión del dato de la objeción al paciente. No se trata de ceder el dato al centro mismo en el que presta el servicio, que es obvio y necesario para que el centro pueda planificar adecuadamente el servicio sanitario, evitando perjudicar a los pacientes o usuarios, sino de ceder el dato al paciente mismo.

Esta contraprestación, o carga, concede una ventaja organizativa y de gestión, tanto para el sistema sanitario como para el objetor. Estas ventajas organizativas surgen de la falta de interrupción de la prestación sanitaria. De este modo, al profesional objetor no le asignarán mujeres que puedan querer abortar. Y aunque es cierto que, en ocasiones, la decisión sobre interrumpir el embarazo o no interrumpirlo surge con posterioridad, ante una eventualidad imprevista, una vez a la mujer ya le han asignado un ginecólogo que resulta ser objetor, este sistema tiende a evitar todos los obstáculos que derivan del cambio de profesional tras el inicio del seguimiento del embarazo.

El objetor no debe realizar una prestación sustitutoria a la prestación original que deja de realizar, sino que el jefe de servicio, o la persona a quien correspondan las funciones organizativas de la institución, ya le asignan tareas acordes con su conciencia. Inevitablemente, siempre pueden aparecer circunstancias imprevisibles, como la objeción de conciencia sobrevenida, pero el *modelo propuesta* resuelve la mayoría.

De todos modos, lo característico del modelo propuesta es que el dato de la objeción se comparte con el paciente, pues la contraprestación consiste en la autorización a la cesión del dato con el paciente o usuario sanitario. Estos son cada vez más empoderados y exigen ser informados sobre los aspectos que pueden incidir en la prestación del servicio sanitario. Frente al derecho de información del paciente, incluido el dato de la objeción de conciencia del profesional, cabe oponer el derecho a la intimidad del objetor. Sin embargo, permitir al paciente o usuario acceder al dato de la objeción es imprescindible para el buen funcionamiento del sistema sanitario y, precisamente para evitar reticencias se impone esa autorización de la cesión del dato, a modo de contraprestación.

Novena. Los Registros de Objetores de Conciencia.

Los registros de objetores de conciencia son una consecuencia directa del ejercicio de la objeción de conciencia. Son una herramienta que permite disponer de los datos de la objeción, para conocer su contenido y alcance, lo cual permite gestionar adecuadamente el servicio, evitando programar o asignar ciertas prestaciones a los profesionales objetores, y permiten elaborar información estadística para conocer el alcance del fenómeno.

El registro concede máximos beneficios a un coste muy bajo. El registro se nutre de los datos que comunica el propio objetor. La inscripción en el registro es constitutiva, pues no puede haber objetores de conciencia que no estén registrados. Incluso la objeción de conciencia sobrevenida debe constar en el registro, una vez se produzca. Estos hechos, permitirán garantizar la veracidad de la condición de objetor, así como la fiabilidad de los datos. El registro puede ser específico e institucional, pero tiene vocación de ser un registro central, único y estatal.

La existencia de un registro no implica que la información sea pública y accesible a cualquiera que lo solicite. Únicamente será accesible a las personas que puedan tener un interés legítimo en conocer el dato. Aparte de las que tienen encomendadas funciones de organización y planificación del servicio, y las autoridades administrativas a efectos estadísticos, eso incluye a los pacientes o usuarios.

La cesión de los datos solo está justificado por tres finalidades básicas: control, información y autogestión. El control del registro de objetores de conciencia, como primer objetivo, se traduce en la tenencia de un registro, protegido legalmente como un fichero de datos, que dará repuesta a las solicitudes y demandas de todo tipo de implicados en materia de Salud.

El segundo objetivo de los registros de objeción de conciencia es la información. Es probable que, frente a la cesión de un dato sensible, que afecta a la intimidad personal de los profesionales, tal como la declaración de la condición de objetor de conciencia, puede generar recelos y riesgos de abuso. Sin embargo, dar a conocer la condición es indispensable para quedar exento del cumplimiento de ciertas obligaciones, por lo que resulta indispensable.

Como tercer y último objetivo de los registro de objetores de conciencia, la autogestión. La relación asistencial está cambiando, las necesidades de los pacientes, la forma de gestionar de los centros y, los usos de los medios de los que ya dispone la sanidad también. La herramienta de gestión más importante en el sistema sanitario es la historia clínica del paciente que, con el tiempo, se ha convertido en una historia clínica digital, con pretensión de ser historia clínica compartida. El profesional médico no será el único que pueda consultar la historia, también lo podrán hacer los pacientes amparados por su derecho a la autodeterminación informativa.

Cada vez hay un mayor nivel de exigencia del paciente que quiere información no solo sobre las enfermedades, su posible tratamiento y riesgos, sino sobre la asistencia misma. La capacidad de decidir, requerir más información e incluso cambiar de profesional son derechos de los pacientes, reconocidos en leyes especiales. Actualmente, el profesional únicamente está obligado a exponer su objeción ante una prestación concreta, cuando ya existe una relación asistencial, precisamente para evitarla. El registro de objetores trata de anticiparse a estas situaciones, para impedir que se produzca necesidad de reprogramar visitas, dilaciones indebidas e innecesarias, que redundan en la prestación de un servicio sanitario de calidad y eficiente.

Décima. El papel de los Comités.

Los comités de ética (CEA) son un órgano consultivo en todas las esferas de actuación, asistencia e investigación, así como en ámbito internacional, estatal o autonómico. Aunque el CEA no participe habitualmente en la prestación sanitaria, ni en la

organización del servicio, podría asumir un papel relevante en la recogida de la información. Los CEA pueden encargarse de recopilar toda la información e incluso crear por sí mismos el registro de su centro, pueden ser los encargados del tratamiento de datos del registro de objetores de conciencia y pueden ocuparse de transferir estos datos con fines estadísticos a quién tenga atribuida la competencia para realizar estos informes. Los informes estadísticos se elaborarán anualmente y, aunque se pueden elaborar a pequeña escala, por centros o por CCAA, sería conveniente que fueran recogidos y elaborados a nivel estatal.

También podrían actuar, a instancia de parte o de oficio, para evitar las declaraciones de objeción irregulares, denegando la inscripción de objetor de conciencia en el Registro. Además, podría intervenir en los conflictos entre profesionales objetores y pacientes o usuarios del servicio. Serían así como unos mediadores más eficaces y garantistas, sin tener que judicializar los conflictos.

En definitiva, el nuevo papel de los CEA con relación a la objeción de conciencia está relacionado a las funciones y atribuciones que, en *la propuesta*, le asigno, como organismo de control y gestión eficaz de la objeción de conciencia sanitaria

ANEXOS

ANEXO 1

Ej. Aguara Grande.

Objetores de conciencia -- CONSULTA

Búsqueda De Profesionales Que No Realizan Las Prácticas Seleccionadas

Localidad: AGUARA GRANDE | Nombre: | DNI: | Práctica: Aborto no punible especificand

Centro: CS AGUARA GRANDE | Apellido: | Práctica: Aborto no punible especificand

Profesionales Para Localidad AGUARA GRANDE - Centro CS AGUARA GRANDE - Practicas: Aborto No Punible Especificando Si Hay Limites De Conciencia En La Edad Gestacional En Que Se Presente El Caso

Nombre y Apellido	Prácticas Objetadas	Profesión
	Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso, Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso	Enfermero

Sectorial de Informática
Ministerio de Salud

Ej. Capivara.

Objetores de conciencia -- CONSULTA

Búsqueda De Profesionales Que No Realizan Las Prácticas Seleccionadas

Localidad: CAPIVARA | Nombre: | DNI: | Práctica: Aborto no punible especificand

Centro: CS CAPIVARA | Apellido: | Práctica: Aborto no punible especificand

Profesionales Para Localidad CAPIVARA - Centro CS CAPIVARA - Practicas: Aborto No Punible Especificando Si Hay Limites De Conciencia En La Edad Gestacional En Que Se Presente El Caso

Nombre y Apellido	Prácticas Objetadas	Profesión
	Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso, Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso	Agente Sanitario

Sectorial de Informática
Ministerio de Salud

Ej. Huanqueros.

Objetores de conciencia -- CONSULTA

Búsqueda De Profesionales Que No Realizan Las Prácticas Seleccionadas

Localidad: Nombre: DNI: Práctica: Centro: Apellido: Práctica:

Profesionales Para Localidad HUANQUEROS - Centro SAMCO HUANQUEROS - Practicas: Aborto No Punible Especificando Si Hay Limites De Conciencia En La Edad Gestacional En Que Se Presente El Caso

Nombre y Apellido	Prácticas Objetadas	Profesión
LUCILA, MARCELO	Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso	Enfermero
SANTOS, CARLOS	Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso	Agente Sanitario

Sectorial de Informática
Ministerio de Salud

Práctica 1.

Objetores de conciencia -- CONSULTA

Búsqueda De Profesionales Que No Realizan Las Prácticas Seleccionadas

Localidad: Nombre: DNI: Práctica: Centro: Apellido: Práctica:

Nombre y Apellido	Prácticas Objetadas	Profesión
	<ul style="list-style-type: none"> Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso Anticoncepcion de emergencia Anticoncepcion hormonal IM Anticoncepcion hormonal oral Atencion de menores de edad Atencion post aborto DIU c/progesterona DIU con cobre Ligadura tubaria MELA metodos basados en el conocimiento de la fertilidad Otras formas de anticoncepcion hormonal Otros metodos de barrera Preservativos Vasectomia 	

Sectorial de Informática
Ministerio de Salud

Práctica 2.

Objetores de conciencia -- CONSULTA

Búsqueda De Profesionales Que No Realizan Las Prácticas Seleccionadas

Localidad: Nombre: DNI: Práctica: Centro: Apellido: Práctica:

Nombre y Apellido	Prácticas Objetadas	Profesión
	<ul style="list-style-type: none"> Aborto no punible especificando si hay limites de conciencia en la edad gestacional en que se presente el caso Anticoncepcion de emergencia Anticoncepcion hormonal IM Anticoncepcion hormonal oral Atencion de menores de edad Atencion post aborto DIU c/progesterona DIU con cobre Ligadura tubaria MELA metodos basados en el conocimiento de la fertilidad Otras formas de anticoncepcion hormonal Otros metodos de barrera Preservativos Vasectomia 	

Sectorial de Informática
Ministerio de Salud

ANEXO 2

Países que se han pronunciado sobre objeción de conciencia

Pais	Denominación del Comité de Bioética	Aceso web	Observaciones relevantes
Bélgica	Comité Consultivo de Bioética de Bélgica	http://www.health.belgium.be/	Eutanasia, Rechazo de tratamientos Testigos de Jehová, DVA, Trasplantes e IVE derivada de diagnóstico prenatal
Dinamarca	Consejo Danés de Ética	http://www.etiskraad.dk	IVE, Eutanasia, Experimentación humano-animal
España	Comité de Bioética España	http://www.comitedebioetica.es/	IVE, Objeción de conciencia y Concebido no nacido
Francia	Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y Salud (CCNE)	http://www.ccne-ethique.fr/	Eutanasia, THRA, IVE y Experimentación animal
Italia	Comisión Nacional para la Bioética	http://presidenza.governo.it/bioetica/	Objeción de conciencia, THRA y Suicidio asistido medicamente
Luxemburgo	Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y Salud	http://www.cne.public.lu/fr.html	Autonomía del paciente, Suicidio Asistido y Aborto
México	Comisión Nacional de Bioética	http://www.bioetica.salud.gob.mx/diplomado_invest.html	CHB, CEIC y CNB
Polonia	Comisión de Bioética, Ministerio de Salud	http://www.mz.gov.pl/	IVE y Objeción a la vacunación
Portugal	Consejo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida	http://www.cnecv.gov.pt	IVE
Reino Unido	Fertilización Humana , Embriología (HFEA) y Consejo Nuffield sobre Bioética	http://www.hfea.gov.uk/ y http://nuffieldbioethics.org/	Medicina neonatal, neurotecnología, xenotrasplantes y salud pública (informes Consejo Nuffield). Sobretudo reconocen cláusula de conciencia en experimentación humano-animal.
San Marino	Comité de Bioética de San Marino	http://www.sanita.sm/on-line/home/bioetica/comitato-sammarinese-di-bioetica.html	Anticoncepción
Santa Sede	Consejo Pontificio de Asistencia Pastoral al Personal Médico	http://www.vatican.va	Límites morales de los médicos
Singapur	Comité Consultivo de Bioética de Singapur	http://bioethics-singapore.org/	Investigación humano-animal
Uruguay	Comisión de Bioética y Calidad en Salud Integra Atencion	http://www.msp.gub.uy/institucional/comision-de-bioetica-y-calidad-integral-de-la-atencion-de-la-salud	CB

Países que no se han pronunciado sobre objeción de conciencia

País	Denominación del Comité de Bioética	Acceso web	Observaciones relevantes
Albania	Comité de Bioética de Albania	No habilitado	Límites de la vida
Alemania	Deutscher Ethikrat	http://www.nationalerethikrat.de/	CEIC y Bioseguridad
Arabia Saudita	Comité Nacional de Medicina y Bioética	https://www.kacst.edu.sa	CEIC y Guía de práctica médica en relación a la Sharia
Argelia	Comité Nacional de Ética y Ciencias de la Salud	http://www.sante.dz/	CEIC y Vacunación
Argentina	Comité Nacional de Ética en la Ciencia y la Tecnología y Comité de ética en la investigación clínica	http://www.cecte.gov.ar/ y http://www.favaloro.edu.ar	Consentimiento Informado y Clonación
Australia	Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica, Comité de Salud Australiana	http://www.health.gov.au/	CEIC, CBA y biobancos.
Austria	Comisión de Bioética de Austria	https://www.bka.gv.at/bioethikkommission	CB
Azerbaiyán	Comité Nacional de Bioética de los Conocimientos científicos y la Tecnología	No habilitado	CB y CEA
Bangladesh	Comité Nacional de Ética de la Investigación	http://www.bmrcbd.org/	Salud Sexual y Reproductiva
Benín	Comité Nacional de Ética en Salud de buscados	http://www.ethique-sante.org/	Salud Sexual y Reproductiva
Bolivia	Comité Nacional de Bioética de Bolivia	No habilitado	En formación, instituciones académicas (sobre todo CEIC y Asesoría)
Brasil	Comité Nacional de ética en investigación	http://conselho.saude.gov.br/	CEIC
Camerún	Sociedad Bioética del Camerun	No habilitado	CB en forma de ONG
Canadá	Comisión de Ética de la Ciencia y la Tecnología (CEST), Institutos de investigación en salud canadienses (CIHR) y Consejo Nacional de ética en investigación humana	http://www.ethique.gouv.qc.ca , www.cihr-irsc.gc.ca , http://ncehr.cnerh.org	IVE
Chile	Comisión Nacional de Bioética	http://www.bioeticachile.cl/site/	CB
Chipre	Comité Nacional de Bioética Chipre	http://www.bioethics.gov.cy	CEIC y Constitución de Comités de Bioética
Colombia	Comisión Nacional de Bioética	http://www.unesco.org/uy/shs/red_cnb/fr/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/red-de-alc-de-comites-nacionales-de-bioetica/cnb-de-colombia.html	En formación, instituciones académicas y sobre todo creación de Grupo Asesor
Corea	Asociación Bioética de Corea	http://www.koreabioethics.net/	CEIC
Costa de Ivory	Comité Asesor Nacional de Bioética de la República de Costa de Ivory	No habilitado	En formación, instituciones académicas y sobre todo CEIC + asesoría
Cuba	Comité Nacional Cubano de Bioética	http://www.unesco.org/uy/shs/red_cnb/gn/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/red-de-alc-de-comites-nacionales-de-bioetica/cnb-de-cuba.html	En formación, instituciones académicas (sobre todo CEIC y Asesoría)
Ecuador	Comité Nacional de Bioética en Salud	http://www.salud.gob.ec/comision-nacional-de-bioetica-en-salud-cnbs/	CBA. Promocionan material en formación de bioética y humanidades (tema 32 objeción de conciencia en salud)
Egipto	Comité Nacional de Bioética egipcia	http://www.enrec.org/	CEIC
El Salvador	Comisión Nacional de Bioética del Salvador	http://www.unesco.org/uy/shs/red_cnb/pt/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/red-de-alc-de-comites-nacionales-de-bioetica/cnb-de-el-salvador.html	Tiene un blog desde 2012 (única doc.)
Eslovaquia	Comité central de Ética del Ministerio de Salud	www.health.gov.sk	CB y CEIC
Eslovenia	Comité Nacional de Ética Médica	http://www.kme-nmec.si/	CEIC

Estonia	Estonia Consejo de Bioética	http://www.eetikakeskus.ut.ee/en/estonian-council-bioethics-0	Códigos Éticos
Etiopía	Comité Nacional de Bio-Ética	No habilitado	Dept. de Ciencia y tecnología
EUA	Consejo Presidencial sobre la Bioética y Comisión Nacional de Asesoría en Bioética*	www.bioethics.gov	Asesoría cese en funciones desde 2001
Fiji	Fiji Comité de Revisión Ética de Investigación Nacional	www.health.gov.fj/fijihrp/	CEIC
Filipinas	Junta de Ética de Investigación de la Salud de Filipinas	http://www.ethics.healthresearch.ph/	CEIC
Finlandia	Consejo Asesor Nacional sobre Ética de la Investigación (ETENE) y Consejo Asesor Nacional de Bienestar Social y Salud	http://www.etene.fi/en/frontpage y http://www.tenk.fi/	CEIC
Gabón	Comité de Ética de Investigación Nacional	http://www.cirmf.ga/?page_id=1079	CEIC
Gambia	MRC Comité de Ética Conjunta	http://www.mrc.gm/	Vacunación
Georgia	Consejo Nacional de Bioética de Georgia (NBCG)	No habilitado	CB
Grecia	Hellenic Comisión Nacional de Bioética	http://www.bioethics.gr/	IVE y Fin de la vida
Haití	Comité Nacional de Bioética	No habilitado	Sin información desde su creación en 1999
Holanda	Dept. de Salud (GR) y Centro de Ética y Salud (CEG)	https://www.gezondheidsraad.nl y https://ceg.nl	CB, Aborto, fin de la vida y anti-hc3
Hungría	Centro de Innovación e Investigación de Agricultura Nacional *	http://www.naik.hu/en/	CEIC
India	Consejo Indio de Investigación Médica (CECHR) y Comité Nacional de Bioética	http://www.icmr.nic.in/bioethics.htm y No habilitado	CEIC
Irán	Comité de Bioética del Comité Nacional de Ética en Ciencia y Tecnología	No habilitado	CEA
Irlanda	Comité de Bioética de Irlanda	http://health.gov.ie/	Salud Sexual y Reproductiva en adolescentes, IVE y Políticas suscitadas tras Caso A, B y C (TEDH)
Islandia	Comité Nacional de Bioética de Islandia	http://www.vsn.is/	CEIC
Israel	Comité de Bioética de la Academia Israelí de Ciencias y Humanidades	http://bioethics.academy.ac.il/english/main-e.html	Docs. sobre religión
Jamaica	Comité Nacional de Bioética de Jamaica	http://jncunesco.gov.jm/bioethics/	CEIC
Japón	Comité de Seguridad del Consejo de Bioética de Ciencia y Tecnología	http://www.mext.go.jp/en/	CEIC
Jordania	Comité Nacional de Bioética de Jordania	No habilitado	UNESCO
Libano	Consejo Nacional de la Investigación científica, Comité de Bioética (CNRS)	http://www.cnrs.edu.lb/english/home	CEIC
Lituania	Comité de Bioética de Lituania	http://bioetika.sam.lt/index.php?-1876243809	IVE y Fin de la vida
Madagascar	Comité de Ética Biomédica del Ministerio de Salud	No habilitado	CEIC
Mali	Comité Nacional	No habilitado	Asesoría en Facultad de medicina
Malta	Ministerio de Salud, Edad y Asistencia social	http://health.gov.mt/en/Pages/health.aspx	Células madre y THRA
Mauricio	Comité Nacional de Ética de Mauricio	http://ncb.intnet.mu/moh/	CEIC
Nepal	Nepal Consejo de Investigación de la Salud	http://www.nhrc.org.np/	CEIC
Nigeria	Comité Nacional de Ética de Nigeria	http://nhrec.net/nhrec-biobank-notification-form/	CEIC
Noruega	Comité Nacional de Ética en Investigación, Consejo Asesor de Biotecnología en Noruega y Comité Nacional de Ética de la Investigación en las Ciencias Sociales y las Humanidades	https://www.ettkom.no/ y http://www.bion.no	Comité especializado en biotecnología y CEIC

La objeción de conciencia en sanidad: contraprestación y registro de objetores

Nueva Zelanda	Comités Nacionales de Ética de Investigación (HRCEC), "Toi te taitao": Consejo de Bioética, Comité de Asesoría de Ética Nacional (NEAC) y Comité de ética Nacional sobre Reproducción Humana Asistida (NECAHR)	http:// www.hrc.govt.nz , http://neac.health.govt.nz/ , http:// www.bioethics.org.nz y No habilitado	CEIC, CEA, Promoción de debate bioético y THRA
Países Bajos	El Consejo de Salud de los Países Bajos	http://www.healthcouncil.nl	CB, CEIC
Pakistan	Comité Nacional de Bioética (NBC) de Pakistán	http://nbcakistan.org.pk/	CEIC, CEA Y CB
Paraguay	Comité Nacional de Bioética	No habilitado	En proceso de creación desde 2013 véase http://www.diputados.gov.py/plenaria/150610-SO/pdf150610so/13.pdf
República Árabe de Siria	Comité Nacional de Bioética de Siria	No habilitado	CB
República Checa	La Comisión de Bioética del Consejo de Investigación y Desarrollo (Bioetika Komise RVV) y Comité central de Ética del Ministro de Salud de la República Checa	http://www.vyzkum.cz/FrontClanek.aspx?idsekce=668 y No habilitado	CEIC
República democrática del Congo	Comité Nacional de Ética	No habilitado	UNESCO
República Dominicana	Comisión Nacional de Bioética de la República Dominicana	No habilitado	UNESCO
República Islámica de Iran	Comité de Bioética, Comité Nacional para la Ética en Ciencia y Tecnología	No habilitado	UNESCO
Rumania	Comisión Nacional de Rumanía con pertenencia a la Unesco	No habilitado	UNESCO
Rusia	Comité de Bioética de Rusia	http://www.bioethics.ru	Bioteología
Serbia	Comité Nacional para la Comisión de Bioética de la UNESCO Serbia	https://www.sanu.ac.rs/english/Bioethics/Bioethics.aspx	CB
Sri Lanka	Comité Nacional de Ética en Ciencia y Tecnología	http://www.nsf.ac.lk/	CEIC
Sudáfrica	Consejo Nacional de Salud de Ética de Investigación	http://www.nhrec.org.za/	CEIC
Sudán	Comité de Revisión Ética de Investigación Nacional de Salud	http://www.fmoh.gov.sd/	CEIC
Suecia	Consejo Nacional Sueco de Ética Médica	http://www.smer.gov.se/	CB
Suiza	Comisión Consultiva Nacional Suizo de Ética Biomédica y Comité Federal de Ética sobre Biotecnología No Humana (ECNH)	http://www.nek-cne.ch/ y http://www.ekah.admin.ch	CB, CEA y CEIC
Tailandia	Comité de Ética del Ministerio de Salud Pública	http:// www.dms.moph.go.th	CB
Taiwan	Ministerio de Ciencia y Tecnología, ROC	https://www.most.gov.tw	Células madre y CEIC
Túnez	Comité Nacional de Ética Médica de Túnez	http://www.comiteethique.rns.tn/	CB
Turquía	Comité especial de Bioética para la Comisión Nacional de Turquía para la UNESCO	No habilitado	UNESCO
Ucrania	Comisión de Bioética adscrita al Consejo de Ministros de Ucrania	No habilitado	CB
Uganda	Comité Nacional de Bioética de Uganda y Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología	No habilitado y https://uncst.go.ug/	CEIC
Uzbekistán	Comité Nacional de Bioética de la República de Uzbekistán	No habilitado	CB habilitado mediante ONG
Venezuela	Comisión Nacional de Bioética y Bioseguridad en Salud	http://www.unesco.org/uy/shs/red_cnb/gn/areas-de-trabajo/ciencias-sociales/bioetica/red-de-alc-de-comites-nacionales-de-bioetica/cnb-de-venezuela.html	Bioseguridad

ANEXO 3

https://lamevasalut.gencat.cat/ca/group/cps/dades-personals

Requisits mínims | Manual d'Usuari | Glossari | Preguntes Freqüents | Privadesa i Seguretat | [Opina sobre La Meva Salut](#) | A A A

la meva salut

Dades personals

SILVIA NAVARRO CASADO

CIP: Código de identificación del paciente
 Data de naixement: Fecha de nacimiento
 Document d'identitat: DNI o NIE
 Adreça: Dirección del paciente
 Municipi: Nombre y dirección del centro médico al que está asignado el paciente.
 CP: Equip d'atenció domiciliaria
 Telèfon 1: Teléfonos de contacto
 Telèfon 2: Última connexió 29/04/2017 - 10:56

Equip d'atenció primària

Metge/essa d'atenció primària: Facultativo / a
 Infermer/a d'atenció primària: Enfermero / a

Equip d'atenció primària

Equip d'atenció primària: Nombre y dirección del centro médico al que está asignado el paciente.
 Equip d'atenció domiciliaria

El paciente puede ver que facultativos han visitado su información personal.

Si alguna d'aquestes dades no és correcta, adreceu-vos al vostre CAP

https://lamevasalut.gencat.cat/ca/group/cps/informacio-clinica

Generalitat de Catalunya
 Departament de Salut

CatSalut
 Servei Català de la Salut

SILVIA NAVARRO CASADO | Desconnexió

la meva salut

Requisits mínims | Manual d'Usuari | Glossari | Preguntes Freqüents | Privadesa i Seguretat | [Opina sobre La Meva Salut](#) | A A A

Informació clínica

En aquesta secció podeu accedir a la vostra informació clínica. Si trobeu a faltar alguna dada o informe que considereu rellevant, poseu-vos en contacte amb el centre on va ser atès. Per a més informació, podeu consultar el Manual d'Usuari.

Informes clínics | Diagnòstics | Vacunes

Tipus d'informe: Centre sanitari: 29-04-2007 29-04-2017 **Cercar**

Tipus d'informe	Diagnòstic	Servei	Centre sanitari	Data
S'ha trobat un total de 36 resultats. Mostrant del 1 al 6				

Tabla donde se pueden revisar el historial de visitas del paciente, centro médico, tipo de visita, fecha e informe.
 El paciente puede descargarse el informe via PDF.

Canal Salut [®]
 El Canal Salut és el portal de salut de la Generalitat de Catalunya basat en residència científica i avalat pel Departament de Salut.

061 CatSalut Respon
 CatSalut Respon [®]
 Connecta't al Xat, servei de consultes i d'informació de salut. Les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any.

© Generalitat de Catalunya 2016 | Departament de Salut

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

CatSalut
Servei Catal3n de la Salut

SILVIA NAVARRO
CASADO

Requisits m3nims | Manual d'Usuari | Glossari | Preguntes Freqüents | Privadesa i Seguretat | Opina sobre La Meva Salut | A A A

la meva salut

Dades personals | **Informaci3n cl3nica** | Medicaci3n | Voluntats i donacions | Tr3mits i serveis | Els meus controls | La meva agenda

Motivo de asistencia	Centro	Fecha	Facultativo
IVE*	Centro m3dico visitado	dd/mm/aa	Nombre del profesional
PDD*	Centro m3dico visitado	dd/mm/aa	Nombre del profesional
Tratamientos hemoderivados	Centro m3dico visitado	dd/mm/aa	Nombre del profesional
Vacunaci3n	Centro m3dico visitado	dd/mm/aa	Nombre del profesional

El asterisco supone una dificultad en la pr3ctica habitual del procedimiento, traducida en la condici3n de objetor ejerciente del profesional asignado inicialmente.

S'ha trobat un total de 12 resultats. Mostrant del 1 al 6

Tr3mits i serveis - Departamen...

Elecci3n i canvi de metge o metgessa en el vostre centre

Pas 1 (de 4): Identifiqueu-vos

En aquest apartat podeu escollir qualsevol professional de medicina de fam3lia o pediatria que voleu que us visiti, **dels centres gestionats per l'ICS**. Si ja teniu un professional assignat, podeu canviar-lo per un altre en funci3n de les vostres necessitats.

L'elecci3n i el canvi de metge o metgessa s3n possibles sempre que es facin entre professionals del vostre equip d'atenci3n prim3ria. Si durant el proc3s us equivoqueu, podeu rectificar i tornar-ho a intentar fins a 2 cops en 24 hores. Si supereu aquest nombre de canvis, haureu d'esperar un termini de sis mesos per utilitzar aquesta opci3n una altra vegada.

En cas que el canvi de metge sigui amb motiu d'un canvi de domicili que impliqui tamb3 un canvi d'equip d'atenci3n prim3ria, cal que us adreceu directament al centre que us correspon, on tamb3 podeu demanar la targeta sanitat3ria individual, si no en teniu.

3s imprescindible que us identifiqueu mitjançant el codi d'identificaci3n personal (CIP) de la vostra targeta sanitat3ria individual, tal com mostra la imatge següent, sense espais entre lletres i n3meros.

Introduïu el codi d'identificaci3n personal (CIP)

Si no sabeu quin 3s el vostre centre, el [podeu con3ixer](#) a partir de la vostra adreça.

Podeu obtenir m3s informaci3n sobre la targeta sanitat3ria individual a la p3gina web del [CatSalut](#).

https://ws1.ics.gencat.cat/Visites/Serveis/canvi_metge/LlistaMetges.aspx?param=WNdau+QJr5jaVnWiyI Tràmits i serveis - Departamen...

Elecció i canvi de metge o metgessa en el vostre centre

Pas 2 (de 4): Escolliu el professional

Aquests són els professionals de medicina de família del vostre equip d'atenció primària. Podeu escollir els professionals que figuren en color negre. En cas que vulgueu escollir un metge o metgessa marcat en color gris, adreceu-vos al centre.

Les vostres dades


Nombre del paciente

Centro médico asignado

El vostre metge actual és: **Médecio actual**

Horari:

- dilluns, de 08:10 a 10:30
- dimecres, de 15:10 a 20:00
- dijous, de 08:10 a 14:00
- divendres, de 08:10 a 11:30



Lista de professionals

Facultativo 1 *	X
Facultativo 2	X
Facultativo 3	X
Facultativo 4 *	X
Facultativo 5	X
Facultativo 6	X

El asterisco indica la posibilidad del ejercicio de objeción de conciencia por parte del profesional dentro de su servicio, a realizar alguna de las prestaciones que en él se comprenden.

https://lamevasalut.gencat.cat/ca_ES/group/cps/audit-ciutada?p_p_id=hc3lmsauditCiutada_WAR_hc3l Audit Ciutada - Departame... Desconectió CASADO

Generalitat de Catalunya Departament de Salut **CatSalut** Servei Català de la Salut

SILVIA NAVARRO CASADO > Desconectió

la meva salut cat@salut

Requisits mínims | Manual d'Usuari | Glossari | Preguntes Freqüents | Privadesa i Seguretat | Opina sobre La Meva Salut | A A A

Dades personals | Informació clínica | Medicació | Voluntats i donacions | Tràmits i serveis | Els meus controls | La meva agenda

Accesos a la meva informació

En aquesta pàgina podreu consultar els accessos realitzats a les vostres dades per part dels professionals sanitaris. Al llistat es mostren els darrers accessos de l'últim mes. En cas de voler consultar tots els accessos seleccioneu l'opció "Mostrar tots".

Accessos HCCC Mostrar tots

Fecha de acceso	Centro sanitario	Información consultada
dd/mm/aa	Centro médico visitado	IVE
dd/mm/aa	Centro médico visitado	PDD
dd/mm/aa	Centro médico visitado	Tratamientos hemoderivados
dd/mm/aa	Centro médico visitado	Vacunación

Canal Salut

El Canal Salut és el portal de salut de la Generalitat de Catalunya basat en l'evidència científica i avalat pel Departament de Salut.

061 CatSalut Respon

CatSalut Respon

Connecta't al Xat, servei de consultes i d'informació de salut. Les 24 hores del dia, els 365 dies de l'any.

© Generalitat de Catalunya 2016 | Departament de Salut

BIBLIOGRAFÍA

Bibliografía

- ABELLÁN GARCIA, Fernando y SÁNCHEZ CARO, Javier. *Salud sexual y reproductiva: Aspectos científicos, éticos y jurídicos*, Granada: Comares, 2010.
- ABELLÁN HONRUBIA, Victoria. « Derechos fundamentales y ciudadanía de la Unión» . En: OLESTI RAYO, Andreu (coord.), *Lecciones de Derecho Comunitario Europeo*, Barcelona: Ariel, 2014.
- ABIZANDA CAMPOS, Ricardo (et al.). «Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva», *Medicina intensiva*, vol. 18, núm. 3, 1994.
- ABRAMOVICH, Víctor y COURTIS, Christian. «El acceso a la información como derecho». En: DUHALDE, Eduardo Luis (ed.). *Anuario de Derecho a la Información*, vol. 1, 2000.
- *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires: Editores del Puerto, 2006.
- ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian; FERRAJOLI, Luigi. *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid: Trotta, 2002.
- ACEVEDO, Gabriel Esteban; MARTÍNEZ, Gustavo Adolfo; ESTARIO, Juan Carlos. *Manual de Salud Pública/Manual of Public Health, Salud ambiental* (col.), Córdoba: Brujas, 2007.
- ADRIASOLA, Gabriel. «La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo: ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias?», *Revista Médica del Uruguay*, vol. 29, núm. 1, 2000.
- AGATONE, Silvana. "On Paper, Italy Allows Abortions, but Few Doctors Will Perform Them", *New York Times*, de 16 de enero de 2016. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2016/01/17/world/europe/on-paper-italy-allows-abortions-but-few-doctors-will-perform-them.html?_r=2>

AHUMADA RUIZ, Marian. «Una nota sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios», *Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, núm. 35, 2017.

ALARCÓN SEVILLA, Verónica. «Los registros públicos de médicos objetores de conciencia al aborto: libertad de conciencia, intimidad y protección de datos». En: CHIEFFI, Lorenzo y SALCEDO HERNANDEZ, José Ramón. *Questioni di inizio vita. Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, Milán: Mimesis Edizioni, 2020.

ALARCOS MARTÍNEZ, Francisco José. *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada: Comares, 2011.

- «Aproximación a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario». *Proyección: Teología y mundo actual*, núm. 240, 2011.

- «Aproximación a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario». *Selecciones de teología*, núm. 202, 2012.

ALBERT MÁRQUEZ, Marta María. «El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el contexto de «nuevos derechos»: Los casos del aborto y la eutanasia», *Revista de la Universidad de Deusto*, vol. 66, núm. 2, 2018.

ALEMANY GARCÍA, Macario. «El concepto y la justificación del paternalismo», *DOXA: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, núm. 28, 2005.

ALEGRE, Marcelo. *Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva*, CEDES: Argentina, 2009.

ALEXY, Robert. *El concepto y la validez del derecho*. Filosofía del Derecho (col.). Barcelona: Gedisa, 1994.

- *Tres escritos sobre Derechos Fundamentales y la Teoría de los Principios*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003.

- *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007.

- *Derechos sociales y ponderación*. México: Fontamara, 2010.

- ALFONSO GALÁN, MARÍA Teresa. «Ley 29/2006 del Medicamento: aspectos éticos de la norma, relaciones interprofesionales y objeción de conciencia», *Actualidad de derecho sanitario*, núm. 133, 2006.
- ABELLÁN GARCIA, Fernando y SÁNCHEZ CARO, Javier. *Salud sexual y reproductiva: Aspectos científicos, éticos y jurídicos*, Granada: Comares, 2010.
- ABELLÁN HONRUBIA, Victoria. « Derechos fundamentales y ciudadanía de la Unión» . En: OLESTI RAYO, Andreu (coord.), *Lecciones de Derecho Comunitario Europeo*, Barcelona: Ariel, 2014.
- ABIZANDA CAMPOS, Ricardo (et al.). «Limitación del esfuerzo terapéutico. Encuesta sobre el estado de opinión de los profesionales de la medicina intensiva», *Medicina intensiva*, vol. 18, núm. 3, 1994.
- ABRAMOVICH, Víctor y COURTIS, Christian. «El acceso a la información como derecho». En: DUHALDE, Eduardo Luis (ed.). *Anuario de Derecho a la Información*, vol. 1, 2000.
- *El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*, Buenos Aires: Editores del Puerto, 2006.
- ABRAMOVICH, Víctor; COURTIS, Christian; FERRAJOLI, Luigi. *Los derechos sociales como derechos exigibles*, Madrid: Trotta, 2002
- ACEVEDO, Gabriel Esteban; MARTÍNEZ, Gustavo Adolfo; ESTARIO, Juan Carlos. *Manual de Salud Pública/Manual of Public Health, Salud ambiental* (col.). Córdoba: Brujas, 2007.
- ADRIASOLA, Gabriel. «La objeción de conciencia y la interrupción voluntaria del embarazo: ¿Cómo conciliar su ejercicio con los derechos de las usuarias?», *Revista Médica del Uruguay*, vol. 29, núm. 1, 2000.
- AGATONE, Silvana. "On Paper, Italy Allows Abortions, but Few Doctors Will Perform Them", *New York Times*, de 16 de enero de 2016. Disponible en: <https://www.nytimes.com/2016/01/17/world/europe/on-paper-italy-allows-abortions-but-few-doctors-will-perform-them.html?_r=2>
- AHUMADA RUIZ, Marian. «Una nota sobre la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios», *Revista jurídica Universidad Autónoma de Madrid*, núm. 35, 2017.

ALARCÓN SEVILLA, Verónica. «Los registros públicos de médicos objetores de conciencia al aborto: libertad de conciencia, intimidad y protección de datos». En: CHIEFFI, Lorenzo y SALCEDO HERNANDEZ, José Ramón. *Questioni di inizio vita. Italia e Spagna: esperienze in dialogo*, Milán: Mimesis Edizioni, 2020.

ALARCOS MARTÍNEZ, Francisco José. *Objeción de conciencia y sanidad*, Granada: Comares, 2011.

- «Aproximación a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario». *Proyección: Teología y mundo actual*, núm. 240, 2011.

- «Aproximación a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario». *Selecciones de teología*, núm. 202, 2012.

ALBERT MÁRQUEZ, Marta María. «El papel de la administración en la determinación del contenido del derecho a la objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en el contexto de «nuevos derechos»: Los casos del aborto y la eutanasia», *Revista de la Universidad de Deusto*, vol. 66, núm. 2, 2018.

ALEMANY GARCÍA, Macario. «El concepto y la justificación del paternalismo», *DOXA: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, núm. 28, 2005.

ALEGRE, Marcelo. *Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva*, CEDES: Argentina, 2009.

ALEXY, Robert. *El concepto y la validez del derecho*. Filosofía del Derecho (col.). Barcelona: Gedisa, 1994.

- *Tres escritos sobre Derechos Fundamentales y la Teoría de los Principios*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2003.

- *Teoría de los derechos fundamentales*. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007.

- *Derechos sociales y ponderación*. México: Fontamara, 2010.

ALFONSO GALÁN, MARÍA Teresa. «Ley 29/2006 del Medicamento: aspectos éticos de la norma, relaciones interprofesionales y objeción de conciencia», *Actualidad de derecho sanitario*, núm. 133, 2006.

ALISTE SANTOS, Tomás Javier. «Tutela judicial de la libertad de conciencia de los profesionales sanitarios ante la cuestión del aborto y su actual regulación en el derecho español», *Diario La Ley*, núm. 7595, 2011.

ALMEIDA- FILHO, Naomar y SILVA PAIM, Jairnilson. «La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica», *Cuadernos médico sociales*, núm. 75, 1999.

ALTISENT TROTA, Rogelio. «Ética, deontología y derecho: lógicas diferentes en una misma dirección», *Atención primaria*, vol. 39, núm. 5, 2007.

- «La gestión de la autonomía en la práctica clínica», *Eidon: revista de la fundación de ciencias de la salud*, núm. 39, 2013.

ALTISENT TROTA, Rogelio; BUIL TRICAS, Begoña; DELGADO MARROQUÍN, María Teresa. «Objeción de conciencia en la profesión médica: propuesta de validación», *Medicina Clínica*, vol.137, núm. 8, 2011.

- «Are ethics committees in tune with the “epidemiology of ethical issues”?», *The American Journal of Bioethics*, vol. 12, núm. 11, 2012.

ALTISENT TROTA, Rogelio; MARTÍN ESPÍLDORA, Nieves; DELGADO MARROQUÍN, María Teresa. «Health care ethics consultation. Individual consultant or committee model?: pros and cons», *The American Journal of Bioethics*, vol. 13, núm. 2, 2013.

ALVARIZA ALLENDE, Rafael y CRUZ ÁNGELES, Jonatan. «Secularización, laicismo y reformas liberales en Uruguay», *Revista Estudios Jurídicos. Segunda Época*, núm. 14, 2014.

ANDORNO, Roberto. «Hacia un derecho internacional de la bioética: el ejemplo de la Convención europea de derechos humanos y biomedicina», *Revista electrónica de estudios internacionales*, núm. 3, 2001.

APARICIO ALDANA, Rebeca Karina. «Derecho de objeción de conciencia del personal médico y aborto. Análisis de una propuesta legislativa y de una sentencia del tribunal constitucional de España», *Prudentia Iuris*, núm. 83, 2017.

APARICIO WILHELMI, Marco y PISARELLO PRADOS, Gerardo. «Los derechos humanos y sus garantías: nociones básicas». En: BONET PÉREZ, Jordi y SÁNCHEZ SÁNCHEZ, Víctor Manuel. (coords.). *Los derechos humanos en el siglo XXI: continuidad y*

cambios, Barcelona: Huygens, 2008.

APARISI MIRALLES, Ángela, y LÓPEZ GUZMAN, José. «El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal», *Persona y Bioética*, vol. 10, núm. 1, 2006.

- «El derecho a la objeción de conciencia en el supuesto del aborto. De la fundamentación filosófico-jurídica a su reconocimiento legal», *Biomedicina*, nov-dic, 2009.

ARECES PIÑOL, María Teresa. «Autonomía de los pacientes y objeción de conciencia en el ámbito sanitario», *Anuario de derecho eclesiástico del Estado*, núm. 29, 2013.

ARIZA NAVARRETE, Sonia. «Objeción de conciencia sanitaria: un estudio exploratorio sobre su regulación». EN: RAMÓN MICHEL, Agustina y BERGALLO, Paola (comp.). *La reproducción en cuestión: investigaciones y argumentos sobre el aborto*, Buenos Aires: Eudeba, 2018.

ARIZA NAVARRETE, Sonia y RAMÓN MICHEL, AGUSTINA. «Objeción de conciencia y aborto». En: RAMOS, Silvina. *Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia*, Cedex: Buenos Aires, 2015.

- *Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia. Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina*, Buenos Aires: Cedes e Ipas, 2018.

ARLETTAZ, Fernando. «Objeción de conciencia: consideraciones sobre España a la luz de la jurisprudencia europea», *Revista Internacional de Derechos Humanos*, año 3, núm. 3, 2013.

ARELLANO RODRÍGUEZ y José; FARIAS TRUJILLO, Eduardo. «Laicidad: principio ético de inclusión de las perspectivas religiosas en los dilemas morales», *Sincronía*, núm. 75, 2019.

ARGÜELLES MORA, Almudena. «Objeción de conciencia de los pacientes en tiempos del Covid-19 y el Estado de Alarma. Limitación de derechos fundamentales», *Diario La Ley*, núm. 9610, 2020. Disponible en: https://diariolaley.laleynext.es/Content/Documento.aspx?params=H4slAAAAAAAAEAMtMSbF1CTEAAmMDcwtDS7Wy1KLizPw8WyMDI6CYsQFIIDOt0iU_OaSyINW2pKg0FQCrEWuONAAAAA==WKE#nDT0000307819_NOTA1.

- ARNESON, Richard J. «Equality and equal opportunity for welfare». En: CAMPBELL, Tom y MANCILLA, Alejandra. *Theories of Justice*. Londres: Routledge, 2017.
- ASIAÍN PEREIRA, Carmen. «Comentarios al proyecto de ley de reconocimiento de la libertad de conciencia e ideario», *Revista de derecho Facultad de Montevideo*, 2013
- «Objeción de conciencia y libertad de conciencia: Normativa vigente en la salud en Uruguay», *Revista de Derecho (Universidad Católica Dámaso A. Larrañaga, Facultad de Derecho)*, núm. 14, 2016.
- ASÍS ROIG, Rafael de. «Las tres conciencias». En: VV. AA. *Ley y conciencia: moral legalizada y moral crítica en la aplicación del Derecho*, Madrid: Universidad Carlos III de Madrid, 1993.
- Asociación de Derechos Civiles. Aborto no punible. «El fallo “F. A.L. S/medida autosatisfactiva” ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?», *Revista Cuestión de Derechos de la ADC*, agosto 2012.
- ASOCIACIÓN NACIONAL PARA LA DEFENSA DEL DERECHO DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA (ANDOC). *Informe sobre vulneraciones al derecho de objeción de conciencia de los profesionales de la sanidad pública ante el aborto y técnicas de cribado prenatal*, de 21 de junio de 2011.
- ATIENZA RODRÍGUEZ, Manuel. «Para una razonable definición de «razonable»», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 4, 1987.
- Las razones del Derecho. *Teorías de la argumentación jurídica*. Ciudad de México: UNAM, 2005.
- ATIENZA RODRÍGUEZ, Manuel y RUÍZ MAÑERO, Juan. «Argumentación e ilícitos atípicos», *Revista de Ciencias Sociales*, vol. 45, 2000.
- *Ilícitos atípicos. Sobre el abuso del derecho, el fraude de ley y la desviación de poder*, Madrid: Trotta, 2006.
- AUSÍN DÍEZ, Txetxu. «¿Cabe un abuso de los derechos positivos?». En: PEÑA, Lorenzo y AUSÍN DÍEZ, Txetxu (coords.). *Los derechos positivos las demandas justas de acciones y prestaciones*, México- Madrid: CSIC-Plaza Valdés, 2006.

ÁVILA OLIVARES, Jose Antonio; BELLVER CAPELLA, Vicente; GORDO CASAÑ, Eugenia; CASTELLÓ LÓPEZ, María Isabel. «La ética como misión de la Organización Colegial de Enfermería: evolución histórica en España», *Metas de enfermería*, vol. 14, núm. 10, 2011.

CAPELLA, Vicente; GORDO CASAÑ, Eugenia; CASTELLÓ LÓPEZ, María Isabel. «La ética como misión de la Organización Colegial de Enfermería: evolución histórica en España», *Metas de enfermería*, vol. 14, núm. 10, 2011.

AZULAY TAPIERO, Armando. «Los principios bioéticos: ¿se aplican en la situación de enfermedad terminal?», *Anales de Medicina Interna*, vol. 18, núm. 12, 2001.

BALAGUER PERIGÜELL, Emilio. «Objeción de conciencia en los sistemas sanitarios de los países desarrollados», *Anales (Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana)*, núm.13, 2012.

BARRERO ORTEGA, Abraham, « La objeción de conciencia del paciente a tratamientos médicos». En: RUIZ DE LA CUESTA, Antonio. *Ética de la vida y salud: su problemática biojurídica*, Sevilla: Universidad de Sevilla, 2008.

- «La objeción de conciencia farmacéutica», *Revista de estudios políticos*, núm. 172, 2016.

- «Libertad y objeción de conciencia en la Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea». En: GOMEZ ABEJA, Laura (ed.). *El Estado de Derecho ante el cuestionamiento ideológico de las obligaciones jurídicas*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2019.

BARROSO ASENJO, Porfirio y CALVACHE PÉREZ, Laura. «Comités de ética asistencial (CEA) en España y en Europa», *Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. 5, núm. 2, 1999.

BARROSO ASENJO, Porfirio y CARO GIL, Raquel. «Papel, funciones, implantación y efectividad de los comités de ética asistencial en España», *Cuadernos de Bioética*, vol. IX, núm. 35, 1998.

BARROSO ASENJO, Porfirio y GARCÍA IZAGUIRRE, Clara. «Situación actual de los comités de ética asistencial en los hospitales de comunidades autónomas y privados de España», *Bioética y Ciencias de la Salud*, vol. 4, núm. 1, 2000.

- BECA, Juan Pablo y ASTETE, Carmen. «Objeción de conciencia en la práctica médica», *Revista médica de Chile*, vol. 143, 2015.
- BELTRÁN AGUIRRE, Juan Luis. «Una propuesta de regulación de la objeción de conciencia en el ámbito de la asistencia sanitaria», *Derecho y Salud*, vol. 16, núm. 1, 2008.
- «Registro de los profesionales sanitarios objetores de conciencia. Cuestiones en torno a la constitucionalidad con motivo del recurso de inconstitucionalidad formulado contra la ley foral 16/2010, de 8 de noviembre que crea un registro de profesionales objetores de conciencia a realizar al IVE», *Revista jurídica de Navarra*, núm. 52, 2011.
 - «Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Análisis crítico en relación con los derechos ciudadanos y las competencias autonómicas», *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 3, 2012.
 - «La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: últimas aportaciones judiciales», *Revista Arzadi Doctrinal*, núm. 11, 2013.
- BENTHAM, Jeremy. *Deontology; or, The Science of Morality: In two volumes*. Boston: Adamant Media Corporation, 2014.
- BERGEL, Salvador Dario. «A diez años de la Declaración Universal de la UNESCO sobre Bioética y Derechos Humanos: sus méritos y su futuro», *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*, núm. 43, 2015.
- BERNAD PÉREZ, Luisa; SERRAT MORÉ, Dolores. «Las profesiones sanitarias ante la objeción de conciencia», *Cuadernos de bioética*, vol.8, núm. 30, 1997.
- BERNAL CAMARGO, Diana Rocío. «La solidaridad y las declaraciones internacionales de derechos humanos y bioética: el caso del derecho a la salud en pueblos indígenas colombianos», *Acta Bioethica*, vol. 1, núm. 19, 2013.
- BESTARD CAMPS, Joan. «Los hechos de la reproducción asistida: entre el esencialismo biológico y el constructivismo social/The facts of assisted reproduction: between biological essentialism and social constructivism», *Revista de Antropología Social*, vol. 18, 2009.
- BETANCOURT, Gilberto de Jesús. «Limitación del esfuerzo terapéutico y principios bioéticos en la toma de decisiones». *Humanidades médicas*, vol. 14, núm. 2, 2014.

- BILCHITZ, David. «Is the constitutional court wasting away the rights of the poor? *Nokotyana v Ekurhuleni Metropolitan Municipality: notes*», *South African Law Journal*, vol. 4, núm. 127, 2010.
- BLANCO ALVARADO, Daniela Juliana, «La Historia Clínica: Algunos comentarios desde la Medicina y el Derecho», *Revista Verba Iuris*, núm. 14, vol. 42, 2019.
- BLANCO MERCADÉ, Antonio. «La objeción de conciencia a examen». En: LOPEZ FRIAS, Francisco Javier (et al.). *Bioética, neuroética, libertad y justicia*, Comares: Valencia. 2013.
- BLENGIO VALDÉS, Mariana. *La dignidad humana en la Constitución Nacional*. Montevideo: Publicación de la Cátedra UNESCO Universidad de la República, 2003.
- BOBBIO, Norberto. *Teoría general del Derecho*. Bogotá: Temis, 1997.
- *Teoría general de la política*, 3a edición, Madrid: Trotta, 2013.
- BODNAR, Andrea. «Case-law concerning the availability of services for terminating pregnancy in Poland». En: NOWICKA, Wanda. (ed.). *Reproductive Rights in Poland*, Varsovia: Federation for Women and Family Planning, 2008.
- BONILLA SÁNCHEZ, Juan José. «La objeción de conciencia del personal sanitario ante los avances de las ciencias de la vida», *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, núm. 132, 2011.
- BÓRQUEZ POLLONI, Blanca. *Informe núm. 23, Despenalización del aborto en Colombia*, Santiago: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2007.
- BOSCA, Roberto y VON USTINOV, Hugo Adrián. «Objeción de conciencia, libertad religiosa, derecho a la vida e interés general». En: RABBI-BALDI, Renato. *Los derechos individuales ante el interés general: análisis de casos jurisprudenciales relevantes*, Buenos Aires: Abaco de Rodolfo Depalma, 1998.
- BOTO ALVAREZ, Alejandra. «La estructura del sistema sanitario canadiense y el debate sobre los derechos de acceso en Quebec», *Revista de administración pública*, núm. 184, 2011.

- BRAGE CAMAZANO, Joaquín. «Breves reflexiones sobre una posible regulación global por la ley de las “opciones de conciencia” (en particular, de determinadas objeciones de conciencia)». En: ROCA FERNÁNDEZ, María José (coord.) *Opciones de conciencia. Propuestas para una ley*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2008.
- BRENA SESMA, Ingrid. «La Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Atavia Murillo y otros (Fecundación In vitro) vs. Costa Rica, nuevas esperanzas para la libertad reproductiva en Latinoamérica», *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*, núm. 38, 2013.
- BRETT, Rachel. «Las Normas Internacionales sobre Objeción de Conciencia al Servicio Militar», *Quaker United Nations Office*, 2011.
- BUERGENTHAL, Thomas; NORRIS, Robert; SHELTON, Dinah. *La protección de los Derechos Humanos en las Américas*, Madrid: Civitas, 1990.
- BUISAN ESPELETA, Lidia. *La confidencialitat en l'assistència sanitària. Del secret mèdic a la Història clínica compartida a Catalunya*. Bioètica (col.). Barcelona: Universitat de Barcelona, 2013.
- «La historia clínica compartida y el ejercicio de la autonomía de las personas en sanidad», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 37, 2016.
- BUXÓ REY, María Jesús. «La conjunció aplicada dels “co”: comités, col·laboracions, col·legues, co-operacions, co-generació i co-gestió de dades i problemes», *Revista d'etnologia de Catalunya*, núm. 20, 2002.
- BYK, Christian. «The European Convention on bioethics», *Journal of medical ethics*, vol. 19, núm. 1, 1993.
- «Religions, bioethics and biolaw». En: FERRARI, Silvio. *Routledge Handbook of Law and Religion*, Londres: Routledge, 2015.
 - «The European Convention on Biomedicine and Human Rights: a pragmatic ambition», *Droit, Sante et Societe*, núm. 1, 2019.
- CABELLO-ROBERTSON, Javiera. «Objeción de conciencia institucional y regulación en salud: ¿existe una excusa legítima frente al aborto en Chile?», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 43, 2018.

CABRÉ PERICAS, Lluís y SOLSONA DURÁN, José Felipe. «Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva», *Medicina intensiva*, vol. 26, núm. 6, 2002.

CABRÉ PERICAS, Lluís. (et al). «Confidencialidad: Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)», *Medicina intensiva*, vol. 33, núm. 8, 2009.

CAÑAL GARCÍA, Francisco J. «Perspectiva jurídica de la objeción de conciencia del personal sanitario», *Cuadernos de bioética*, vol.5, núm.19, 1994.

CAPELLA, Vicente Bellver. «Los diez primeros años del Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Biomedicina: reflexiones y valoración», *Cuadernos de Bioética*, vol. 19, no 3, 2008.

CAPLAN, Arthur Leonard. «Off the RAC», *Human gene-therapy*, vol. 25, núm. 1, 2013.

CAPODIFERRO CUBERO, Daniel. *La objeción de conciencia: estructura y pautas de ponderación*. Barcelona: Bosch editor, 2013.

- «El tratamiento de la objeción de conciencia en el Consejo de Europa», *Ilu. Revista de Ciencias de las Religiones*, núm. 22, 2017.

- «Problemas regulatorios y competenciales de la objeción de conciencia farmacéutica», *INDret. Revista para el análisis del derecho*, 2017.

- «Un modelo regulatorio inacabado: la objeción de conciencia ante la interrupción del embarazo». En: GOMEZ ABEJA, Laura (ed.). *El Estado de Derecho ante el cuestionamiento ideológico de las obligaciones jurídicas*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2019.

CARIBONI, Diana. "Cómo los objetores de conciencia amenazan los derechos sobre el aborto recién conseguidos en Latinoamérica", *Democracia abierta*, de 19 de julio de 2018. Disponible en: <https://www.opendemocracy.net/es/c-mo-los-objetores-de-conciencia-amenazan-los-derechos-sobre-el-abo/>

CARRILLO SALCEDO, Juan Antonio. *Soberanía de los estados y Derechos Humanos en el Derecho Internacional Contemporáneo*, 2ª edición, Madrid: Tecnos, 2004.

CARRIÓN WAM, Roque. «De los deberes positivos generales a los derechos positivos». En: PEÑA, Lorenzo y AUSÍN DÍEZ, Txetxu (coords.). *Los derechos positivos las demandas justas de acciones y prestaciones*. México- Madrid: CSIC-Plaza Valdés, 2006.

CASADO GONZÁLEZ, María. *Materiales de Bioética y Derecho*. Barcelona: Cedecs, 1996.

- (comp.). *Estudios de Bioética y Derecho*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2000.

- «Fundamentos éticos de las regulaciones sanitarias, objeción de conciencia y normativa bioética española», *Dimensiones éticas de las regulaciones en salud*, 2009.

- «Sobre el aborto y la Ley Orgánica española 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo», *Perspectivas Bioéticas*, vol.15, núm. 8-29, 2010.

- «Sobre la objeción de conciencia en salud», *Informe Ferrer i Guàrdia. Anuario de laicidad en España*, Barcelona: Fundació Francesc Ferrer i Guàrdia, 2011.

- «A propósito de la educación y participación en la Declaración Universal de Derechos Humanos», *Revista de derecho de Familia y de las personas*, La Ley, núm. 9, 2011.

- «Contra la llamada “propuesta Gallardón” para cambiar la regulación del aborto en España», *Revista de Bioética y Derecho*, núm.32, 2014.

CASADO GONZÁLEZ, María y CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. *Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad*, Barcelona: OBD, 2007.

CASADO GONZÁLEZ, María y LÓPEZ BARONI, Manuel Jesús. *Manual de Bioética laica (I). Cuestiones clave*, Colección de Bioética, Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 2018.

CASADO GONZÁLEZ, María y ROYES QUI, Albert. *Documento sobre la disposición de la propia vida en determinados supuestos: declaración sobre la eutanasia*, Barcelona: OBD, 2003.

CASAS BECERRA, Lidia y DIDES CASTILLO, Claudia. «Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos», *Acta Bioética*, vol. 13, núm. 2, 2007.

CASASNOVAS, Guillem López y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, Beatriz. «El sistema sanitario en España, entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer», *Papeles de economía española*, núm 147, 2016.

CASSESE, Antonio. *Los Derechos Humanos en el Mundo Contemporáneo*, Barcelona: Editorial Ariel, 1993.

CASTRO JOVER, María Adoración. «La libertad de la conciencia y la objeción de la conciencia individual en la jurisprudencia constitucional española». En: MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier (coord.). *La libertad religiosa y de conciencia ante la justicia constitucional*, Granada: Comares, 1998.

CAVALLO, Mercedes y RAMÓN MICHEL, Agustina. «La objeción de conciencia frente al aborto legal (o la reacción frente al problema del aborto legal) en América Latina». En: *Women's Link Worldwide. T-388/2009. Conscientious objection and abortion: A global perspective on the colombian experience*, Washington D.C.: O'Neill Institute-Georgetown Law, 2014.

CEBRIÁ GARCÍA, María Dolores. «La objeción de conciencia al aborto: su encaje constitucional» , *Anuario de la Facultad de Derecho*, núm. 21, 2003.

- «Objeción de conciencia del personal sanitario y reformas legislativas en España», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 27, 2011.

- *Objeciones de Conciencia a Intervenciones Médicas: doctrina y jurisprudencia*, Pamplona: Aranzadi, 2015.

- «Libertad religiosa y no discriminación en el ámbito sanitario: el ejercicio de la objeción de conciencia al aborto», *Derecho y religión*, núm. 11, 2016.

CELADOR ANGÓN, Oscar. «La objeción de conciencia farmacéutica: Análisis comparativo de los modelos español y estadounidense», *Revista de derecho político*, núm. 99, 2017.

CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS. *La Objeción de conciencia y Derechos Reproductivos. Estándares Internacionales de Derechos Humanos*, Bogotá: Centro de Derechos Humanos y Reproductivos, 2003.

- CHAVKIN, Wendy; LEITMAN, Liddy; POLIN, Kate. «Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: A White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses», *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 123, 2013.
- CHAVKIN, Wendy; SWERDLOW, Laurel; FIFIELD, Jocelyn. «Regulation of Conscientious Objection to Abortion An International Comparative Multiple-Case Study», *Health Hum Rights*, vol. 19, 2017.
- CHEVALIER, Mariela. «Breve análisis del fallo Bahamondez como respuesta estatal, desde el punto de vista de la calidad institucional», *DPI Diario*, 2015.
- CIANCIARDO, Juan. «Control de constitucionalidad, conexión entre derecho y moral y relevancia del derecho», *Revista Auctoritas Prudentium*, núm. 17, 2017.
- CLEMENTS, Luke y SIMMONS, Alan. «European Court of Human Rights. Sympathetic Unease». En: LANGFORD, Malcom (ed.), *Social Rights Jurisprudence. Emerging Trends in International and Comparative Law*, Cambridge: Cambridge University Press, 2018.
- COMAS ARNAY, Domingo. «Pluralismo moral y religioso en la España actual». En: LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio (dir.). *Libertad de conciencia y laicidad en las instituciones y servicios públicos*, Madrid: Dykinson, 2010.
- COMITÉ CONSULTATIF DE BIOÉTHIQUE DE BELGIQUE. *Avis núm. 16 relatif au refus de transfusion sanguine par les Témoins de Jéhovah*, du 25 mars 2002.
- *Avis núm. 41 consentement éclairé et Codes «D.N.R.»*, du 16 avril 2007.
 - *Avis núm. 53 relatif à au refus de soins médicaux par une femme enceinte ayant une incidence sur le fœtus*, du 14 mai 2012.
 - *Avis núm. 59 relatif aux aspects éthiques de l'application de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie*, du 27 janvier 2014.
 - *Avis núm. 63 relatif à certains aspects du projet de protocole «Donation after Circulatory Death» (DCD) du Conseil bejgue de la transplantation et de la Société belge de transplantation*, du 12 octobre 2015.

- *Avis núm. 66 relatif aux défis éthiques posés par le diagnostic prénatal non-invasif (NIPT) pour les trisomies 21, 13 et 18, du 9 mai 2016.*
- *Avis núm. 71 relatif à la pratique d'une interruption tardive de grossesse pour raisons médicales, du 8 mai 2017.*
- *Avis núm. 73 concernant l'euthanasie dans les cas de patients hors phase terminale, de souffrance psychique et d'affections psychiatriques, du 11 septembre 2017.*

COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ. *Avís Núm. 19 del CCNE: Avis sur les recherches sur l'embryon soumises à moratoire depuis 1986 et qui visent à permettre la réalisation d'un diagnostic génétique avant transplantation, de 18 de julio de 1990.*

- *Avís Núm. 66 del CCNE: Réponse du CCNE aux saisines du Président du Sénat et du Président de l'Assemblée nationale sur l'allongement du délai d'IVG, de 23 de noviembre de 2000.*
- *Avís Núm. 104, "Le «dossier médical personel» et l'informatisation des données de santé", de 29 de mayo de 2008.*
- *Avís Núm. 122 del CCNE. Une réflexion éthique sur la recherche sur les cellules d'origine embryonnaire humaine, et la recherche sur l'embryon humain in vitro, de 21 de octubre de 2011.*
- *Avís Núm. 121: Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir, de 13 de junio de 2013.*

COMITÉ DE BIOÉTIKA DE ESPAÑA. *Objeción de conciencia en sanidad, 2011.*

- *Informe del Comité de Bioética de España sobre el Anteproyecto de Ley Orgánica para la Protección de la Vida del Concebido y de los Derechos de la Mujer Embarazada, 2014.*

COMITÈ DE BIOÈTIKA DE CATALUNYA. *Recomanacions als professionals sanitaris per a l'atenció als malalts al final de la vida, 2009.*

- *Posicionament del Comitè de Bioètica al voltant de la vaga de fam, 2009.*
- *Declaració del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la menor de 16 a 18 anys i la interrupció de la gestació, 2009.*

- *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant del rebuig dels malalts als tractament*, 2010.

- *Reflexions sobre la pràctica de la Objeció de Consciència en la Interrupció Voluntària de la Gestació*, 2011.

- *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la confidencialitat a la documentació clínica informatitzada*, 2013.

- *Principis ètics i directrius per reutilització de la informació del Sistema de Salut català en Recerca, Innovació i Evaluació de la Generalitat*, 2015.

COMISIÓN DEONTOLÓGICA DEL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS DE BARCELONA. Las Consideraciones éticas en torno a la Interrupción de la gestación, Colegio Oficial de Enfermeras de Barcelona, mayo de 2009.

COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SUJETOS HUMANOS DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA Y COMPORTAMENTAL. Informe Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación, de 18 de abril de 1979.

CONSEJO DE EUROPA. *Guía para los miembros de los Comités de Ética en Investigación Clínica*, 2010.

- *Guía para la toma de decisiones para el proceso de toma de decisiones relativas al tratamiento médico en situaciones del final de la vida*, 2014.

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL. *Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de España*, de 29 de marzo de 2018.

CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. *Declaración de la Comisión Central de Deontología sobre objeción de conciencia*, de 3 de junio de 1997.

- *Declaración de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico*, de 24 de octubre de 2009.

- *Posicionamiento del CGCOM ante la eutanasia y el suicidio asistido*, de 21 de mayo de 2018.

COLEGIO OFICIAL DE DIPLOMADOS EN ENFERMERÍA DE LA RIOJA, *Estudio de eutanasia y el suicidio medicamente asistido*, de abril de 2019.

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. *Consideraciones relativas al derecho a la objeción de conciencia en el ámbito sanitario*, Organización Colegial de Enfermería, 2009.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE BARCELONA, Sobre l'objecció de consciencia. Document de posició del COMB», 2010.

- «Document de Posició del COMB núm. 15: sobre l'objecció de consciència». Servei de informació col·legial. Barcelona: COMB, 2010.

- «Document de Posició. Sobre la interrupció voluntaria del embaràs», *Revista del COMB*, octubre 2014.

CONTRERAS PELÁEZ, Francisco José. *Los derechos sociales: teoría e ideología*. Madrid: Tecnos, 1994.

COOK, Rebecca J.; ARANGO OLAYA, Mónica; DICKENS, Bernard Morris. «Healthcare responsibilities and conscientious objection», *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 104, núm. 3, 2009.

CORCOY BIDASOLO, Mirentxu. «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias». En: CASADO GONZÁLEZ, María (ed.), *Estudios de Bioética y Derecho*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2000.

- «Problemas jurídico-penales de la objeción de conciencia en el ámbito de las actividades sanitarias». En: ZUGALDÍA ESPINAR, José Miguel y LOPEZ BARJA DE QUIROGA, Jacobo (coord.). *Dogmática y ley penal* : libro homenaje a Enrique Bacigalupo, vol. 1, 2004.

CORNEJO PLAZA, María Isabel. «Naturaleza jurídica de las Declaraciones Internacionales sobre Bioética», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 34, 2015.

CORREA SALAS, Fernando. «Análisis del Sistema Interamericano de protección de los Derechos Humanos y su impacto en la soberanía nacional de sus miembros», *Ius et veritas*, vol. 12, núm. 23, 2001.

CORTINA ORTS, Adela. *Ética de la empresa: claves para una nueva cultura empresarial*, Madrid: Trotta, 2005.

COUCEIRO VIDAL, Azucena; RODRÍGUEZ, José Antonio; HERNANDO ROBLES, Pablo.

- «La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (I)», *Revista de calidad asistencial*, vol. 26, núm. 3, 2011.
 - «La objeción de conciencia en el ámbito clínico. Propuesta para un uso apropiado (II)». *Revista de calidad asistencial*, vol. 26, núm. 5, 2011.
- COWLEY, Christopher. «Conscientious objection and healthcare in the UK: why tribunals are not the answer», *Journal of Medical Ethics*, núm. 42, 2016.
- CRIADO GRANDE, Juan Ignacio. «Interoperabilidad y política sanitaria en España. El caso de la historia clínica digital desde una perspectiva intergubernamental», *Barataria. Revista castellanomanchega de Ciencias Sociales*, núm. 15, 2016.
- CRUZ VILLALÓN, Pedro. «Formación y evolución de los derechos fundamentales», *Revista española de derecho constitucional*, núm. 25, 1989.
- «El valor de posición de la carta de derechos fundamentales en la comunión constitucional europea». *Teoría y realidad constitucional*, núm. 39, 2017.
- CRUZ-COKE, Ricardo. «Declaración Universal de bioética y Derechos Humanos de UNESCO», *Revista médica de Chile*, vol. 9, núm. 133, 2005.
- CURLIN, Farr A., NWODIM, Chinyere, Vance, Jennifer L., CHIN, Marshall H.; y, LANTOS, John D. «To Die, to Sleep: US Physicians' Religious and Other Objections to Physician-Assisted Suicide, Terminal Sedation, and Withdrawal of Life Support», *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, vol.2, núm. 25, 2008.
- DABOVE, Maria Isolina. «Human rights of older people in the new american convention and its bioethical implications», *Revista Latinoamericana de Bioética*, vol. 16, núm. 1, 2016.
- DANIELS, Norman. «Is There a Right to Health Care and, If So, What Does It Encompass?». En: KUHSE, Helga y SINGER, Peter (coords.). *A Companion to Bioethics*, 2a edición, Oxford: Blackwell, 1998.
- DAWSON, Angus. «The future of bioethics: three dogmas and a cup of hemlock», *Bioethics*, vol. 24, núm. 5, 2010.
- DE CASAS, Carlos Ignacio; TOLLER, Fernando M.; BOTERO MARINO, Catalina. *Los derechos humanos de las personas jurídicas: titularidad de derechos y legitimación en el sistema interamericano*. México: Editorial Porrúa, 2015.

DE LA IGLESIA, Julia E. «Objeción de conciencia y bioética en sociedades en riesgo y vulnerabilidad», *Dilemata*, año 8, núm. 22, 2016.

DE LA VILLA, Paula. «Las tres «Cartas» Europeas sobre Derechos Sociales», *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, núm. 32, 2001.

DEL BRÍO, María Ángeles. «Décimo aniversario de la entrada en vigor del Convenio de Oviedo », *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 18, 2010.

DE SANTIAGO, G. "Comités de ética asistencial infrautilizados", *Diario médico*, de 4 de enero de 2008. Disponible en: <http://s432590510.web-inicial.es/materiales-y-videos/6-comit%C3%A9s-de-%C3%A9tica-asistencial/los-comit%C3%A9s-de-%C3%A9tica-infrautilizados/>

DELGADO OCANDO, José Manuel. «Algunas consideraciones sobre el problema de los derechos positivos». En: PEÑA, Lorenzo y AUSÍN, Txetxu (coords.). *Los derechos positivos: las demandas justas de acciones y prestaciones*, Ciudad de México-Madrid: CSIC-Plaza Valdés, 2006.

DEVETTERE, Raymond J. *Practical Decision Making in Health Care Ethics: Cases, Concepts, and the Virtue of Prudence*, Georgetown: Georgetown University Press, 2016.

DEZA, Soledad. «Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas», *Revista Patagónica de Bioética*, año 3, núm. 4, 2016.

- «Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 39, 2017.

DICKENS, Bernard Morris. «Ethical misconduct by abuse of conscientious objection laws», *Medicine & Law*, vol. 25, 2006.

- «Conscientious Objection: A Shield or a Sword?». In MCLEAN, Sheila A.M. *First Do No Harm: Law, Ethics and Healthcare*, Aldershot UK: Ashgate, 2006.

- «Conscientious commitment», *The Lancet*, vol. 371, núm. 9620, 2008.

- «Legal protection and limits of conscientious objection: when conscientious objection is unethical», *Medicine & Law*, vol. 28, 2009.

- «Jurisprudence from the Constitutional Court of Colombia on Conscientious Objection». En: *Women's Link Worldwide. T-388/2009. Conscientious objection and abortion: A global perspective on the colombian experience*. Washington D.C.: O'Neill Institute-Georgetown Law, 2014.
- DIDIER, María Marta; ROMERO, Esteban J.; PARINI, Nicolás F. «Registro de objetores de conciencia: implicancias de los derechos a la igualdad ya la protección de datos personales», *Revista Persona y Derecho*, núm. 73, 2015.
- DÍEZ FERNÁNDEZ, José Antonio. «La presencia de Bioética en el Proyecto de Constitución Europea», *Cuadernos de Bioética*, vol. 16, núm. 58, 2005.
- «La objeción de conciencia sanitaria: ¿regulación legal o validación colegial?», *Actualidad del derecho sanitario*, núm. 158, 2009.
- «Marco jurídico actual de la objeción de conciencia sanitaria», *Anuario de derechos humanos*, núm.11, 2010.
- «La constitucionalidad de la objeción de conciencia farmacéutica», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, vol. 39, 2015.
- DÍEZ-PICAZO GIMÉNEZ, Luis María. *Sistemas de derechos fundamentales*, 4ª edición. Pamplona: Civitas, 2013.
- DOMINGO GUTIÉRREZ, María. «La objeción de conciencia al aborto. Evolución jurisprudencial», *Revista de derecho canónico y derecho eclesiástico del Estado*, núm. 23, 2010.
- DOMINGO MORATALLA, Tomás. «Bioética y hermenéutica: la aportación de Paul Ricoeur a la Bioética», *Veritas: revista de filosofía y teología*, núm.17, 2007.
- DOMÍNGUEZ ALCÓN, Carmen. *Los cuidados y la profesión enfermera en España*, Madrid: Pirámide, 1986.
- DONAIRES SÁNCHEZ, Pedro. «El carácter vinculante y la ejecutabilidad de las recomendaciones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos», *Derecho y Cambio Social*, vol. 3, núm. 7, 2006.
- DREIER, Ralf. *Derecho y justicia*. Monografías jurídicas, núm. 87 (col.), Santa Fe de Bogotá: Temis, 1994.

DUVAL, Gordon (et al). «A national survey of US internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation», *Journal of general internal medicine*, vol. 19, núm. 3, 2004.

DVOSKIN, Brenda. «Algunas cuestiones sobre libertad de culto y derecho societario en *Burrell v. Hobby Lobby Stores*», *INC*, núm. 2, 2014.

DWORKIN, Ronald Myles. *Civil Disobedience: The Case against Prosecution*, New York: The New York Review of Books, vol. 10, núm. 2, 1968.

- *Taking rights seriously*, Harvard: Harvard University Press, 1977.

- *The theory and practice of autonomy*, Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

EMANUEL, Ezekiel Jonathan. «¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos». En: Pellegrino Filho A, Macklin R. (eds.). *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*, Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS, vol. 39, 1999.

EMANUEL Ezequiel Jonathan y EMANUEL, Linda L. «Cuatro modelos de la relación médico-paciente». En: CRUCEIRO, Azucena (ed.). *Bioética para clínicos*, Madrid: Triacastela, 1999.

ESCOBAR ROCA, Guillermo. *La objeción de conciencia en la Constitución española*, Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 1993.

ESPINOSA DÍAZ, Ana. «El recurso de amparo: problemas antes, y después, de la reforma», *InDret. Revista para el análisis del derecho*, núm. 2, 2010.

ESTÉVEZ ARAUJO, José Antonio. «Desobediencia civil: La sinceridad de los motivos y la calidad de los argumentos del desobediente», *Jueces para la democracia*, núm. 24, 1995.

ESTÉVEZ ARAUJO, José Antonio; GORDILLO, José Luís; CAPELLA, Juan Ramón. «Los derechos un poco en broma: las razones de Peces-Barba sobre obediencia, desobediencia y objeción», *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 6, 1989.

EUROPEAN CENTER FOR LAW AND JUSTICE. *Memorándum del ECLJ basado en el informe del APCE (Doc. 12347, 20 de julio de 2010) sobre El acceso de las mujeres a una asistencia médica legal: el problema del uso no regulado de la objeción de*

- conciencia, de 17 de septiembre de 2010.
- EUSEBI, Luciano. «Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a Corte cost. (ord.) n. 207/2018», *Rivista Italiana di medicina legale e del Diritto in campo sanitario*, vol. 4, núm. 40, 2018.
- FABRE, Cécile. *Social Rights under the Constitution: Government and the Decent Life*, Oxford: Oxford University Press, 2000.
- FALCÓN TELLA, María José. *La desobediencia civil*. Madrid: Marcial Pons, 2000.
- FALCÓN TELLA, María José. (et al). «Derechos humanos y desobediencia a la ley», *Revista de Inquisición (intolerancia y derechos humanos)*, núm. 13, 2009.
- FARNÓS AMORÓS, Esther. «Evans contra The UK (II): La Gran Sala del TEDH Confirma la imposibilidad de utilizar los preembriones sin el consentimiento de la pareja», *InDret. Revista para el análisis del Derecho*, núm. 2, 2006.
- «La reproducción asistida ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos: de Evans c. Reino Unido a Parrillo c. Italia», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 36, 2016.
- FASANO, Stefano. “Aborto en Italia: Derecho frente a la objeción de conciencia”, *CafeBabel español*, de 16 de abril de 2016. Disponible en:
<<http://www.cafebabel.es/sociedad/articulo/aborto-en-italia-derecho-frente-a-objecion-de-conciencia.html>>
- FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES PARA LA DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA. *Los Servicios sanitarios de las CCAA 2017. Informe XIV de la Federación de Asociaciones para la defensa de la sanidad pública*. Disponible en: www.fadsp.org.
- FEINHOLZ-KLIP, Dafna. *La Bioética en la UNESCO*, París: Organización de las Naciones Unidas, 2015.
- FERNÁNDEZ-CREHUET Joaquín. “El registro de objetores debería ser validado por la deontológica de los colegios”, *Diario Médico*, de 29 de marzo de 2010. Disponible en: <https://www.diariomedico.com/medicina/inmunologia/formacion/el-registro-de-objetores-deberia-ser-validado-por-la-deontologica-de-los-colegios.html>
- FERNÁNDEZ GARCÍA, Eusebio. *La obediencia al derecho*, Madrid: Civitas, 1987.
- FERNÁNDEZ SALAZAR, Serafín y RAMOS MORCILLO, Antonio Jesús. «Nuevas tecnologías, apps y su aplicación en la práctica clínica basada en evidencias»,

Enfermería clínica, vol. 24, núm. 2, 2014.

FERNÁNDEZ SEGADO, Francisco. «Los overruling de la jurisprudencia constitucional», *FORO: Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales. Nueva Época*, núm. 3, 2006.

FERRAJOLI, Luigi. Derecho y razón. *Teoría del garantismo penal*, 10ª edición, Madrid: Trotta, 2018.

FISHKIN, James S. «Las fronteras de la obligación», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 3, 1986.

FLAMIGNI, Carlo. «Il problema della trasparenza nelle donazioni di gameti. Documento di dissenso al parere del CNB», de diciembre de 2015 [en línea]. Disponible en: <<http://www.carloflamigni.com/scripta/la-trasparenza-nella-donazione-di-gameti.html>>

FLETCHER, Ruth. «Conscientious Objection and Harm Reduction in Europe». En: *T-388/2009 Conscientious Objection and Abortion: A Global Perspective on the Colombian Experience*, Washington D.C.: O'Neill Institute for National and Global Health Law, 2014.

- «Conscientious Objection and Harm Reduction and abortion care». En: DONELLY, Mary y MURRAY, Claire. *Ethical and legal debates in Irish healthcare: Confornting complexities*, Manchester: Manchester University Press, 2016.

FLORES MENDOZA, Fátima. *La objeción de Conciencia en Derecho Penal*, Granada: Editorial Comares, 2001.

FRANÇA-TARRAGÓ, Omar. «La objeción de conciencia: tres visiones sobre el tema. Objeción de conciencia y el derecho de los médicos», *Archivos de Medicina Interna*, núm. 35. 2000.

FRENK, Julio. «La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate», *Organización Panamericana de la Salud*, 1992.

FRIED, Charles. «Equality and rights in medical care», *Hastings Center Report*, vol. 6, núm. 1, 1976.

GAGNEUX, Michel; COMBLE, Peirre-Henri; FOLLIET, Alain; KERGOMMEAIX, Loïc de; LIVARTOWSKI, Alain; LOTH, André; RICHARD, Denis; y SUARET, Jacques. *Mission de relance du projet de Dossier médical personnel. Recommandations à la ministre de la Santé de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative*, de 23 de abril de 2008,

- GAITÁN ZAMORA, María Ayelén y HERNÁN VICCO, Miguel. «Objeción de conciencia como necesidad legal: una mirada desde el aborto», *Revista Bioética*, vol. 27, núm. 3, 2019.
- GALÁN GONZÁLEZ-SERNA, José María; BANDRÉS MOYA, Fernando. «La objeción de conciencia sanitaria según el Comité de Bioética de España», *Actualidad del derecho sanitario*, núm. 186, 2011.
- GALIMANY MASCLANS, Jordi; ESTRADA MASLLORENS, Joan Maria; GIRBAU GARCÍA, Maria Rosa. «Continuidad asistencial e integración de la información, Atención Primaria y TIC», *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, vol. 6, núm. 1, 2014.
- GALIMANY MASCLANS, Jordi y FABRELLAS I PADRÈS, Nuria. «El cuidado a las personas y a las TIC», *Revista ROL de enfermería*, vol. 39, núm. 10, 2016.
- GARCÍA CALVENTE, María del Mar y LOMAS HERNÁNDEZ, Vicente. «Anticoncepción de urgencia y objeción de conciencia: un debate sin cerrar», *Gaceta sanitaria*, vol. 30, núm. 2, 2016.
- GARCÍA CANTERO, Gabriel, «La persona ante el derecho: ¿cómo asegurar el respeto efectivo a los derechos humanos?», *Conferencia pronunciada el 18 de enero de 1990 del I.U.T.C.R., Seminario Fe y Cultura*.
- GARCÍA COTARELO, Ramón. *Resistencia y desobediencia civil*, Madrid: Eudema, 1987.
- GARCÍA DÍAZ, Elías. «El punto de vista moral y la obediencia al Derecho», *Revista del Centro de Estudios Constitucionales*, núm. 6, 1990.
- GARCIA HERRERA, Miguel Ángel. *La objeción de conciencia en materia de aborto*, Vitoria Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco, 1991.
- GARCÍA RUÍZ, Yolanda. *Reproducción humana asistida: Derecho, conciencia y libertad*. Granada: Comares, 2004.
- GARCÍA RUIZ, Yolanda. «The Withdrawal of Health Care from Irregular Immigrants and Medical Conscientious Objection», *Oñati socio-legal series, (Ejemplar dedicado a: Investigations - Investigaciones - Ikerlanak)*, vol. 6, núm. extra 5, 2016.
- GARZÓN VALDÉS, Ernesto. «Los deberes positivos generales y su fundamentación», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 3, 1986.

- «¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 5, 1988.

- *Instituciones suicidas: estudios de ética y política*. México: Paidós Ibérica, 2000.

GARCÍA SAN JOSÉ, Daniel. «La gestación por sustitución y las obligaciones emanadas para los Estados parte en el Convenio Europeo de Derechos Humanos: repercusiones en el ordenamiento jurídico español del activismo y de la autolimitación judicial del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en relación con la gestación por sustitución», *Revista Española de Derecho Constitucional*, núm. 113, 2018.

GASCÓN ABELLÁN, Marina Felicia. «¿Puede el Estado adoptar medidas paternalistas en el ámbito de la protección de la salud?», *Humanitas*, núm. 20, 2007.

- Obediencia al derecho y objeción de conciencia. Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2010.

- «Objeción de conciencia sanitaria». En: MENDOZA BUERGO, Blanca (coord.). *Autonomía personal y decisiones médicas: Cuestiones éticas y jurídicas*, Pamplona: Aranzadi, 2010.

GENÉ BADIA, Joan; GALLO DE PUELLES, Pedro; LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «Big data y seguridad de la información», *Atención Primaria*, vol. 50, núm. 1, 2018.

GIL MEMBRADO, Cristina. *La historia clínica: deberes del responsable del tratamiento y derechos del paciente*, Granada: Comares, 2010.

GIMÉNEZ PÉREZ, Dolors. «La Historia Clínica: Aspectos Éticos y Legales», *Revista Calidad Asistencial*, núm. 16, 2001.

GODAY CARDILLO, Karina y VERGARA GALLO, Victoria. «Objeción de conciencia: Reconocimiento de derechos versus cuestionamientos institucionales», *Revista de Derecho Público*, núm. 46, 2014.

GÓMEZ ABEJA, Laura. *Las objeciones de conciencia*, Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2016.

- «El tribunal constitucional ante el conflicto de conciencia del farmacéutico: una solución de compromiso a gusto de nadie», *Revista de Derecho constitucional europeo*, núm. 25, 2016.

- «Una consideración actual sobre el deber de obediencia al derecho. La justificación de su incumplimiento por razones éticas», *Revista de estudios políticos*, núm. 177, 2017.
- «Un (¿nuevo?) supuesto legitimado de objeción de conciencia: el farmacéutico y la píldora poscoital», En: GOMEZ ABEJA, Laura (ed.). *El Estado de Derecho ante el cuestionamiento ideológico de las obligaciones jurídicas*, Valencia: Tirant lo Blanch, 2019.
- GÓMEZ SALADO, Miguel Ángel. « Los farmacéuticos y la objeción de conciencia para el suministro de la "píldora del día después" comentario a la sentencia del Tribunal Constitucional de 25 de junio de 2015», *Revista Aranzadi Doctrinal*, núm. 9, 2015.
- GÓMEZ SÁNCHEZ, Yolanda. «Reflexiones jurídico-constitucionales sobre la objeción de conciencia y los tratamientos médicos», *Revista de Derecho Político*, núm. 42, 1997.
- GONZÁLEZ CIFUENTES, Natalia. «Objeción de conciencia del personal sanitario en la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo». En: LOPEZ FRIAS, Francisco Javier (et al.). *Bioética, neuroética, libertad y justicia*, Comares:Valencia, 2013.
- GONZÁLEZ SAQUERO, Pablo. «¿Derecho a la objeción de conciencia del farmacéutico? A propósito de la decisión sobre admisibilidad del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, as. Pichon y Sajous C. Francia, de 2 de octubre de 2001», *Revista Ciencias jurídicas y sociales*, núm. 8, 2008.
- GONZÁLEZ SÁNCHEZ, Marcos. «La objeción de conciencia del personal sanitario a las instrucciones previas por motivos religiosos». En: MARTÍN SANCHEZ, Isidoro y GONZÁLEZ SÁNCHEZ, Marcos (coords.). *Algunas cuestiones controvertidas del ejercicio del derecho fundamental de libertad religiosa en España*, Madrid: Fundación Universitaria Española, 2009.
- GONZÁLEZ SÁNCHEZ, Marcos. «La objeción de conciencia del personal sanitario a las instrucciones previas por motivos religiosos». En: MARTÍN SANCHEZ, Isidoro (coord.). *Libertad de conciencia y derecho sanitario en España y Latinoamérica*, Granada: Comares, 2010.
- GONZÁLEZ VARAS IBÁÑEZ, Alejandro. «La objeción de conciencia del farmacéutico en la jurisprudencia y su regulación legal en España», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 15, 2007.

- «Las objeciones de conciencia de los profesionales de la salud». En: ROCA FERNÁNDEZ, María José (coord.). *Opciones de conciencia: propuestas para una ley*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2008.

- GONZÁLEZ VÉLEZ, Ana Cristina. «La situación del aborto en Colombia: entre la ilegalidad y la realidad», *Cuadernos de Saúde Pública*, vol. 21, núm. 2, 2005.

- «Objeción de conciencia, bioética y derechos humanos: una perspectiva desde Colombia», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 42, 2018.

- GONZÁLEZ VICÉN, Felipe. «La obediencia al Derecho». En: GONZÁLEZ VICÉN, Felipe (coord.). *Estudios de filosofía del Derecho*, Tenerife: Universidad de La Laguna, 1979.

- GONZÁLEZ VICÉN, Felipe. «La obediencia al derecho: una anticrítica», *Sistema: Revista de ciencias sociales*, núm. 65, 1985.

- GRACIA GUILLÉN, Diego Miguel. «Objeción de conciencia: las lecciones de un debate», *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 26, núm. 3, 2011.

- *Medicina y humanidades*. Madrid: Arán, 2011.

- GRACIA GUILLÉN, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia*, Guías de ética en la práctica médica (col.), Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2008.

- GRUPO DE ESTUDIOS DE POLÍTICA CRIMINAL. *Una alternativa al tratamiento jurídico de la disponibilidad de la propia vida*, Albacete: Grupo de Estudios de política criminal, 1993.

- *Una alternativa al tratamiento jurídico de la objeción de conciencia*, Albacete: Grupo de Estudios de política criminal, 1995.

- *Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente*, Valencia: Tirant lo Blanc, 2016.

- GUTTMACHER INSTITUTE. *Refusing to Provide Health Services*, USA: Guttmacher Institute, 2012.

- *The COVID-19 Outbreak: Potential Fallout for Sexual and reproductive Health and Rights*, USA:Guttmacher Institute, 2020.

- *An Overview of Abortion Laws*, USA:Guttmacher Institute, diciembre de 2020.

HABERMAS, Jürgen. *Conferencia moral y acción comunicativa*, Barcelona: Península, 1985.

- «La desobediencia civil, piedra de toque del Estado democrático de Derecho». En: HABERMAS, Jürgen. *Ensayos Políticos*, Barcelona: Península, 1997.

- *Entre naturalismo y religión*. Barcelona: Grupo Planeta, 2006.

HAMULÁK, Ondrej. «La carta de los derechos fundamentales de la unión europea y los derechos sociales», *Estudios constitucionales*, vol. 16, núm.1, junio de 2018.

HANSON, Mark J. y CALLAHAN, Daniel. *The goals of medicine: the forgotten issues in health care reform*, Georgetown: Georgetown University Press, 2000.

HERRANZ RODRÍGUEZ, Gonzalo. «La objeción de conciencia de las profesiones sanitarias», *Scripta theologica: revista de la Facultad de Teología de la Universidad de Navarra*, vol. 27, núm. 2, 1995.

- «Conflictos de intereses y Comités Éticos de Investigación», *Investigación Clínica Bioética*, núm. 27, 1998.

- “La OMC y la objeción de conciencia” en *Diario Médico*, disponible en: <http://abimad.org/la-omc-y-la-objecion-de-conciencia/>

- “La Bioética, asunto público: presente y futuro de los Comités Internacionales y Nacionales de Bioética”, *Bioética web*, de 12 de mayo de 2004, disponible en: <<http://www.bioeticaweb.com/la-bioactica-asunto-paublico-presente-y-futuro-de-los-comitacs-internacionales-y-nacionales-de-bioacti/>>

- «Comités Nacionales de Bioética», *Título de Experto en Ética Médica. Fundación para Formación y Organización Médica Colegial*, Madrid: Fundación Ortega-Marañón, 2012.

HUERTA GUTIERREZ, Leonardo. «La falta de unidad significativa de los derechos fundamentales como posible causa de su desprotección», *Verba Iuris*, núm. 41, 2019.

HURST, Samia Alexandra. «Standing on more than one leg: Interdisciplinarity's balancing acts», *The American Journal of Bioethics*, vol. 8, núm. 1, 2008.

HUSAK, Douglas N. «Paternalism and consent». In: MILLER, Franklin and WERTHEIMER, Alan (redactors). *The Ethics of Consent: Theory and Practice*, USA: OUP USA, 2009.

INSTITUT BORJA DE BIOÉTICA. «Consideraciones sobre la objeción de conciencia». *Bioética Debat*, vol.18, núm. 66, 2012.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. *Declaración del IMAP sobre el COVID-19 y su impacto en la salud sexual y reproductiva*, abril de 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. *Anuario estadístico nacional*, Uruguay: 2019.

IVONE, Vitulia. «Justicia reproductiva: La interrupción del embarazo y la objeción de conciencia en Italia», *Ius et Scientia*, vol. 3, núm. 1, 2017.

JONES, Nick y MOFFITT, Matthew. «Ethical guidelines for mobile app development within health and mental health fields», *Professional Psychology: Research and Practice*, vol. 47, núm. 2, 2016.

JORQUI AZOFRA, María. «¿Disentir bajo la objeción de conciencia sanitaria?». En: ARCOS VIEIRA, María Luisa (coord.) *Autonomía del paciente e intereses de terceros: límites*, Pamplona: *Thomsons Reuters-Aranzadi*, 2016.

JÚDEZ, Javier y Grupo Técnico del Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. «Bioética para clínicos: una necesidad, una iniciativa, una propuesta», *Medicina Clínica*, vol. 177, núm. 1, 2001.

JÚDEZA GUTIÉRREZ, Francisco Javier (et al.). «La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información», *Medicina clínica*, vol. 118, núm. 1, 2002.

JUVENAL, Javier. «Reflexiones sobre la objeción de conciencia e ideario en el Uruguay a partir de las leyes 18.987 Y 18.473», *Revista de Derecho Público*, núm. 43, 2013.

- «La objeción de conciencia. Su régimen jurídico vigente en Uruguay, con especial referencia a su ejercicio por los funcionarios públicos», *Revista de Derecho*, vol. 14, núm. 28, 2015.

KELSEN, Hans. *¿Qué es justicia?*. Albert Calsamiglia (trad.). Barcelona: Ariel, 1991.

- *Teoría general del derecho y del Estado*. Ciudad de México: UNAM, 1995.

KHOO, Ewin J y LANTOS, John D. «Lessons learned from the COVID-19 pandemic», *Acta Paediatrica*, núm. 109, 2020.

- KOTIUK, Irimina. "Comentarios al Caso RR contra Polonia del TEDH", *Derechos humanos en Polonia*, de 27 de mayo de 2011, acceso web: <http://www.prawaczlowieka.edu.pl/index.php?orzeczenie=ff1eb8bd6cb17940ab78c0eeecf66268772f2061-b0>
- LABORDENA BARCELÓ, Xus. *Transformació de l'HC3 en la xarxa d'informació*. Barcelona: Gerència de Sistemes d'Informació del CatSalut, 2012.
- LAFEIRE, Jorge Nicolas. «De F.A.L. a M.A.D.: el derecho a la vida en la Corte Suprema de Justicia de la Nación», *Prudentia Iuris*, núm. 80, 2015.
- LAMM, Eleonora. *Gestación por sustitución. Ni maternidad subrogada ni alquiler de vientres*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2012.
- «La bioética latinoamericana en su contexto y como parte de la bioética internacional». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia (coords.). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, Pamplona: Civitas, 2012.
 - «Argumentos para la necesaria regulación de la gestación por sustitución», *Gaceta Sanitaria*, vol. 31, 2017.
- LANGFORD, Malcom. «Domestic adjudication and economic, social and cultural rights: a socio-legal review», *SUR, Revista internacional de derechos humanos*, vol. 6, núm. 11, 2009.
- LAURENZO COPELLO, Patricia. «El aborto en la legislación española: una reforma necesaria», *Documentos de trabajo (Laboratorio Alternativas)*, núm. 68, 2005.
- LECUONA RAMÍREZ, Itziar de. «La regulación española de los Comités de Ética y las novedades introducidas por la nueva Ley de Investigación Biomédica», *Revista de bioética y derecho*, núm. 11, 2007.
- «Textos y recursos de referencia para abordar los retos del derecho público ante las ciencias de la vida desde una perspectiva bioética», *Revista catalana de dret públic*, núm. 36, 2008.
 - *Los Comités de Ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*, Navarra: Civitas, 2011.

- «Per una bioètica en acció: recursos formatius en obert desenvolupats per la UNESCO», *Butlletí Bioètica*, núm. 12, 2014.

- “Ética médica: decisiones sobre el acceso de pacientes a UCI en situación de pandemia”, *The Conversation*, de 3 de abril de 2020.

LEDERMAN, Marty. «Hobby Lobby Part IV, VIII y IX: Hobby Lobby's identification of the 'precise religious exercise at issue here' and some thoughts on whether federal law substantially burdens it» publicado el 2014. Disponible en: <<http://www.balkin.blogspot.com.ar/2014/02/hobby-lobby-part-viiihobby-lobbys.html>>

LEMA AÑÓN Carlos. *Salud, Justicia, Derechos. El derecho a la salud como derecho social*. Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas (Universidad Carlos III), Derechos Humanos y Filosofía del Derecho (col.), Madrid: Dykinson, 2009.

LIMA TORRADO, Jesús; OLIVAS CABANILLAS, Enrique; ORTIZ-ARCE DE LA FUENTE, Antonio. *Globalización y Derecho: Una aproximación desde Europa y América Latina*, Madrid: Dilex, 2007.

LLÀCER MATAACÁS, Maria Rosa; CASADO GONZÁLEZ, María; BUISAN ESPELETA, Lúdia. *Document sobre bioètica i Big Data de salut: explotació i comercialització de les dades dels usuaris de la sanitat pública*, Barcelona: OBD, 2015.

LLAMAZARES FERNÁNDEZ, Dionisio. *Derecho de la Libertad de conciencia II: Libertad de conciencia, identidad personal y solidaridad*, 4ª edición, Pamplona: Civitas, 2011.

LOCKE, John. «The Second Treatise of Government: An Essay Concerning the True Original, Extent, and End of Civil Government». En: LASLETT, P (ed.). *Two Treatises of Government*, Cambridge: Cambridge University Press, 1689 (2010).

LÓPEZ CASANOVAS, Guillem y GONZÁLEZ LÓPEZ-VALCARCEL, Beatriz. «El sistema sanitario en España: entre lo que no acaba de morir y lo que no termina de nacer», *Papeles de economía española*, núm. 147, 2016.

LLOVERAS, Facundo Pérez. El aborto en la jurisprudencia internacional, supranacional y de la corte suprema de justicia argentina, *Revista de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales de la Universidad Católica de Córdoba*, Núm. 3, 2020.

LOLAS STEPKE, Fernando. «La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la bioética latinoamericana». En: LOLAS STEPKE, Fernando; PESSINI, Leocir; QUEZADA SEPÚLVEDA, Álvaro. *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*,

- Santiago de Chile: Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2007.
- LÓPEZ, Adriana (et al). «Recomendaciones para el manejo de personas mayores en Unidades de Paciente Crítico durante Pandemia COVID-19: Consenso entre SOCHIMI y SGGCH», *Revista Chilena de Medicina Intensiva*, vol. 1, núm. 35.
- LÓPEZ BARONI, Manuel Jesús. *Origen de la Bioética como problema*, Barcelona: Universitat de Barcelona, 2016.
- *Casos de la bioética norteamericana en el último decenio*, Pamplona : Aranzadi, 2019.
- LÓPEZ DE LA VIEJA, Maria Teresa. «Autonomía y salud reproductiva», *Dilemata*, núm. 17, 2015.
- LORA DEL TORO, Pablo de y GASCÓN, Marina. *Bioética: principios, desafíos, debates*, Madrid: Alianza, 2008.
- LORA DEL TORO, Pablo de; ZUÑIGA FAJURI, Alejandra; MUÑOZ MACHADO, Santiago. El derecho a la asistencia sanitaria: *Un análisis desde las teorías de la justicia distributiva*, Madrid: Iustel, 2009.
- LORENZO MONTERO, Ricardo de. «Ética en la objeción de conciencia». En: GRACIA, Diego y RODRÍGUEZ SENDÍN, Juan José (dir.). *Ética de la objeción de conciencia. Guías de ética en la práctica médica* (col.). Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud, 2008.
- LUNA, Florencia. «La Declaración de la UNESCO y la vulnerabilidad: la importancia de la metáfora de las capas», *Perspectivas Bioéticas*, núms. 24-25, 2008.
- «Bioética internacional». En: ROMEO CASABONA, Carlos María (dir.). *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*, Granada: Comares, 2011.
- LUNA, Florencia (et al.). *Objeción de conciencia y aborto*. Buenos Aires: Flacso, 2016.
- LYONS, D. *Ethics and the rule of law*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- MACÍAS, Andrea. «De la teoría a la práctica: disonancias entre la formación en bioética y la práctica de la atención en salud en Latinoamérica. Una perspectiva desde Argentina». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia. *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, Pamplona: Civitas, 2012.

MACÍAS, Andrea y OLIVERO, Marcela. «Documento sobre la objeción de conciencia en el contexto de la atención de la salud en la provincia de Neuquén». *Revista Patagónica de Bioética*, núm. 4, 2016.

MACIOCE, Fabio. «L'objection de conscience dans la post-modernité », *Chiese e pluralismo confessionale*, 2011.

MANGAS MARTÍN, Araceli. *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea: comentario artículo por artículo*. Fundación BBVA, 2008.

MARAVEL MATOS, Jacinto Jesús. *El derecho fundamental de libertad religiosa en el ámbito de los servicios públicos sanitarios. Su incidencia en la Comunidad autónoma de Extremadura*, Madrid: Dykinson, 2016.

- «La revisión del paradigma constitucional en torno al derecho de objeción de conciencia», *Revista española de derecho administrativo*, núm. 175, 2016.

MARÍA SÁNCHEZ, Francesc José. «A pesar del tiempo transcurrido, aún no ha sido regulada la objeción de conciencia en los profesionales en la interrupción voluntaria del embarazo», *FMC: Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol.18, núm. 2, 2012.

MARÍN CASTÁN, María Luisa. «La dignidad humana, los Derechos Humanos y los Derechos Constitucionales», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 9, 2007.

- «En torno a la dignidad humana como fundamento de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 31, 2014.

- «Tras setenta años de vigencia de la Declaración Universal De Derechos Humanos», *Revista Derecho Público*, núm. 54, 2018.

- «La polémica decisión del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre el caso Gard y otros contra el Reino Unido», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 43, 2018.

- La Declaración Universal de Derechos Humanos como piedra angular para la construcción de una ética universal basada en la dignidad humana. En: *Estudios sobre Derechos Humanos. Prof. Dr. D. Jesus Lima Torrado in memoriam*, Madrid: Dykinson, 2019.

MARÍN CASTÁN, María Luisa y DE PRADA, Aurelio. «Globalización y principio de jurisdicción universal: Algunas consideraciones desde la filosofía del derecho». En: LIMA TORRADO, Jesús; OLIVAS CABANILLAS, Enrique; ORTIZ-ARCE DE LA FUENTE, Antonio. *Globalización y Derecho: Una aproximación desde Europa y América Latina*, Madrid: Dilex, 2007.

MARIÑO MENÉNDEZ, Fernando María. «Derechos colectivos y el ordenamiento jurídico Internacional». En: ANSUÁTEGUI ROIG, Francisco Javier y, LÓPEZ, Nicolás María (ed.). *Una discusión sobre derechos colectivos*, Madrid: Editorial Dykinson, 2005.

MARIS SAPPA, Stella y MUSACCHIO, Ofelia (coords.). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo*, Argentina: Gobierno de Salud de la Nación, 2019.

MARSHALL, Geoffrey. *Constitutional Theory*, Oxford: Oxford University Press, 1981.

MARTÍN AYALA, María. «La objeción de conciencia a la interrupción voluntaria del embarazo: procedimiento para su ejercicio. Los registros de objetores», *Derecho y Salud*, vol. 20, núm. 2, 2010.

MARTIN DE LA VEGA, Augusto. «En torno a la laicidad como principio constitucional». En: MARISCAL URETA, Karla Elisabeth (coord.). *Derechos humanos y nuevo orden mundial*, Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca, 2019.

MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro. «La objeción de conciencia del personal sanitario». En MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro (coord.). *Libertad religiosa y Derecho sanitario*, Madrid: Fundación Universitaria Española, 2007.

- «Laicidad e igualdad religiosa: algunas cuestiones debatidas», *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad Autónoma de Madrid*, núm. 13, 2009.

- «La objeción de conciencia: España». En: NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio y MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro (coords.). *La libertad religiosa en España y Argentina*, Madrid: Fundación Universitaria Española, 2016.

MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro y GARCÍA GARCÍA, Ricardo. «La objeción de conciencia en el aborto». En ABELLÁN-GARCIA, Fernando (et al.). *Libertad de conciencia y salud. Guía de casos prácticos*, Granada: Comares, 2008.

- MARTÍN Y PÉREZ DE NANCLARES, José. «Artículo 10. Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión». En: LÓPEZ ESCUDERO, Manuel (ed.). *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea: comentario artículo por artículo*, Madrid: Fundación BBVA, 2008.
- MARTÍNEZ-MONTAUTI, Joaquín. *La relación médico-paciente*, Barcelona: Edicions UB, 2018.
- MARTÍNEZ DE PISÓN CAVERO, José María. «La efectividad de los derechos sociales: de las necesidades básicas al desarrollo humano». En: PEÑA, Lorenzo y AUSÍN DÍEZ, Txetxu (coords.). *Los derechos positivos: las demandas justas de acciones y prestaciones*. Ciudad de México-Madrid: CSIC-Plaza Valdés, 2006.
- MARTÍNEZ LEÓN, María de las Mercedes y RABADÁN JIMÉNEZ, José. «La objeción de conciencia de los profesionales sanitarios en la ética y deontología», *Cuadernos de bioética*, vol. 21, núm. 2, 2010.
- MARTÍNEZ OTERO, Juan María. «El derecho a la objeción de conciencia sanitaria en las últimas reformas». En: ORTEGA ESQUEMBRE, César; RICHART PIQUERAS, Andrés; PÁRAMO VALERO, Víctor; RUÍZ RUBIO, Christian (eds.). *El mejoramiento humano: avances, investigaciones y reflexiones éticas y políticas*, Comares: Granada, 2015.
- MARTÍNEZ OTERO, Juan María. «La objeción de conciencia del personal sanitario en la nueva Ley Orgánica 2/2010, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo», *Cuadernos de bioética*, vol. 21, núm. 73, 2010.
- MARTÍNEZ-TORRÓN, Javier. «La protección internacional de la libertad religiosa» en VV.AA. *Tratado de Derecho Eclesiástico*, Pamplona: EUNSA, 1994.
- *El derecho internacional y las objeciones de conciencia*, Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2000.
 - «Laicidad y actividad positiva de los poderes públicos», *Revista general de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico*, España, núm. 3, 2003.
 - «Las objeciones de conciencia en el derecho internacional y comparado». En: SANCHO GARGALLO, Ignacio. *Objeción de conciencia y función pública*, Madrid: CGPJ, Estudios de derecho judicial, núm.89, 2009.

- «La objeción de conciencia farmacéutica en la reciente jurisprudencia constitucional española: otra oportunidad perdida», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 39, 2015.
- «La objeción de conciencia farmacéutica en la reciente jurisprudencia constitucional española: otra oportunidad perdida», *Revista Latinoamericana de Derecho y Religión*, vol. 1, Núm. 1, 2019.
- MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA, Koldo. «Medicina y objeción de conciencia», *Anales del sistema sanitario de Navarra*, vol. 30, núm. 2, 2007.
- MARTORELL, Maria Victoria; y SÁNCHEZ-URRUTIA, Ana (coords.), *Documento sobre el rechazo de los Testimonios de Jehová a las transfusiones de sangre*, Barcelona: OBD, 2005.
- MASSÓ GUIJARRO, Ester y TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. «Parto y aborto en tiempos de coronavirus: el impacto de la pandemia en los derechos sexuales y reproductivos», *Enhonar. An International Journal of Theoretical and Practical Reason*, núm. 65, 2020.
- MAUTONE ACUÑA, Mariela y RODRÍGUEZ ALMADA, Hugo. «Objeción de Conciencia En El ámbito de La Salud», *Revista Médica Del Uruguay*, vol. 29, núm. 1, 2013.
- MÉDICOS DEL MUNDO. “Semáforo de la aplicación de la reforma sanitaria a los tres meses de su entrada en vigor”, 2012, disponible online: <http://www.sanidadpublicaasturias.org/wp-content/uploads/2012/11/Mapa-sem%C3%A1foro-exclusi%C3%B3n-sanitaria-MdM-V27N1630-2.pdf>
- *Derribando el muro de la exclusión sanitaria. Dos años de la puesta en marcha del Real Decreto 16/2012 en la Comunidad de Madrid*, 2014. Disponible en: https://www.ucm.es/data/cont/docs/85-2015-02-23-documentos_Derribando_la_exclusion_sanitaria_okv2_a58192e3.pdf
- MEDINA CASTELLANO, Carmen Delia. «Objeción de conciencia sanitaria en España: naturaleza y ejercicio», *Derecho PUCP: Revista de la Facultad de Derecho*, núm. 69, 2012.
- MEJÍA QUINTANA, Oscar. *La problemática iusfilosófica de la obediencia al derecho y la justificación constitucional de la desobediencia civil: la tensión entre los paradigmas autopoiético y consensual-discursivo en la filosofía jurídica y política contemporáneas*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2001.

- «La justificación constitucional de la desobediencia civil», *Revista de Estudios Sociales*, núm.14, 2003.
- MELLING, Louise y LEE, Jennifer. «Lessons from Colombia to the United States: An Instructive Framework for Analyzing Conscientious Objection to Abortion». En: *Women's Link Worldwide. T-388/2009. Conscientious objection and abortion: A global perspective on the colombian experience*, Washington D.C.: O'Neill Institute-Georgetown Law, 2014.
- MEULENBERGS, Tom; VERMYLEN, Jos; SCHOTSMANS, Paul. «The current state of clinical ethics and healthcare ethics committees in Belgium», *Journal of Medical Ethics*, vol. 31, núm. 6, 2005.
- MICHELE, Roberto de. *Los códigos de ética en las empresas: instrucciones para desarrollar una política de reglas claras en su organización*. Buenos Aires: Granica, 1998.
- MINISTERO DELLA SALUTE. *Relazione del ministro della salute al parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita (Legge 19 febbraio 2004, núm. 40, articolo 15) - Attività anno 2014 centri procreazione medicalmente assistita - Utilizzo dei finanziamenti (artt. 2 e 18) anno 2015*. Realizado en Roma el 30 de junio de 2016.
- *Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78)*, 2016. Realizado en Roma el 7 de diciembre de 2016.
- MIGUEL BERIAIN, Iñigo de. «La objeción de conciencia de farmacéutico: una mirada crítica», *Revista de Derecho UNED*, vol. 6, 2010.
- MINISTERIO DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN. *Documento sobre la objeción de conciencia en el contexto de la atención de la salud en la provincia de Neuquén*, 2016.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE REPÚBLICA ORIENTAL DE URUGUAY. *Manual de procedimientos para el manejo sanitario de la interrupción voluntaria del embarazo*, 2ª edición, 2016.
- MIRANDA GONÇALVES, Rubén. «La protección de la dignidad de la persona humana en el contexto de la pandemia del Covid-19», *Justiça do Direito*, vol. 34, núm. 2, Mayo-Agosto 2020.

- MIRETE NAVARRO, Luís. «Derecho de resistencia y Constituciones», *Anuario de filosofía del derecho*, núm. 16, 1999.
- MONTALVO JÄÄSKELÄINEN, Federico de. «Objeción de conciencia positiva; en particular, sobre el conflicto planteado al amparo del real decreto-ley 166/2012», *Derecho y Salud*, vol. 26, núm. 2, 2016.
- «Libertad profesional del médico en el nuevo contexto de la relación clínica: su delimitación desde una perspectiva constitucional». *Derecho Privado y Constitución*, núm. 31, 2017.
- MONTES FERNÁNDEZ, Francisco Jose. «El Consejo de Europa», *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, núm. 47, 2014.
- MONTGOMERY, Jonathan. «The virtues and vices of professionalism». En: BHUGRA, Dinesh y MALIK, Amit (eds.). *Mental health professionalism: experts, experience and expectations*, Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
- MONZÓN, María Teresa. «Adaptación de los Códigos Deontológicos de Enfermería nacionales de la UE al código ético y deontológico para la enfermería europea», *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, vol. 2, núm. 1, 2010.
- MORENILLA RODRÍGUEZ, José María. «El derecho al respeto de la esfera privada en la jurisprudencia del TEDH». En: VV.AA. *Honor, intimidad y propia imagen*, Consejo General del Poder Judicial, 1993.
- MORENO, Jonathan. «Do Bioethics Commissions hijack public debate?», *Hastings Center Report*, vol. 3, núm. 26, 1996.
- MORENO, Megan Andreas (et al.). «Ethics of social media research: common concerns and practical considerations», *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, vol. 16, núm. 9, 2013.
- MUJER Y SALUD EN URUGUAY (MYSU), *Información para la acción. Acceso a la información pública sobre Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay*, diciembre de 2015.
- MURPHY, Thérèse. *Health and human rights*, USA: Bloomsbury Publishing, 2013.

NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio. «La objeción de conciencia: Argentina». En: NAVARRO FLORIA, Juan Gregorio y MARTÍN SÁNCHEZ, Isidoro (coords.). *La libertad religiosa en España y Argentina*, Madrid: Fundación Universitaria Española, 2006.

- «Objeción de conciencia a la práctica del aborto en la República Argentina», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 23, 2010.

NAVARRO CASADO, Sílvia. «Las cosas por su nombre: ¿Objeción de conciencia o desobediencia civil?», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 28, 2013.

NAVARRO-MICHEL, Mónica. «¿Objeción de conciencia de los farmacéuticos?: comentario a la Sentencia del Tribunal Constitucional 145/2015, de 25 de junio», *Revista de bioética y derecho*, núm. 35, 2015.

NAVARRO RODRÍGUEZ, Antonio y CASAS HERRADA, Dolores Carmen. «Evolución de los códigos deontológicos en España», *Cuadernos de Comunicación*, núm. 3, 2009.

NAVARRO VALLS, Rafael. «La objeción de conciencia al aborto. Derecho comparado y Derecho español», *Anuario de derecho eclesiástico del Estado*, núm. 2, 1986.

- «La objeción de conciencia al aborto: nuevos datos» En: GUITARTE IZQUIERDO, Vidal y ESCRIVÀ IVARS, Javier. *La objeción de conciencia*, Valencia, Generalitat Valenciana, 1993.

- *Justicia constitucional y factor religioso*. Granada: Comares, 1998.

NAVARRO VALLS, Rafael y MARTÍNEZ TORRÓN, Javier. *Conflictos entre conciencia y Ley. Las objeciones de conciencia*, Madrid: lustel, 2011.

NINO, Carlos Santiago. *Ética y derechos humanos: un ensayo de fundamentación*. 2ª edición. Buenos Aires: Astrea, 1989.

- Fundamentos de derecho constitucional. *Análisis filosófico, jurídico y politológico de la práctica constitucional*. Buenos Aires: Astrea, 1992.

- «Derecho, moral y política», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, 1993.

- *Derecho, moral y política: una revisión de la teoría general del derecho*. Barcelona: Ariel, 1994.

- NOGUERA, María Eugenia. «Desarrollo moral y sociedad», *Revista educación en valores*, núm. 29, 2018.
- NOGUEIRA ALCALÁ, Humberto. «La libertad de conciencia, la manifestación de creencias y la libertad de culto en el ordenamiento jurídico chileno», *Ius et Praxis*, vol. 12, núm. 2, 2006.
- NORRIS, Alison (et al.). «Abortion stigma: a reconceptualization of constituents, causes, and consequences», *Women's Health Issues*, vol. 21, núm. 3, 2011.
- O'CALLAGHAN, Sorcha y PANTULIANO, Sara. «Protective action: incorporating civilian protection into humanitarian response», *ALNAP*, 2007.
- OBSERVATORIO DE BIOÉTICA Y DERECHO. *Recomendaciones para la toma de decisiones éticas sobre el acceso de pacientes a unidades de cuidados especiales en situaciones de pandemia*, Barcelona: OBD, 2020.
- OCHOA RUIZ, Natalia. «Comentario a la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos Asunto Parrillo c. Italia. STEDH (Gran Sala) núm. 46470/11, de 27 de agosto de 2015», *Revista Aranzadi Doctrinal*, vol. 3, Marzo 2017.
- ODELL, Jere D.; COMER, Amber Malcom; RUA, Avril N.; ABHYANKAR, Rahul. «Conscientious objection in the healing professions: a readers' guide to the ethical and social issues», *Medical Library Association Annual Meeting and Exhibition*, May 6-8 Boston, 2013.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE NACIONES UNIDAS. *La objeción de conciencia al servicio militar*, Nueva York-Ginebra, 2010.
- *Prácticas para la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos para eliminar la mortalidad y morbilidad materna evitables*, de 2 de julio de 2012.
- OGANDO DÍAZ, Beatriz y GARCÍA PÉREZ, César. «Veinticinco siglos de paternalismo, 25 años de autonomía: una aproximación histórica a los cambios en la relación clínica», *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 21, núm. 3, 2000.
- OJEDA RIVERO, Rafael. «Autonomía moral y objeción de conciencia en el tratamiento quirúrgico de testigos de Jehová», *Cuadernos de bioética*, vol. 23, núm. 79, 2012.

OLIVA BLÁZQUEZ, Francisco. «La objeción de conciencia ¿un derecho constitucional?» En: ALARCOS MARTÍNEZ, Francisco José (dir.). *Objeción de conciencia y sanidad*. Granada: Comares, 2011.

OLIVAS CABANILLAS, Enrique. «La teoría Hegeliana de la sociedad civil: la primera crítica contemporánea a la concepción liberal de la sociedad», *Nómadas: Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, núm. 33, 2012.

OLIVERA, Aline Albuquerque de. «The intersection between bioethics and human rights in the light of the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights», *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*, núm. 34, 2011.

OLIVERAS JANÉ, Neus. «La evolución de la libertad religiosa en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional», *Revista catalana de dret públic*, núm. 33, 2006.

OLLERO TASSARA, Andrés. «Reflexiones sobre el anteproyecto de Ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 27, 2011.

OMERO, Mariana y BERGALLO, Paola (coords.). *Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos no Punibles*. Argentina: Gobierno de Salud de la Nación, 2010.

ONTSI. *Las TIC en el Sistema Nacional de Salud (SNS)*, 2008.

- *Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y aplicación de las TIC en el ámbito sanitario*. Ministerio de Industria, Energía y Turismo, 2016. Disponible en: <<http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/197>>

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Guía sobre las buenas prácticas en el trabajo*. Ginebra: OIT, 2008.

ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL. *Código de Deontología Médica. Guía de ética médica*, Madrid: Organización Médica Colegial de España, 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. «Global distribution of health workers in WHO Member States». *The World Health Report*, 2006.

-
- *Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2012.
 - *Respeto de los derechos humanos cuando se proporcionan información y servicios de anticoncepción. Orientación y recomendaciones*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.
 - *Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015.
- ORTEGA GUTIÉRREZ, David. «La objeción de conciencia en el ámbito sanitario», *Revista de Derecho Político*, núm. 45, 1999.
- ORTIZ, María Iliana y PALAVECINO, Susana. «Bioética para una salud pública con responsabilidad social», *Acta Bioética*, vol. 11, núm. 1, 2005.
- OSUNA FERNANDEZ-LARGO, Antonio. *Teoría de los Derechos Humanos. Conocer para practicar*, Salamanca-Madrid: San Esteban- Edibesa, 2001.
- PADILLA, Norberto. «Aborto y "muerte digna" en la Argentina. (Objeción de conciencia según la Corte Suprema y Protocolos de aplicación)», *Revista Latinoamericana de Derecho y Religión*, núm. 1, 2015.
- «Objeción de conciencia frente al aborto», *Anuario del Centro de Derecho Constitucional*, núm. 4, 2016.
- PALACIO LAPUENTE, Fernando. «Los derechos de los pacientes: algunas reflexiones desde la atención primaria», *Revista de Calidad Asistencial*, vol. 20, núm. 6, 2005.
- PALMER, Elloe. «Protecting socio-economic rights through the European Convention on Human Rights: trends and developments in the European Court of Human Rights», *Erasmus Law Review*, Vol. 2, núm. 4, 2009.
- PAPAGEORGIOU, Achilleas (et al.). «Security and privacy analysis of mobile health applications: The alarming state of practice», *IEEE Access*, vol. 6, 2018.
- PÁRAMO ARGÜELLES, Juan Ramón de. «Bienestar, derechos y autonomía». En: MUGUERZA CARPINTIER, Javier y PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio (coords.). *El fundamento de los derechos humanos*, Madrid: Debate, 1989.

- *Tolerancia y liberalismo*. Cuadernos y Debates (col.). Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1993.
- PARDO, Antonio. "Primer convenio internacional para regular la biomedicina", *Acepresa*, de 9 de abril de 1997.
- PARDO PRIETO, Paulino César. Laicidad y símbolos en pronunciamientos judiciales, *Revista Jurídica Castilla & Leon*, vol. 27, 2012.
- PAREJO GUZMÁN, María José. «Reflexiones sobre el asunto Lautsi y la jurisprudencia del TEDH sobre símbolos religiosos: hacia soluciones de carácter inclusivo en el orden público europeo», *Revista de Derecho Comunitario Europeo*, 2010.
- PARFIT, Derek. «Equality and priority», *Ratio (new series)*, vol.10, núm. 3, 1997.
- PASSERIN D'ENTRÈVES ET COURMAYEUR, Alessandro. *Obbedienza e Resistenza in una società democratica e altri saggi*, Milán: di Comunità, 1970.
 - «Legitimidad y resistencia». Manuel Atienza Rodríguez (trad.), *Sistema*, núm.13, 1976.
- PAÚL DÍAZ, Álvaro. «Protocolo 14: Mejorando la Eficiencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos», *Revista chilena de derecho*, núm. 37, vol. 3, 2010.
- PAZOS HAYASHIDA, Javier. «Autonomía del Paciente y Libertad del Profesional Sanitario. (De la Protección del Sujeto a la Objeción de Conciencia en Medicina)», *IUS: Revista de investigación de la Facultad de Derecho*, núm. 4, 2012.
- PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio. «Reflexiones sobre los derechos económicos, sociales y culturales». En: *Actas de las IV Jornadas de Profesores de Filosofía del Derecho (Murcia, diciembre, 1978)*. *Derechos económicos, sociales y culturales: para una integración histórica y doctrinal de los derechos humanos*, Murcia: Universidad de Murcia, 1981.
 - «Los deberes fundamentales», *DOXA: Cuadernos de Filosofía del Derecho*, núm. 4, 1987.
 - «Desobediencia civil y objeción de conciencia», *Anuario de Derechos Humanos*, núm. 5, 1988-1989.
 - «Los valores superiores», *Anuario de filosofía del derecho*, núm. 4, 2000.

- PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio; FERNÁNDEZ GARCIA, Eusebio; DE ASÍS ROIG, Rafael. «La obediencia al derecho». En: PECES-BARBA MARTÍNEZ, Gregorio; FERNÁNDEZ GARCIA, Eusebio; DE ASÍS ROIG, Rafael (ed.). *Curso de Teoría del Derecho*. 2a edición. Barcelona: Marcial Pons, 2000.
- PECORELLA, Claudia. «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 (Ejemplar dedicado a: Las fronteras del derecho biosanitario)*, núm. 8, 2014.
- PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, Ángel. «La objeción de conciencia sanitaria». En: GARRIDO GÓMEZ, María Isabel (ed.). *Libertad ideológica y objeción de conciencia: pluralismo y valores en derecho y educación*, Madrid: Dykinson, 2011,
- PELLEGRINO, Edmund Daniel. «Professional Codes». En: SUGARMAN, Jeremy; SULMASY, Daniel P. (et al.) *Methods in Medical Ethics*, Washington D.C.: Georgetown University Press, 2001.
- PELLEGRINO, Edmund Daniel. «La conciencia del médico, cláusulas de conciencia y creencia religiosa: una perspectiva católica», *Cuadernos de bioética*, vol. 25, núm. 83, 2014.
- PENASA, Simone. «La frágil rigidez de la ley italiana de reproducción asistida contra la rígida flexibilidad del modelo español: contenido vs. procedimiento», *Revista de bioética y derecho*, núm. 18, 2000.
- PEÑA, Lorenzo y AUSÍN DÍEZ, Txetxu (eds.). *Los derechos positivos: las demandas justas de acciones y prestaciones*, Ciudad de México-Madrid: CSIC-Plaza y Valdés, 2006.
- PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. «Las generaciones de derechos fundamentales», *Revista del centro de estudios constitucionales*, núm. 10, 1991.
- «Dimensiones de la igualdad material». En: PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique. *Dimensiones de la igualdad*, 2ª edición, Madrid: Dykinson, 2007.
 - *Los derechos fundamentales*. Madrid: Tecnos, 2014.
- PEREZ-MORENTE, María Angeles (et al.). «Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud», *Revista de Paz y Conflictos*, vol. 10, núm. 2, 2017.

PIEKAREWICZ SIGAL, Mina. «Bioética y aborto en América Latina». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia. *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, Pamplona: Civitas, 2012.

PIGA RIVERO, Antonio. «¿Puede el médico oponerse a la norma que niega asistencia sanitaria pública a pacientes sin derecho alegando objeción de conciencia?», *Actualidad del derecho sanitario*, núm. 196, 2012.

PISARELLO PRADOS, Gerardo. «Los derechos sociales y sus garantías: por una reconstrucción democrática, participativa y multinivel». En: PISARELLO PRADOS, Gerardo. *Los derechos sociales y sus garantías: elementos para una reconstrucción*. Madrid: Trotta, 2007.

POLIN, Raimond. *L'obligation politique*. París: PUF, 1971.

PORTELA, Jorge Guillermo. «Hacia una justificación de la objeción de conciencia», *El Derecho*, núm. 2, 1993.

- «La justificación iusnaturalista de la desobediencia civil y de la objeción de conciencia», *Revista Facultad de Derecho y Ciencias Políticas*, vol. 36, núm. 105, 2006.

POVEDA-MORAL, Silvia; BOSCH-ALCAZAR, Alejandro; FALCÓ-PEGUEROLES, Anna. «La planificación de decisiones anticipadas como estrategia preventiva de conflictos éticos en urgencias y emergencias durante y después de la COVID-19», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 50, 2020.

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI. Comitato Nazionale per la Bioetica. *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, de 14 luglio 1995.

- *Le vaccinazioni*, de 22 settembre 1995.
- *Identità e statuto dell'embrione umano*, de 22 giugno 1996.
- *Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi*, de 8 luglio 1997.
- *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, de 18 dicembre 2003.
- *Nota sulla contraccezione d'emergenza*, de 28 maggio 2004.

-
- *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, de 24 ottobre 2008.
 - *Metodologie alternative, comitati etici e l'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale* , de 18 dicembre 2009.
 - *Metodologie alternative, comitati etici e l'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale*, di 18 dicembre 2009.
 - *Nota in merito all'obiezione di coscienza del farmacista alla vendita di prodotti contraccettivi di emergenza*, di 25 febbraio 2011.
 - *Obiezione di coscienza e bioética*, de 12 de julio de 2012.
 - *En merito ad alcuni problemi bioetici sollevati dalla legge 6 agosto 2013, núm. 96, art. 13 "Criteri di delega al Governo per il recepimento della direttiva 2010/63/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 settembre 2010" Risposta al quesito posto al Comitato Nazionale per la Bioetica dalla Senatrice prof. Elena Cattaneo*, di 24 gennaio 2014.
 - *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, di 18 luglio de 2019.

PRIETO, Vicente. *La objeción de conciencia en instituciones de salud*. Bogotá-Colombia: Tercer Milenio, 2013.

PRIETO SANCHÍS, Luis. *Sobre Principios y Normas. Problemas del razonamiento jurídico*, Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 1992.

- *Constitucionalismo y positivismo*, Ciudad de México: Fontamara, 1997.
- «La limitación de los derechos fundamentales y el derecho de clausura del sistema de libertades». En: CARBONELL SÁNCHEZ, Miguel (coord.). *Teoría constitucional y derechos fundamentales*, Ciudad de México: CNDH, 2001.
- «El constitucionalismo de los derechos». En: CARBONELL SÁNCHEZ, Miguel (ed.). *Teoría del neoconstitucionalismo: ensayos escogidos*, Madrid: Trotta, 2007.

PUYOL, Lucia; CONDRAC, Paula; MANZUR, Mirtha. *La muerte de Ana María Acevedo: Bandera de lucha para el Movimiento de Mujeres*, Santa Fe: AWID women's rights, 2009.

PUYOL GONZÁLEZ, Ángel. «Ética, derechos y racionamiento sanitario», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, núm. 22, 1999.

- «Hay bioética más allá de la autonomía», *Revista de bioética y derecho*, núm. 25, 2000.

- «Del derecho a la salud a la ética del racionamiento sanitario», *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, núm. 52, noviembre 2017.

QUIRÓS FONS, Antonio. «Retos de la libertad religiosa en ámbito sanitario: situación en el último estado miembro de la UE», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 45, 2017.

RAMOS MEJÍA, Agustina (coord.). *Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción del embarazo*, Argentina: Gobierno de Salud de la Nación, 2015.

RAMOS PRIETO, Gabriela Pamela. «Derechos del Profesional en la Atención Clínica», *Revista de Actualización Clínica Investiga*, vol. 32, 2013.

RAPHAEL, David Daiches. *Problemas de filosofía política*. Dolores González (trad.). Madrid: Alianza, 1983.

RAWLS, John. *La justicia como equidad, una reformulación*, Barcelona: Paidós, 2002.

RAZ, Joseph. *The authority of law*, Oxford: Clarendon press, 1979.

- «Liberalism, autonomy, and the politics of neutral concern», *Midwest Studies in Philosophy*, vol. 1, núm. 7, 1982.

RAZETO MIGLIARO, Luís. «El debate sobre las necesidades, y la cuestión de la “naturaleza humana” (teniendo como trasfondo la interrogante sobre la posibilidad de una nueva civilización)», *POLIS Revista Latinoamericana*, 2011.

Revista Furias (Uruguay). *Dossier Especial, el aborto en nuestra América. 28 de septiembre, Día Internacional por la Despenalización del Aborto en América Latina y el Caribe*, núm. 25, 2015.

RAZZANO, Giovanna. «La sentencia no. 242/2019 del Tribunal Constitucional italiano sobre el suicidio asistido y consideraciones sobre la dignidad humana y el principio de autonomía a la luz de la pandemia del coronavirus», *Ita Ius Esto. Revista de*

- estudiantes*, Decimoquinta edición, 2020.
- REPULLO LABRADOR, José Ramón. «Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014», *Gaceta Sanitaria*, núm. 28, suplemento núm. 1, 2014.
- REY MARTÍNEZ, Fernando. «La protección jurídica de la vida ante el tribunal de estrasburgo: un derecho en transformación y expansión», *Revista del Centro de Estudios constitucionales*, vol. 7, núm. 1, 2009.
- RHODES, Rosamond. «Justice in medicine and public health», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 14, núm. 1, 2005.
- «The ethical standard of care», *The American Journal of Bioethics*, vol. 6, núm. 2, 2006.
 - «The professional responsibilities of the medicine». In: RHODES, Rosamond (et. al).. *The Blackwell guide to medical ethics*, USA: Blackwell Publishing, 2007.
- RICHARDS, Thomas Martin. «The World Medical Association: can hope triumph over experience?», *BMJ: British Medical Journal*, núm. 308, 1994.
- RINCON EIZAGA, Lorena. «La protección de los derechos humanos en las Américas», *Revista de Ciencias Sociales*, vol. X, núm. 3, diciembre-marzo, 2004.
- RIVERA, José Antonio. «Limitaciones en las acciones y resoluciones de la comisión interamericana de los derechos humanos». En: CARRASCO DURAN, Manuel; PÉREZ ROYO, Francisco Javier; URÍAS MARTÍNEZ, Joaquín; TEROL BECERRA, Manuel José (coord). *Derecho constitucional para el siglo XXI: actas del VIII Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional*, Navarra: Thomson Reuters Aranzadi, 2006.
- ROA, Mónica. "La objeción de conciencia es un escudo, no una espada", *La razón pública*, de 11 de Octubre de 2010. Disponible en: <https://razonpublica.com/la-objecion-de-conciencia-en-el-aborto-escudo-no-espada/>
- ROBINSON, Erica F. (et al.). «Preserving and advocating for essential care for women during the coronavirus disease 2019 pandemic», *American Journal of obstetrics and Gynecology*, vol. 223, núm. 2, 2020.
- ROBINSON, Mary. *Discurso de clausura del Congreso Universitario Internacional de la Universidad del País Vasco*, 1998. Disponible en:

<<http://www.oc.lm.ehu.es/cupv/univ98/Ponencias/Mary.html>>

ROCA FERNÁNDEZ, María Jose. «Derechos confesionales e integración de las confesiones religiosas. Aspectos institucionales y personales de la autonomía a la objeción de conciencia». En: FERRERO GALGUERA, Juan (coord.) *Jornadas Jurídicas Sobre Libertad Religiosa en España (Ministerio de Justicia)*, Madrid, 2013.

RODRÍGUEZ MARÍN, Esteban. «La extensión de la eugenesia en el ámbito sanitario español a través del diagnóstico prenatal», *Cuadernos de bioética*, vol. 23, núm. 77, 2012.

RODRÍGUEZ PANIAGUA, José María. «El deber jurídico y la obligación de obediencia al Derecho», *Anuario de filosofía del Derecho*, núm. 14, 1969.

RODRÍGUEZ-TOUBES MUÑIZ, Joaquín. «Tolerancia de la objeción de conciencia sobrevenida», *Anuario de Filosofía del Derecho*, núm. 14, 1997.

ROMEO CASABONA, Carlos María. «La objeción de conciencia en la praxis médica», *Estudios Jurídicos en memoria del profesor Dr. D. José Ramón Casabó Ruiz*, vol. 2, Valencia: Universidad Valenciana, 1997.

- «Diversidad cultural y pluralismo en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos», *Revista de derecho y genoma humano: genética, biotecnología y medicina avanzada*, núm. 35, 2011.

ROMEO CASABONA, Carlos María. y URRUELA MORA, Asier. «La gestión de soportes vitales escasos en contextos de pandemia. Reflexiones acerca de la aplicación de traajes en el marco del COVID-19», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 50, 2020.

ROMERO, Serafín (et al.). «Debate sobre la objeción de conciencia: ¿es necesario regularla?», *Revista oficial del Consejo General de colegios médicos de España. Organización Médica Colegial*, número 15, octubre 2010.

ROSAS JIMÉNEZ, Carlos Alberto. «The patient as “text” according to Ricoeur: bioethics implications», *Revista Bioética*, vol. 22, núm. 2, 2014.

ROSS, Lainie Friedman (et al.). «Human subjects protections in community-engaged research: A research ethics framework», *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*, vol. 5, núm.1, 2010.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. *El contrato social*. María José Villaverde (trad.). Barcelona: Akal, 2008.

ROVIRA VILLADEMOROS, Fernando. «Límites a la objeción de conciencia. Importancia del tema». En: AIZENBERG, Marisa (dir.). *Estudios acerca del derecho de la salud*, Buenos Aires: Facultad de Derecho UBA, Thomson Reuters La Ley, 2014.

ROYES QUI, Albert. «La eutanasia y el suicidio médicamente asistido». *Psicooncología*, núm. 5, 2000.

- *Documento Sobre Las Voluntades Anticipadas*. Barcelona: OBD, 2001.

- «Bioética y práctica clínica: propuesta de una guía para la toma de decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico», *Revista de calidad asistencial*, vol. 20, núm. 7, 2005.

- «El consentimiento informado y los documentos de voluntades anticipadas». En: CASADO GONZÁLEZ, María (comp.). *Nuevos materiales de bioética y derecho*, Ciudad de México: Fontamara, 2007.

RUIZ-BURSÓN, Francisco Javier. «La regulación de la objeción de conciencia en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo», *Persona y Derecho*, núm. 63, 2010.

RUIZ HORNILLOS, Javier. «La objeción de conciencia farmacéutica», *ABIMAD*, 2015.

RUIZ MIGUEL, Alfonso. «Sobre la fundamentación de la objeción de conciencia», *Anuario de Derechos Humanos*, 1986, vol.4 , 1986.

- *El aborto problemas constitucionales*, Madrid: Centro de estudios constitucionales, 1990.

- «Derechos liberales y derechos sociales», *DOXA: Cuadernos de filosofía del derecho*, vol. 2, núms. 15-16, 1994.

- «La objeción de conciencia en general y en deberes cívicos». En: MAQUEDA ABREU, María Luisa (dir.). *Libertad ideológica y derecho a no ser discriminado*, Madrid: Consejo General del Poder Judicial, 1996.

SAIGÍ RUBIÓ, Francesc. «La informatització de la informació sanitària: projectes i experiències d'història clínica compartida». En: CASTELLS OLIVÁN, Manuel (ed.). *Modernització tecnològica, canvi organitzatiu i servei als usuaris en el sistema de salut de Catalunya*, Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya, 2007.

SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón. «Aborto: objeción de conciencia del profesional sanitario y derecho de la mujer a decidir». En: CHIEFFI, Lorenzo; SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón (coord.) *Questioni di inizio vita: Italia e Spagna : esperienze in dialogo*, Milán: Mimesis, 2015.

SALCEDO HERNÁNDEZ, José Ramón. «Objeción de conciencia sanitaria». En ANDREU MARTÍNEZ, Belén; FERNÁNDEZ CAMPOS, Juan Antonio; SALCEDO HERNÁNDEZ, Juan Ramón (dir.). *Derecho y salud : estudios de Bioderecho : (comentarios a la Ley 3/2009, de Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia*, Murcia: Editum, 2013.

SAN JOSÉ, Carlos. «Medidas de seguridad en la custodia y gestión de las historias clínicas». En: BUISAN ESPELETA, Lúdia y SÁNCHEZ URRUTIA, Ana. *Intimidad, confidencialidad y protección de los datos de salud*, Navarra: Aranzadi Thomson Reuters, 2011.

SÁNCHEZ CARO, Javier. «La objeción de conciencia sanitaria», *Derecho y Salud*, vol. 20, núm. 2, 2010.

- «La objeción de conciencia sanitaria». En: ABELLÁN GARCIA, Fernando y SÁNCHEZ CARO, Javier. *Salud sexual y reproductiva: Aspectos científicos, éticos y jurídicos*, Comares: Granada, 2010.

SÁNCHEZ CARO, Javier y ABELLÁN GARCÍA, Fernando. «La objeción de conciencia sanitaria», *Revista de la Escuela de Medicina Legal*. Universidad Complutense, núm.15, 2010.

SÁNCHEZ FIDELI, María Amparo y TOMÁS GARRIDO, Gloria María. «Objeción de conciencia y de ciencia en la investigación de la industria farmacéutica». En: TOMÁS GARRIDO, Gloria María (coord.). *Entender la objeción de conciencia*, Murcia: Fundación Universitaria San Antonio, 2011.

SÁNCHEZ GONZÁLEZ, María Paz. *La impropriadamente llamada objeción de conciencia a los tratamientos médicos*, Valencia; Tirant lo Blanch, 2002.

- SÁNCHEZ-TARAZAGA, Jorge. «Algunas reflexiones acerca de la sentencia del Tribunal Constitucional de 25 de junio de 2015 sobre la objeción de conciencia y la PDD», *Revista General de Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, vol. 39, 2015.
- SANDOVAL TERÁN, Areli. (coord.). *Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: EXIGIBLES y JUSTIFICABLES. Preguntas y respuestas sobre los DESC y el Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, México: Espacio DESC, 2010.
- SANTOS ARNAIZ, José Antonio. «Falsos derechos y buenas intenciones. A propósito del derecho de resistencia de las constituciones contemporáneas». En: HERMIDA DEL LLANO, Cristina (coord.). *Nuevos derechos y nuevas libertades de Europa*, Madrid: Dykinson, 2015.
- SANZ CABALLERO, Susana. «La contribución del Consejo de Europa al acervo de la UE en materia de Derechos Fundamentales: sinergias y divergencias de ambos sistemas». En FERNÁNDEZ SOLA, Natividad (coord.), *Unión europea y Derechos Fundamentales en perspectiva constitucional*, Dykinson: Madrid, 2004.
- «El comienzo y el fin de la vida humana ante el TEDH: el aborto y la vida humana a debate», *Cuadernos Europeos de Deusto*, núm. 31, 2004.
- SARABIA ÁLVAREZUDE, José y SANTIAGO GORDILLO, Paloma. «Atención a los pacientes con enfermedades en fase terminal: la opinión de los ciudadanos», *Medicina Clínica*, vol. 138, núm. 2, 2012.
- SAURA ESTAPÀ, Jaume. «La Organización Mundial de la Salud y la cooperación internacional frente a las grandes pandemias: el nuevo reglamento sanitario internacional». En: PONS RÀFOLS, Xavier (ed.). *Salud pública mundial y Derecho Internacional*, Madrid: Marcial Pons, 2010.
- «La exigibilidad jurídica de los Derechos humanos: especial referencia a los derechos económicos, sociales y culturales», *Papeles el tiempo de los derechos*, núm. 2, 2011.
- «El estándar jurídico internacional sobre la interrupción voluntaria del embarazo reflexiones en perspectiva de derechos humanos», *Revista electrónica de Estudios Internacionales*, núm. 29, 2015.

SAHUQUILLO, Maria R. "La objeción como boicot", *La Vanguardia*, de 8 de octubre de 2010. Disponible en:

http://elpais.com/diario/2010/10/08/sociedad/1286488801_850215.html

SAVULESCU, Julian. «Conscientious objection in medicine», *BMJ: British Medical Journal*, vol. 332, 2006.

SCHENKER, Joseph G. and CAIN, Joanna M.. «Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health», *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 64, núm. 3, 1999.

SEATZU, Francesco. «The Experience of the European Court of Human Rights with the European Convention on Human Rights and Biomedicine», *Utretch Journal of International and European Law*, vol. 31, núm. 81, 2015.

SEGLERS GÓMEZ-QUINTERO, Alex. «Conflictos ocultos, integración y límites a la libertad religiosa», *Revista General Derecho Canónico y Derecho Eclesiástico del Estado*, núm. 7, 2005.

- *La laicidad y sus matices*. Granada: Comares, 2005.

SEMICYUC. «Recomendaciones en Medicina Intensiva», *Medicina Intensiva*, vol. 26, núm. 6, 2002.

SEOANE RODRÍGUEZ, José Antonio. «El perímetro de la objeción de conciencia médica. A propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová», *Indret: Revista para el Análisis del Derecho*, núm. 4, 2009.

- «Historia clínica y derechos fundamentales. Una reflexión sobre las anotaciones subjetivas», *Datospersonales.org: La revista de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid*, núm. 21, 2006.

- «Objeción de conciencia positiva», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 32, 2014.

- "Nuevas formas de objeción de conciencia". En: SANTOS ARNAIZ, José Antonio; HERMIDA DEL LLANO, María Cristina (coord.) y OLLERO TASSARA, Andrés (hom.). *Una filosofía del derecho en acción: homenaje al profesor Andrés Ollero*, Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, 2015.

-
- «¿Objeción de conciencia positiva?». En: SANTOS ARNAIZ, José Antonio; ALBERT MÁRQUEZ, Marta; HERMIDA DEL LLANO, María Cristina (ed.). *Bioética y nuevos derechos*, Granada: Comares, 2016.
- SEPPER, Elizabeth. «Taking conscience seriously», *Virginia Law Review*, vol. 98, 2012.
- «Gender matters. Women, social policy, and the 2012 election: contraception and the birth of corporate conscience», *American University Journal of Gender, Social Policy & the Law*, vol. 22, 2014.
- «Gendering corporate conscience», *Harv. Women's LJ*, vol. 38, 2015.
- SERNA, Adriana y ORTIZ, Olga. «Ventajas y desventajas de la historia clínica electrónica», *Actual. Enferm*, vol. 8, núm. 2, 2005.
- SERRANO PEREZ, María Mercedes. *El derecho fundamental a la protección de datos. Derecho español y comparado*, Madrid: Civitas, 2003.
- «Reflexiones jurídicas sobre un registro de médicos objetores a la interrupción del embarazo», en *Juristas de la Salud*.
- SIEIRA MUCIENTES, Sara. *La objeción de conciencia sanitaria*, Madrid: Dykinson, 2000.
- «La objeción de conciencia sanitaria». En: SANCHO GARGALLO, Ignacio (dir.), *Estudios de derecho judicial, núm. 89 (ejemplar dedicado a objeción de conciencia y función pública)*, 2006.
- SIMÓN LORDA, Pablo y BARRIO CANTALEJO, Inés María. «La eutanasia en Bélgica», *Revista Española de Salud Pública*, vol. 86, núm. 1, 2012.
- SINGER, Peter. «El debate sobre la interpretación constitucional en la reciente doctrina norteamericana», *Revista Cortes Generales*, 1985.
- *Democracia y desobediencia*, Marta I. Guastavino (trad.), Ariel, 1985.
- *Ética práctica*, Madrid: Akal, 2009.
- SISO MARTÍN, Juan. «Protección y tutela de los derechos del usuario en el Sistema Nacional de Salud», *Revista CONAMED*, vol. 1, núm. 14, 2000.
- SMELSER, Neil (et al.). «La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica», *Medicina clínica*, vol. 118, núm. 18, 2002.

SOBRINO GUIJARRO, Irene. «Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España», *Lex social. Revista de derechos sociales*, vol. 3, núm 2, 2013.

SOLAR CAYÓN, José Ignacio. «Pluralismo, democracia y libertad religiosa: consideraciones (críticas) sobre la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos», *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho (Ejemplar dedicado a: XXI Jornadas de la Sociedad Española de Filosofía Jurídica y Política, "Problemas actuales de la Filosofía del Derecho")*, Universidad de Valencia, núm. 15, 2007.

SONFIELD, Adam. *Rights vs Responsibilities: Professional Standards and Provider Refusals*, EUA: Guttmacher Institute. 2005.

SQUELLA NARDUCCI, Agustín. *Derecho y moral. ¿Tenemos obligación moral de obedecer al derecho?*, Valparaíso: Edeval, 1989.

STEINKAMP, Norbert (et al.). «Regulation of healthcare ethics committees in Europe», *Medicine, Health Care, and Philosophy*, vol. 10, núm. 4, 2007.

TALAVERA FERNÁNDEZ, Pedro Agustín. «La objeción de conciencia y su repercusión en el ámbito sanitario». En: BELLVER CAPELLA, Vicente. *Bioética y cuidados de enfermería*, Vol. 2, 2014.

TARODO SORIA, Salvador. *Libertad de conciencia y derechos del usuario de los servicios sanitarios*, Bilbao: Universidad del País Vasco, Servicio Editorial, 2005.

TERÉS QUILES, Josep. «Document de Posició. Sobre la interrupció voluntaria del embaràs», *Revista del COMB*, octubre 2014.

TERRIBAS I SALA, Núria. «Objeción de conciencia del profesional y derechos del paciente», *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, vol. 17, núm. 10, 2010.

THIBAUD, Collin. «L'Objection de conscience, un manque de professionnalisme?», *Génétique*, 2016.

THOREAU, Henry David. *El deber de la desobediencia civil*. Medellín: Pi, 2008.

- TORRES GUTIERREZ, Alejandro. «Objeción de Conciencia a las Transfusiones de Sangre por los Testigos de Jehová». En: ALENZA GARCÍA, José Francisco; ARCOS VIEIRA, María Luisa (dir.). *Nuevas perspectivas jurídico-éticas en Derecho sanitario*, Navarra: Aranzadi Thomson Reuters, 2013.
- TORROJA MATEU, Helena. «¿Un derecho de propiedad sobre los embriones in vitro? ¿Un derecho a decidir su donación a la ciencia? Un controvertido debate TEDH Parrillo c. Italia», *Revista General de Derecho Europeo*, núm. 39, 2016.
- TRIPODINA, Chiara. «Decisioni giurisprudenziali e decisioni politiche nell'interpretazione del diritto alla vita. Riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte costituzionale». *Giurisprudenza costituzionale*, núm. 6, 2006.
- «Diritti alla fine della vita e costituzione», *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, vol. 18, Núm. 2S, 2019.
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos. The ECHR, Facts and Figures of 2014, febrero, 2015.
- *The ECHR, Facts and Figures of 2018*, febrero, 2019.
 - *Overview 1959-2019*, febrero, 2020.
 - *The ECHR, Facts and Figures of 2019*, febrero, 2020.
- TRIVIÑO CABALLERO, Rosana. *El peso de la conciencia: la objeción en el ejercicio de las profesiones sanitarias*, Madrid-Ciudad de México: CSIC-Plaza y Valdés, 2014.
- «Segregación sanitaria, derecho a la salud y objeción de conciencia». En: LÓPEZ DE LA VIEJA, María Teresa (dir.). *Bioética en plural*, Dilemata, Madrid: Plaza y Valdés, 2014.
 - «Bioética feminista y objeción de conciencia al aborto: la lucha continua», *Dilemata*, año 6, núm.15, 2014.
 - «Nuevas formas de objeción de conciencia. ¿A grandes males, grandes remedios?». En: *Actas del I Congreso Internacional de la Red Española de Filosofía*, Madrid, vol. XV, 2015.

TRUJILLO-PÉREZ, Isabel. «Estado de derecho y práctica de los derechos humanos. Estado de derecho y práctica de los derechos humanos», *Persona y derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos*, núm. 73, 2015.

- «La ética profesional y la autonomía de lo jurídico en el derecho del futuro», *Persona y derecho: Revista de fundamentación de las Instituciones Jurídicas y de Derechos Humanos*, núm. 79, 2018.

TRUONG, Michelle y WOOD, Susan Y. *No es conciencia. Cuando los proveedores niegan la atención al aborto*, Uruguay: Mujer y salud Uruguay, 2018.

TRUYOL y SERRA, Antonio. *Los derechos humanos*, 3ª edición, Madrid: Tecnos, 2004.

TURONE, Fabio. «Italian court upholds couple's demand for preimplantation genetic diagnosis», *BMJ: British Medical Journal*, núm. 335, 2000.

TURCO, Susana. “Aborto, l'Europa bacchetta l'Italia. Ma per la Lorenzin è tutto a posto”, *L'Espresso*, de 11 de abril de 2016. Disponible en: <http://espresso.repubblica.it/attualita/2016/04/11/news/aborto-l-europa-bacchetta-l-italia-ma-per-la-lorenzin-e-tutto-a-posto-1.258292?refresh_ce>

UGARTEMENDÍA ECEIZABARRENA, Juan Ignacio. «El derecho de resistencia y su “constitucionalización”», *Revista de estudios políticos*, núm. 103, 1999.

UNESCO. *Towards a Declaration on Universal Norms on Bioethics (IBC). Outline for the preparation of the written contribution of organizations and institutions on the possible scope and structure of a declaration on universal norms on bioethics*, 27-29 de abril de 2004.

- *Results of the written consultation on the third outline of a declaration on universal norms on bioethics*, agosto de 2004.

- *Guía núm. 1 de Creación de comités de Bioética. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*, París: UNESCO, 2005.

- *Preliminary Draft Declaration Universal Norms on Bioethics*, 9 de febrero de 2005.

- *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC) on consent*, 2008.

- *La ética de la Ciencia y Tecnología en la UNESCO, División de Ética de la Ciencia y*

-
- la Tecnología Sector de Ciencias Sociales y Humanas Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), París: UNESCO, 2008.*
- *Report of the International Bioethics Committee of UNESCO on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity, 2013.*
 - *Report of the IBC on the Principle of Non-discrimination and Non-stigmatization, 2014.*
- VALLESPÍN OÑA, Fernando. *Nuevas teorías del contrato social: John Rawls, Robert Nozick y James Buchanan*, Madrid: Alianza, 1985.
- VASSALLO, Marta. *En nombre de la vida*, Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir, 2005.
- VAZQUEZ ALONSO, Víctor Javier. «Laicidad y libertad religiosa en la jurisprudencia de la Corte Europea de Derechos Humanos: una convivencia necesaria y difícil», *Estudios de Deusto*, vol. 56, núm. 2, 2012.
- «Objeción de conciencia empresarial y “guerra de religión” en los Estados Unidos. Reflexiones a partir de *Burwell v. Hobby Lobby Stores, Inc*», *Revista chilena de derecho y ciencia política*, vol. 9, núm. 1, 2018.
- VAZQUEZ CARDOZO, Rodolfo. Laicidad, religión y deliberación pública, *DOXA: Cuadernos de filosofía del Derecho*, núm. 31, 2008.
- VENTURA, T.; BABIANO, B.; NEBOT, M.; QUINTANILLA, M.A.; VELA, P. «Los Comités de ética asistencial como promotores de salud». En: ORTEGA ESQUEMBRE, César (et al. ed.). *El mejoramiento humano. Avances, investigaciones y reflexiones éticas y políticas*, Granada: Comares, 2015.
- VERGARA, Victoria y GUTIÉRREZ, Gianni. «Objeción de conciencia: todavía hay jueces en Berlín... y también en Uruguay», *Revista de derecho y tribunales*, núm. 26, 2014.
- VERGÉS DE LÓPEZ, Claude. «Salud pública en América Latina». En: CASADO GONZÁLEZ, María y LUNA, Florencia (coords.). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*, Pamplona: Civitas, 2012.
- VIDAL-BOTA, Joan; SARRIAS LORENZ, Xavier; ROS SEVILLA, Fernando. «¿Están siendo útiles los comités éticos asistenciales?», *Cuadernos de Bioética*, vol. 17, núm. 61, 2006.

VITALE, Ermanno. *Defenderse del poder: por una resistencia constitucional*. VÁSQUEZ, Paula Sofía y SALAZAR UGARTE, Pedro (trad.), Madrid: Trotta, 2012.

VOLTAS BARÓ, Dolores. «La objeción de conciencia y el aborto: sobre el concurso de plazas para las Unidades de Reproducción Humana», *Cuadernos de Bioética*, vol. 1, núm. 2, 1990.

WACHTER, Maurice A. M. de . «The European convention on bioethics», *Hastings Center Report*, vol. 27, núm. 1, 1997.

WICCLAIR, Mark R. «Negative and positive claims of conscience», *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 18, núm. 1, 2009.

- *Conscientious objection in Health Care: an Ethical analysis*, Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

WILLIAMS, Bernard. "The idea of equality". En: LASLETT, Peter y RUNCIMAN, Walter G. (coords.). *Philosophy, Politics and Society*, 2a edición, Oxford: Blackwell, 1962.

WOMEN'S LINK WORLDWIDE. *Manual constitucional para la práctica de IVE. Lineamientos constitucionales para el ejercicio del derecho al aborto en Colombia*, Colombia: WLW, 2010.

ZARÁTE CUELLO, Amparo de Jesús. «Implicaciones bioéticas y biojurídicas de la objeción de conciencia institucional con relación al aborto en el ordenamiento jurídico colombiano», *Revista Prolegómenos. Derechos y Valores*, Vol.1, 2011.

ZORDO, Silvia de. «Programming the body, planning reproduction, governing life: the '(ir-)rationality' of family planning and the embodiment of social inequalities in Salvador da Bahia (Brazil)», *Anthropology & Medicine*, vol. 19, núm. 2, 2012.

ZUÑIGA FAJURI, Alejandra. «Más allá de la caridad: De los derechos negativos a los deberes positivos generales», *Revista de derecho*, Ediciones Universitarias Valparaíso, núm. 33, 2009.

- «El derecho a la vida y el derecho a la protección de la salud en la constitución: una relación necesaria», *Estudios constitucionales*, vol. 1, núm. 9, 2011.